

---

**PODRECZNIK**



**MODEL**

**GMINNY STANDARD**

**WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI**

---



---

**PODRECZNIK**



**MODEL**

**GMINNY STANDARD**

**WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI**

---



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



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



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

© Copyright by Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, 2014  
Przedruk materiałów w całości lub w części jest możliwy wyłącznie za zgodą wydawcy  
Cytowanie oraz wykorzystywanie treści jest dozwolone z podaniem źródła

Wersja elektroniczna dostępna pod adresem:  
[www.pfwb.org.pl/publikacje](http://www.pfwb.org.pl/publikacje)

ISBN: 978-83-933855-5-3

Wydawca:  
Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2014  
[www.pfwb.org.pl](http://www.pfwb.org.pl)  
e-mail: [biuro@pfwb.org.pl](mailto:biuro@pfwb.org.pl)

Projekt graficzny i skład:  
 RZECZYOBRAZKOWE.PL

Korekta językowa:  
Joanna Sawicka  
Danuta Trzpił

Redakcja techniczna:  
Anna Kwaśnik

Druk:  
ALNUS Sp. z o. o.  
[www.alnus.pl](http://www.alnus.pl)

REDAKCJA

RAFAŁ STENKA, PIOTR OLECH, ŁUKASZ BROWARCZYK

MATERIAŁ OPRACOWAŁY ZESPOŁY EKSPERCKIE

ANNA ADAMCZYK, BOHDAN ANISZCZYK, KATARZYNA BIELERZEWSKA,  
WOJCIECH BODUSZYŃSKI, LECH BÓR, ŁUKASZ BROWARCZYK,  
JUSTYNA BUDZYŃSKA-GAWRON, WIESŁAWA CIEŚLIK,  
PAWEŁ CIOŁKOWSKI, MARIA CHOJNACKA, KRZYSZTOF CHOLEWIŃSKI,  
MAGDALENA CZOCHARA, DĄBROWSKA JOANNA, SYLWIA DE ROOVER, MACIEJ DĘBSKI,  
KRYSTYNA DORSZ, MAŁGORZATA DUDA, LUDMIŁA DZIEWIĘCKA-BOKUN, MICHAŁ GAWĘŁ,  
ANNA GIL-GUMOWSKA, BARBARA GORYŃSKA-BITTNER, WOJCIECH GOSZCZYŃSKI,  
EDYTA GRUSZCZYŃSKA, WALDEMAR HYLA, WIESŁAWA JANISZEWSKA, PAWEŁ JASKULSKI,  
RAFAŁ JAWORSKI, JAROSŁAW JÓZEFczyk, RENATA KACZMARCZYK, JOLANTA KĘDZIOR,  
ALICJA KOCYŁOWSKA, ADAM KOSZUTOWSKI, MARCIN KOWALEWSKI, JOLANTA KOWALIK,  
EDYTA KOWALCZYK, JOANNA KOT, MAŁGORZATA KRUK, MAŁGORZATA KURDYBACZ,  
DOMINIK KWIATKOWSKI, GRAŻYNA LEŚNIAK-NIEMCZYK, ALEKSANDRA ŁUKASIEWICZ,  
ANNA MACHALICA-PUŁTORAK, SŁAWOMIR MANDES, ANNA MARKIEWICZ,  
MAGDALENA MARSZAŁKOWSKA, TOMASZ MARUSZAK, ANNA MICHALSKA, JERZY MIKA,  
MARCIN MŁOT, EDYTA NASZYDŁOWSKA, AGNIESZKA NOWAK, RADOSŁAW NOWAK,  
MARCJANNA NÓŻKA, ANETA OBCOWSKA, PIOTR OLECH, ELŻBIETA OLENIACZ-CZAJKA,  
MARIA PAWLAK, ALEKSANDER PINDRAL, KAMILA PIOTROWICZ, ZOFIA PISOWICZ,  
MARIA POKÓJ, ADRIANNA POROWSKA, MAŁGORZATA POTOCZNA, MIROŚLAW PRZEWOŹNIK,  
IWONA RADZIWIŃ, ŻANETA RECHNIO, AGNIESZKA SAWICKA, MARCIN J. SOCHOCKI,  
BARTOSZ STANISŁAWSKI, MARTA STEFANIAK-ŁUBIANKA, RAFAŁ STENKA,  
ELŻBIETA SZADURA-URBAŃSKA, RENATA SZEWCZYK, JOLANTA SZCZAWIŃSKA,  
EWA SZCZUPIOR, ANDRZEJ TRZECIECKI, MARCIN TYLMAN, KAROLINA WEINER,  
LIDIA WĘSIERSKA-CHYC, ANETA WIĄCEK, JAKUB WILCZEK, SEBASTIAN WIŚNIEWSKI,  
MARIUSZ WOJTOWICZ, MONIKA WÓJCIAK-GRZECHNIK, ALICJA ZAJĄC, EWA ZAJĄC,  
ANDRZEJ ZYBAŁA, BENITA ZYCHOWICZ

# Partnerzy projektu, współtwórcy publikacji



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



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



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



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

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



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



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



## CZEŚĆ



### MODEL GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

1. Wstęp 14
2. Bezdomność i zagrożenie bezdomnością 20
3. Etyka pomagania 29
4. Główne założenia 34
5. Partnerstwo lokalne 42
6. Diagnoza lokalna 48
7. Strategia wdrażania 54
8. Ewaluacja i monitoring 61

## CZEŚĆ



### STANDARBY USŁUG SPOŁECZNYCH SKIEROWANYCH DO OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ W SZESĆCIU OBSZARACH

- Wstęp 66
- Cel standaryzacji 66
- Czym są standardy usług w Modelu GSWB i jaka jest ich rola? 66
- Jak opisane są standardy? 68

## 1

### STANDARD PARTNERSTWA LOKALNEGO

Wprowadzenie 74

Misja 75

Cele 75

1. Opis partnerstwa lokalnego 76
2. Idea partnerstwa lokalnego 78
  - 2.1. Zasady działania partnerstwa lokalnego 79
3. Inicjowanie partnerstwa lokalnego 80
  - 3.1. Inicjator 80
  - 3.2. Ogólne rozpoznanie podmiotów partnerstwa lokalnego 80
  - 3.3. Wykorzystanie przez inicjatora wszelkich dostępnych sposobów komunikacji 80
  - 3.4. Tworzenie dobrego klimatu wokół budowania partnerstwa 81
  - 3.5. Organizacja pierwszego spotkania 81
  - 3.6. Przebieg pierwszego spotkania 81
  - 3.7. Czynniki sprzyjające tworzeniu partnerstwa 81
  - 3.8. Czynniki hamujące tworzenie partnerstwa 82
4. Organizacja pracy partnerstwa lokalnego 83
  - 4.1. Wizja, misja, cele 83
  - 4.2. Analiza problemów, zasobów, otoczenia 85
  - 4.3. Obszar działania partnerstwa 87
  - 4.4. Zakres działania 87
5. Funkcjonowanie i zarządzanie partnerstwem lokalnym 92
  - 5.1. Forma działania partnerstwa 93
  - 5.2. Rozwiązywanie konfliktów 94
  - 5.3. Dokumentacja partnerstwa 95
  - 5.4. Zasoby rzeczowe 95
  - 5.5. Zasoby finansowe 96
6. Edukacja i promocja partnerstwa 97
  - 6.1. Edukacja 97
  - 6.2. Promocja 98
7. Standard partnerstwa lokalnego w praktyce 101



## 2

## STANDARD PRACY SOCJALNEJ

- Wprowadzenie 114
  - Misja 114
  - Definicja 114
  - Cele 114
  - Opis pracy socjalnej 115
- 1. Zakres podmiotowy 116
  - 1.1. Charakterystyka odbiorców 116
  - 1.2. Specyfika sytuacji życiowej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością 117
- 2. Zakres przedmiotowy 120
  - 2.1. Budowanie relacji z osobą bezdomną 120
  - 2.2. Diagnoza i działania interwencyjne wobec osób bezdomnych 122
  - 2.3. Plan pracy i rodzaje działań kierowanych do osób bezdomnych 125
  - 2.4. Plan pracy i działania kierowane do osób zagrożonych bezdomnością (zapobieganie bezdomności) 134
- 3. Organizacja pracy socjalnej z osobami bezdomnymi i zagrożonymi bezdomnością 137
  - 3.1. Zasady ogólne dla organizatora pracy socjalnej 137
  - 3.2. Współpraca specjalistów 139
  - 3.3. Warunki pracy 140
  - 3.4. Kwalifikacje pracowników socjalnych 141
  - 3.5. Dokumentacja pracy socjalnej 141
  - Aneks do standardu pracy socjalnej – wzory narzędzi pracy socjalnej 142
- 4. Standard pracy socjalnej w praktyce 150

## 3

STANDARDY MIESZKALNICTWA  
I POMOCY DORAŻNEJ

- Wprowadzenie 162
  - Misja 162
  - Cele 162
  - Model palety 163
  - Model drabinkowy 165
  - Model mieszkaniowy 166
  - Metoda Najpierw mieszkanie 168
  - Metoda wspólnotowa 169
- 1. Ogrzewalnia 171
- 2. Noclegownia 173
- 3. Schronisko 176
- 4. Schronisko profilowane 179
- 5. Mieszkania wspierane zespolone 182
- 6. Mieszkania wspierane rozproszone 185
- 7. Centrum dziennego wsparcia 188
  - Koszty 190
  - Dokumentacja w placówkach 190
- 8. Standardy mieszkalnictwa i pomocy doraźnej w praktyce 191



## STANDARDY ZDROWIA

- Wprowadzenie 202
  - Misja 202
  - Wstęp 202
  - Cele 204
- 1. Edukacja zdrowotna 205
- 2. Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych 209
- 3. Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych 213
- 4. Opieka paliatywna (hospicyjna) 222
- 5. Terapia oraz profilaktyka uzależnień 226
- 6. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa 232
- 7. Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych 237
- 8. Standardy zdrowia w praktyce 241



## STANDARDY ZATRUDNIENIA I EDUKACJI

- Wprowadzenie 248
  - Misja 248
  - Cele 248
- 1. Aktywizacja społeczna 250
  - 1.1. Definicja usługi 250
  - 1.2. Cel usługi 250
  - 1.3. Zakres usługi 250
  - 1.4. Sposób realizacji usługi 251
  - 1.5. Zasoby 254
- 2. Edukacja 256
  - 2.1. Definicja usługi 256
  - 2.2. Cel usługi 256
  - 2.3. Zakres usługi 257
  - 2.4. Sposób realizacji usługi 257
  - 2.5. Zasoby 258
- 3. Aktywizacja zawodowa 259
  - 3.1. Definicja usługi 259
  - 3.2. Cel usługi 259
  - 3.3. Zakres usługi 259
  - 3.4. Sposób realizacji usługi 260
  - 3.5. Współpraca przy realizacji usługi 260
  - 3.6. Dokumentacja usługi 260
  - 3.7. Zasoby 260
- 4. Zatrudnienie subsydiowane 263
  - 4.1. Definicja usługi 263
  - 4.2. Cel usługi 263
  - 4.3. Zakres usługi 263
  - 4.4. Sposób realizacji usługi 264
  - 4.5. Współpraca 265
  - 4.6. Dokumentacja usługi 265
- 5. Zasoby 266
  - 5.1. Zasoby osobowe 266
  - 5.2. Zasoby materialne 266
  - 5.3. Zasoby finansowe 266
  - 5.4. Zasoby instytucjonalne 266
- 6. Standardy zatrudnienia i edukacji w praktyce 267



## STANDARD STREETWORKINGU

1. Wprowadzenie 274
  - 1.1. Misja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych 274
  - 1.2. Definicja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych 274
2. Cele usługi 275
3. Zakres usługi 276
  - 3.1. Podmiotowy 276
  - 3.2. Przedmiotowy 276
  - 3.3. Przestrzenny 277
4. Organizacja usługi 278
  - 4.1. Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych 278
  - 4.2. Dokumentacja usługi 286
  - 4.3. Warunki realizacji usługi 288
5. Zasoby (określenie kwalifikacji, czasu, liczby osób bezdomnych, lokal, wyposażenie, budżet) 292
  - 5.1. Zasoby personalne 292
  - 5.2. Zasoby materialne 295
  - 5.3. Zasoby niematerialne 295
  - 5.4. Zasoby instytucjonalne 295
  - 5.5. Zasoby finansowe potrzebne do realizacji usług streetworkingu 296
6. Standard streetworkingu w praktyce 297

## CZEŚĆ



### STRATEGIA WDRAŻANIA MODELU GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

1. Wprowadzenie – Model GSWB, krok w stronę całościowej polityki społecznej zapobiegania i rozwiązywania problemu bezdomności 312
2. Wyniki i rekomendacje z badań – zarys diagnostyczny 314
3. Cel wprowadzenia Modelu GSWB 317
4. Opis Modelu GSWB 318
5. Wdrożenie Modelu GSWB w Polsce 320
6. Monitoring i ewaluacja 325
7. Konsekwencje „zaniechania” wdrożenia Modelu GSWB 326
8. Analiza ryzyka 328

## CZEŚĆ



### EWALUACJA I MONITORING MODELU GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

1. Wprowadzenie 332
2. Podstawowe pojęcia i terminy 333
3. Miejsce ewaluacji w procesie wdrażania Modelu GSWB 336
4. Cele Modelu i ich operacjonalizacji 337
5. Realizacja ewaluacji i monitoringu 341
6. Ewaluacja poszczególnych standardów 345  
Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji 345
7. Przykładowe wskaźniki ewaluacji i monitorowania dla poszczególnych standardów 354

Przypisy 369

Literatura cytowana 374



CZĘŚĆ



MODEL  
GMINNY STANDARD  
WYCHODZENIA  
Z BEZDOMNOŚCI

## 1

## ROZDZIAŁ 1

# Wstęp

*Szanowni Państwo!*

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 standardu wychodzenia z bezdomności na szczeblu gminy, przedkładają Państwu finalny produkt z realizacji projektu. Produktem tym jest Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (Model 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, Związek Organizacji Sieć Współpracy BARKA, Stowarzyszenie MONAR, Caritas Diecezji Kieleckiej oraz Stowarzyszenie Otwarte Drzwi.

Pierwsza wersja Modelu GSWB ujrzała światło dzienne w maju 2011 roku, została wypracowana w gronie około stu 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 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 problemu 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, 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 oparciu 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 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 u osób potrzebujących, sprzyja i służy upodmiotowieniu, włączeniu i partycypacji w procesie 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 tworzenia i wdrażania w Polsce standardów usług w sferze bezdomności, które podniosą skuteczność systemu rozwiązywania i łagodzenia skutków problemu bezdomności.

Bezdomność jest jedną z najbardziej skrajnych i brutalnych form wykluczenia społecznego. Trudna jest do ustalenia dokładna liczba osób bezdomnych w Polsce ze względu na brak wystarczającej ilości i wysokiej wiarygodności ogólnopolskich badań, a także istniejące problemy definicyjne. Ostatnie ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych przeprowadzone w nocy z 7 na 8 lutego 2013 roku (koordynowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej), wskazuje skalę bezdomności, którą należy uznać za minimalną, na poziomie 30,7 tys. osób bezdomnych<sup>1</sup>. Partnerstwo organizacji pozarządowych złożone z Pomorskiego Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta, Caritas Kielce, Związku Organizacji Sieć Współpracy BARKA, Stowarzyszenia MONAR oraz Stowarzyszenia Otwarte Drzwi przyjmuje na podstawie istniejących badań ogólnopolskich i regionalnych, badań reprezentatywnych, baz danych oraz szacunków eksperckich, że liczba osób bezdomnych kształtuje się na poziomie 30-70 tysięcy osób \*. W zakresie charakterystyki osób bezdomnych, pomimo tego, że brakuje wystarczających badań o charakterze ogólnopolskim, można posługiwać się danymi fragmentarycznymi z badań ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych<sup>2</sup>.

\* Stanowisko przyjęte na podstawie zestawienia różnorodnych badań, ekspertyz i szacunków na temat skali bezdomności w tym: M.J. Sochocki, Skala i charakter bezdomności w Polsce, w: Problem bezdomności w Polsce, red. M. Dębski, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011. S.92-94; oraz P. Olech, Charakterystyka sytuacji Polski w kontekście badania problematyki bezdomności, w: MPHASIS. Wzajemny postęp w likwidowaniu bezdomności poprzez ulepszanie systemów monitorowania zjawiska, 2008; <http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/papers/streszczenieSYN-THESISPL-FINAL.pdf>.

- 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 to 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 osób bezdomnych przebywa w różnego rodzaju placówkach instytucjonalnych. Reszta osób znajduje się w miejscach niemieszkalnych (takich jak dworce, kanały, zsypy), 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 mają 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 wymienić<sup>3</sup>:**

#### ■ obszar polityki społecznej

Brak jest całościowej polityki społecznej wobec bezdomności – z uwzględnieniem wszystkich instytucji polityki społecznej – jako problemu pomocy społecznej. W Polsce nie istnieją żadne przepisy, które by regulowały funkcjonowanie całościowej polityki społecznej. Jednocześnie brakuje w Polsce wizji takiej polityki. Obecnie różne jednostki, instytucje i organizacje prowadzą działalność w zakresie polityki społecznej – pomoc społeczna, mieszkalnictwo, zdrowie, zatrudnienie, edukacja – jakkolwiek działalność ta nie jest w żaden sposób skoordynowana. Bezdomność, podobnie jak inne wielowymiarowe problemy społeczne, staje się ofiarą braku zintegrowanej polityki społecznej. Jednocześnie zbyt często bezdomność uważana jest za problem pomocy społecznej. Podmioty polityki społecznej nie współpracują interdyscyplinarnie, przerzucają się odpowiedzialnością, umacniają podziały sektorowe i wydziałowe. Polska nie ma 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 systemowy 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 skupiają 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, opieki, ratownictwa. Obserwowana jest orientacja na radzenie sobie z bezdomnością (opiekuńczość), a nie na zwalczanie bezdomności (integrację, profilaktykę). 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 opieki, a nie systemowej (re)integracji. Polityka rozwiązywania problemu bezdomności powinna być w większym zakresie oparta przede wszystkim na rozwiązaniach mieszkaniowych.

- Nie jest uregulowana działalność w zakresie bezdomności, brak jest 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 ta 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 80–90% usług skierowanych do ludzi bezdomnych jest realizowanych przez organizacje pozarządowe. Organizacje te najczęściej realizują swoje zadania w oparciu o kontrakty podpisywane z gminami, które zgodnie z polskimi przepisami są odpowiedzialne za zapewnienie każdemu własnemu mieszkańcowi schronienia, wyżywienia, odzieży. Istnieje także odsetek organizacji pozarządowych, które kierują swoje usługi do ludzi bezdomnych, nie posiadając żadnych umów, a 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 oferowanych ludziom bezdomnym.

#### ■ obszar diagnostyczny

Polityka społeczna funkcjonuje 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 jest oparty 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 ponadregionalnym 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, 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, jednak całkowicie nieznaną pozostają liczby osób przebywających poza systemem pomocy placówek (schronisk i noclegowni), czyli osób przebywających w tzw. miejscach niemieszkalnych zarów-

no publicznych, jak i prywatnych. Liczbę osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych zidentyfikowaną w badaniu MPiPS z 2013 r. (8,5 tys.) należy traktować jako „nie mniej niż”. Doświadczenia siedmiu badań socjodemograficznych wskazują, że niemożliwym jest określenie pełnej skali bezdomności pozainstytucjonalnej, można jedynie zbliżyć się do pełnej liczby, wymaga to jednak lat doświadczenia, a tego brakuje badaniu MPiPS.

- Brak jest 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 jest 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 włączani 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 postawy życiowej. Sytuacja ta generuje poczucie bezsilności i niemożności. Wydaje się, że zbyt często kluczowi interesariusze, w tym przypadku 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 – ludzie wymagający pomocy: 1) mają prawo do 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 jest 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 tendencję do rywalizacji między poszczególnymi organizacjami 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 między 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 między 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 począwszy od fazy diagnozy i modelu, poprzez fazę edukacji i pilotażu, po fazę rekomendacji.

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

- 1) faza diagnozy (09.2009–06.2010), 10 miesięcy,
- 2) faza modelu (07.2010–06.2011), 12 miesięcy,
- 3) faza edukacji (07.2011–02.2012), 8 miesięcy,
- 4) faza pilotażu (03.2012–08.2013), 18 miesięcy,
- 5) faza rekomendacji (06.2013–11.2013), 6 miesięcy.

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, połączona 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;
- zleczone 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.

## 2

## ROZDZIAŁ 2

# Bezdomność i zagrożenie bezdomnością

## Stanowisko wobec definicji oraz typologii bezdomności i zagrożenia bezdomnością<sup>4</sup>

Problematyka bezdomności, jak dotąd, skutecznie wymyka się wszelkim próbom jednolitego akademickiego jej ujmowania. Problem ten znajduje swoje konsekwencje w 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 FEANTSA<sup>5</sup>.

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 jej 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 kulturo-

wych uznano kategorie ETHOS oznaczone w tabeli 1 kolorem białym (1-7); zjawisko wykluczenia mieszkaniowego oznaczano kolorem jasnoniebieskim (6.3, 8-13). Ciemniejszym kolorem niebieskim (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.

## ***Europejska typologia bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego (ETHOS)<sup>6</sup>***

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 ETHOS jest założenie, że istnieją trzy domeny, które konstytuują pojęcie „dom”. Brak którejś 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 1 | 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 – „śpiący pod chmurką”	1.1 Publiczna lub zewnętrzna przestrzeń	Życie na ulicy lub w miejscach publicznych, bez schronienia, które może zostać uznane za pomieszczenie mieszkalne		
	2	Osoby w zakwaterowaniu awaryjnym / interwencyjnym	2.1 Noclegownie	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) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo u rodziny lub przyjaciół	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w swoim stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu	
			8.2	Wynajmujący nielegalnie		Zajmowanie mieszkania bez legalnej / ważnej umowy najmu lub nielegalne zajmowanie mieszkania
			8.3	Nielegalne zajmowanie ziemi		Zajmowanie ziemi bezprawnie
	9	Osoby zagrożone eksmisją	9.1	Z orzeczoną eksmisją	Kiedy nakaz eksmisji jest wdrażany (nakaz eksmisji został wydany)	
			9.2	Nakaz zwrotu mienia	Kiedy właściciel / kredytodawca ma prawo przejęcia własności	
	10	Osoby zagrożone przemocą	10.1	Incydenty rejestrowane przez Policję / Straż Miejską	Gdy Policja podejmuje akcję, by zagwarantować bezpieczeństwo ofiar przemocy w rodzinie	



NIEODPOWIEDNIE / NIEADEKWATNE ZAKWATEROWANIE	11	Osoby żyjące w tymczasowych / niekonwencjonalnych / nietrwiałych 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 zamieszkania / niespełniającego standardów mieszkaniowych	Nienadające się do zamieszkania według ustawowego standardu krajowego lub przepisów budowlanych
	13	Osoby mieszkające w warunkach przeludnienia	13.1	Najwyższa krajowa norma przeludnienia	Przekroczenie krajowych standardów przeludnienia lub pomieszczeń użytkowych lub metrażu na osobę

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 na użytek spisów powszechnych rekomendowanych przez UNECE/EUROSTAT (raport 2006).

W Polsce funkcjonuje definicja bezdomności określona w ustawie o pomocy społecznej. Według ustawy osoba bezdomna to osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania<sup>7</sup>.

W celu badania (mierzenia) skali i charakteru zjawiska bezdomności, a w konsekwencji rozwijania polityki społecznej wobec bezdomności proponujemy przyjęcie uzupełniającej definicji oraz typologii bezdomności. Proponujemy następującą definicję opisową oraz typologię bezdomności, które należy interpretować łącznie z definicją ustawową.

„Osoba bezdomna to taka, która z różnych przyczyn, wykorzystując własne możliwości i uprawnienia, czasowo lub trwale nie jest w stanie zapewnić sobie schronienia spełniającego minimalne warunki pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne”<sup>8</sup>.

„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”<sup>9</sup>.

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. Bez-

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

**2. SFERA ZAWODOWA** – sfera funkcjonowania osoby bezdomnej w kontekście zawodowym, obejmująca takie zagadnienia jak nawyk pracy, umiejętność otrzymania i utrzymania zatrudnienia, poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych, poziom podejmowanej aktywności o charakterze zawodowym, własną, subiektywnie i obiektywnie postrzeganą atrakcyjność na rynku pracy, a także umiejętność odnalezienia się na otwartym rynku pracy. Dotyczy również barier w podjęciu aktywności zawodowej, wynikających z życia rodzinnego (zwłaszcza rodzicielskiego) oraz umiejętności łączenia roli (często samotnego) rodzica i pracownika.

**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 pobytom na działkach, w altankach, w miejscach publicznych, w placówkach dla osób bezdomnych itp.). Dotyczy posiadanego przez osobę bezdomną poziomu ekonomicznej niezależności oraz zabezpieczenia finansowego, obejmującego wysokość regularnego 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<sup>10</sup>.

**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 napisano 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 wiążącej się z podziałem na konkretne kategorie. *Polska typologia bezdomności* może być wykorzystywana jako materiał pomocniczy przy realizacji badań nad bezdomnością i polityki społecznej wobec bezdomności. W materiale niniejszym zrezygnowano z prezentacji kategorii dotyczących wykluczenia mieszkaniowego (*bezdomność sensu largo*), ograniczając się do zjawiska samej bezdomności (*sensu stricto*). Wykorzystano *Europejską typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* ETHOS wypracowaną i upowszechnianą przez FEANTSA. Zgodnie z zaleceniami FEANTSA od danego kraju zależy dokładne zdefiniowanie typologii związanych z bezdomnością, a także odrębne zdefiniowanie wykluczenia mieszkaniowego. **Definicje i typologie należy rozumieć jako całość wzajemnie się uzupełniającą.** W tabeli 2 zachowano numerację kategorii zgodną z ETHOS, w całości zaprezentowaną w pierwszej części stanowiska.

**TABELA 2 | Polska typologia bezdomności na podstawie Europejskiej typologii bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS<sup>11</sup>**

KATEGORIA KONCEPCYJNA	KATEGORIA OPERACYJNA	SYTUACJA ŻYCIOWA	DEFINICJA GENERALNA	KATEGORIE POLSKIE <sup>12</sup>	
BEZDACHU 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 bocznicie kolejowe
	2	Osoby w zakwaterowaniu awaryjnym / interwencyjnym	2.1 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; placówki bezpośredniego dostępu, np. garkuchnie, punkty pomocy medycznej

BEZ MIEJSCA ZAMIESZKANIA – BEZMIESZKANIOWOŚĆ	3	Osoby w placówkach dla bezdomnych	3.1 Schronisko dla bezdomnych 3.2 Zakwaterowanie tymczasowe 3.3 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 doświadczania przemocy domowej, gdzie pobyt z założenia powinien być krótkoterminowy	Zakwaterowanie w schronisku lub hostelu; wspierane mieszkalnictwo; centra interwencji kryzysowej; specjalistyczne ośrodki wsparcia; domy samotnej matki
	5	Osoby w zakwaterowaniu dla imigrantów	5.1 Tymczasowe zakwaterowanie / ośrodki recepcyjne 5.2 Zakwaterowanie dla migrujących pracowników	Recepcyjne lub krótkotrwałe zakwaterowanie z powodu statusu uchodźcy lub imigranta	Zakwaterowanie dla repatriantów; placówki dla uchodźców
	6	Osoby opuszczające instytucje	6.1 Instytucje penitencjarne / karne 6.2 Instytucje medyczne	Brak dostępu do mieszkania przed zwolnieniem z zakładu Pozostawanie dłużej niż potrzeba ze względu na brak mieszkania	Zakłady karne; areszty śledcze – 6 miesięcy do planowanego zwolnienia Szpitale; 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 7.2 Wspierane mieszkalnictwo dla uprzednio bezdomnych ludzi	Długoterminowe zakwaterowanie z opieką dla starszych ludzi bezdomnych	Domy dla bezdomnych; domy socjalne; hostele Domy opieki dla bezdomnych Mieszkania socjalne, wspierane; mieszkania chronione, treningowe, kontraktowe; mieszkania wynajmowane, a wspierane z tytułu bezdomności Wspólnoty mieszkańców – np. prowadzone przez EMAUS czy BARKE
NIEZABEZPIECZONE MIESZKANIE	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1 Tymczasowo z rodziną / przyjaciółmi	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w swoim stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu	W szczególności meliny i mieszkania, w których ludzie przebywają tymczasowo, doświadczając jednocześnie bezdomności w rozumieniu definicji opisowej
NIEODPOWIEDNIE / NIEADEKWATNE ZAKWATEROWANIE	11	Osoby żyjące w tymczasowych / niekonwencjonalnych / nietrwałych konstrukcjach (strukturach)	11.1 Mobilne domy 11.2 Niekonwencjonalne budynki 11.3 Tymczasowe konstrukcje	Nieprzeznaczone jako zwykłe miejsca zamieszkiwania Prowizoryczne schronienie Nie w pełni stałe / trwałe struktury, chaty lub kajuty	Konstrukcje tymczasowe; domy na kółkach / przyczepy kempingowe (niebędące zakwaterowaniem wakacyjnym); nielegalne zajmowanie przestrzeni (np. Romowie, włóczędzy) Szopy; szałas; ziemianki lub inne konstrukcje własne Tereny ogródków działkowych; domki letniskowe; garaże; przyczepy kempingowe; pustostany, budynki do rozbiórki

UWAGA: pobyt krótkoterminowy jest normalnie zdefiniowany jako krótszy niż jeden rok; pobyt długoterminowy jest określony jako dłuższy niż rok. Definicja ta jest kompatybilna z definicjami na użytek spisów powszechnych rekomendowanych przez UNECE/EUROSTAT (raport 2006).

## POLSKA TYPOLOGIA WYKLUCZENIA MIESZKANIOWEGO

Wykluczenie mieszkaniowe, innymi słowy deprywacja czy bieda mieszkaniowa, to zjawisko obejmujące sytuację zarówno niestabilnego i niezabezpieczonego mieszkania, jak i sytuację nieadekwatnego zamieszkiwania. Wykluczenie w tej sytuacji nie obejmuje tylko fizycznych problemów z mieszkaniem (dachem nad głową), ale także problemy z nawiązywaniem relacji społecznych czy uregulowaniami administracyjnymi i prawnymi. Według *Europejskiej typologii bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* (ETHOS) wykluczenie mieszkaniowe obejmuje wiele różnorodnych grup obywateli, m.in. ludzi zagrożonych eksmisją, doświadczających przemocy, zamieszkujących substandardowe lub przeludnione mieszkania.

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

**TABELA 3 |** Polska typologia wykluczenia mieszkaniowego na podstawie *Europejskiej typologii bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego* ETHOS<sup>13</sup>

KATEGORIA KONCEPCYJNA	KATEGORIA OPERACYJNA	SYTUACJA ŻYCIOWA	DEFINICJA GENERALNA	KATEGORIE POLSKIE <sup>14</sup>		
BEZ MIEJSCA ZAMIESZKANIA – BEZMIESZKANIOWOŚĆ	6	Osoby opuszczające instytucje	6.3 Instytucje / domy dla dzieci	Bez zidentyfikowanego mieszkania (np. przed zbliżającymi się 18 urodzinami)	Placówki opiekuńczo-wychowawcze	
	8	Osoby żyjące w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu	8.1	Tymczasowo z rodziną / /przyjaciółmi	Życie w konwencjonalnym mieszkaniu, ale nie w stałym miejscu zamieszkania z powodu braku domu	Zamieszkujący czasowo u rodziny lub przyjaciół (nie z wyboru)
			8.2	Bez legalnej umowy najmu	Zajmowanie mieszkania bez legalnej / ważnej umowy najmu, nielegalne zajmowania mieszkania	Zamieszkiwanie w pomieszczeniu z niestandardową umową najmu lub podnajmu
8.3			Nielegalne zajmowanie ziemi	Zajmowanie ziemi bezprawnie	Squatting	
NIEZABEZPIECZONE MIESZKANIE	9	Osoby zagrożone eksmisją	9.1 Z orzeczoną eksmisją 9.2 Nakaz zwrotu mienia	Kiedy nakaz eksmisji jest wdrażany (nakaz eksmisji został wydany) Kiedy właściciel / kredytodawca ma prawo przejęcia własności	Zasądzona eksmisja	
	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	

11	Osoby żyjące w tymczasowych / niekonwencjonalnych / nietrwałych konstrukcjach (strukturach)	11.1	Mobilne domy	Nieprzeznaczone jako zwykle miejsca zamieszkiwania	Konstrukcje tymczasowe Domy na kółkach / przyczepy kempingowe (niebędące zakwaterowaniem wakacyjnym) Nielegalne zajmowanie przestrzeni (np. Romowie, włóczędzy) Szopy, szałas, ziemianki lub inne konstrukcje własne Tereny ogródków działkowych; domki letniskowe; garaże; przyczepy kempingowe; pustostany; budynki do rozbiórki
		11.2	Niekonwencjonalne budynki	Prowizoryczne schronienie	
		11.3	Tymczasowe konstrukcje	Nie w pełni stałe / trwałe struktury chaty lub kajuty	
12	Osoby mieszkające w lokalach substandardowych	12.1	Zajmowanie mieszkania nieodpowiedniego do zamieszkania / / niespełniającego standardów mieszkaniowych	Nienadające się do zamieszkania według ustawowego standardu krajowego lub przepisów budowlanych	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 na użytek spisów powszechnych rekomendowanych przez UNECE/EUROSTAT (raport 2006).

## 3

## ROZDZIAŁ 3

# Etyka pomagania

## 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, które 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 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 przysługują 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<sup>15</sup>. 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”<sup>16</sup>. 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”<sup>17</sup>. 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, 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<sup>18</sup>.

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 po-

łożenie. Zamiast stwarzania warunków, w których zwiększają 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, a nie 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 wartości<sup>19</sup>.

Wreszcie pomoc może przybrać postać **przemocy ekonomicznej**, gdy 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 pomocy<sup>20</sup>.

## 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,

Pomoc nie może przynosić więcej korzyści pomagającemu niż temu, 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 pracy na rzecz osoby, pełny dostęp do informacji dla 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, takich jak: pomoc społeczna, edukacja, kultura, sport, polityka zatrudnienia, religia, gospodarka, mieszkalnictwo, ekonomia społeczna. Zintegrowane polityki odzwierciedlają holistyczną koncepcję rozwoju człowieka uwzględniającą rozwój funkcji intelektualnych, emocjonalnych, społecznych, zawodowych i życiowych<sup>21</sup>.



## Partycypacja

Warunkiem, który powinien być bezwzględnie spełniany 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 same 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 one 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 – współudział w tworzeniu i realizacji Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności (IPWzB) 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; na spotkaniach społeczności placówki (mieszkańców i pracowników) następuje omawianie problemów, projektowanie rozwiązań; osoby bezdomne samodzielnie prowadzą placówkę (np. we wspólnocie), 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 ludzkich<sup>22</sup>. 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 udzielić takim osobom wszechstronnej pomocy. Najważniejszym zadaniem wspólnoty samorządowej wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest stworzenie 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. Ten drugi czynnik wydaje się być absolutnie zasadniczy. Dlatego niezmiernie 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 uprawniającą je do podejmowania pracy z człowiekiem będącym w skrajnej sytuacji życiowej.

## 4

## ROZDZIAŁ 4

# Główne założenia

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 procesie 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<sup>23</sup>.

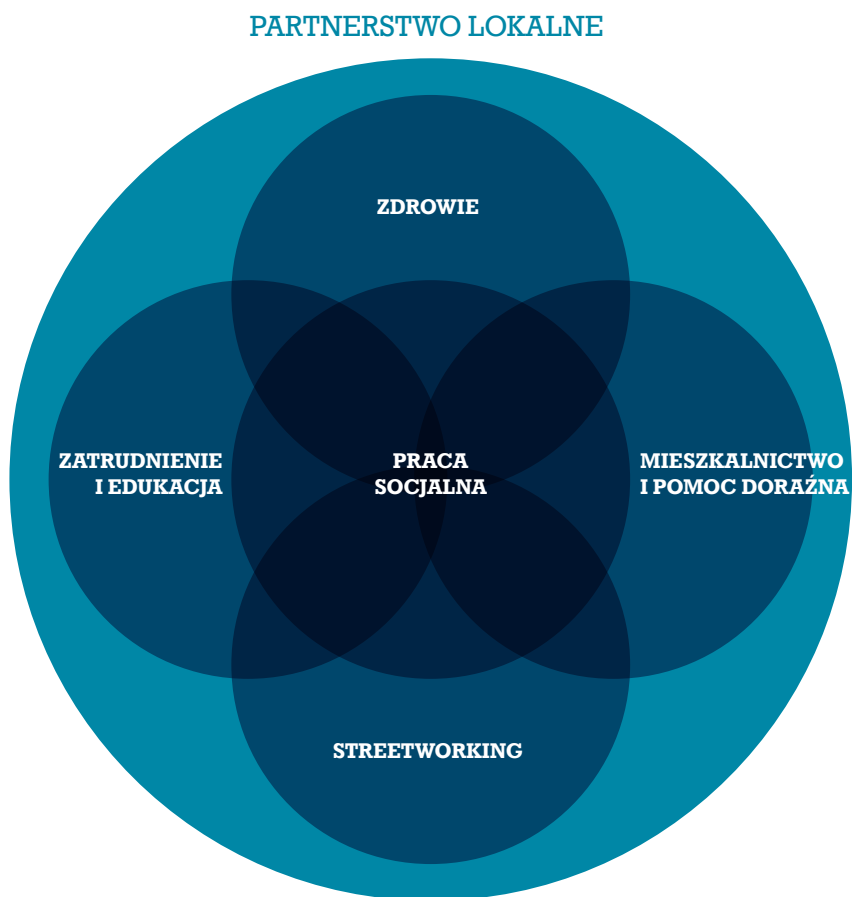
Na poziomie ogólnym Model GSWB stanowi kompleksową paletę, zestaw wzajemnie powiązanych, możliwych do wdrożenia wystandaryzowanych usług – pakiet dostępnych rozwiązań, pozwalający na konstruowanie na podstawie tej bazy modelu lokalnego „szytego na miarę”. To model funkcjonalny pozwalający na rozwiązywanie 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 dostosowany do potrzeb model logiczny (pozwalający uwzględnić szczególne uwarunkowanie problematyki), to indywidualna konstrukcja stworzona na potrzeby danej gminy. Paletowość polega właśnie na dowolnym doborze różnych instrumentów i narzędzi ofero-

wanych 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 wymienionych wyżej obszarach, wzajemnie powiązanych, tworzących lokalny system rozwiązywania problemu.

Kluczowy i nadrzędny w 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, zależą dobór i realizacja usług w obszarze zdrowia, streetworkingu, zatrudnienia i edukacji oraz mieszkalnictwa i pomocy doraźnej. Relacje między usługami prezentuje poniższy rysunek.

**RYСУNEK 1** | Relacje między usługami i obszarami usług w Modelu GSWB



Na każdy obszar składa się 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.

Model 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, perspektywy radzenia sobie z problemem i zarządzania nim na perspektywę rozwiązania problemu, ograniczania jej skali, a nawet zlikwidowania bezdomności. Konieczne 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 form, opartego o zasady poszanowania godności ludzkiej, subsydiarności i partycypacji.

### CEL GŁÓWNY

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 rozwijanie 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 w celu uzyskania samodzielności życiowej rozumianej jako zdolność 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)<sup>24</sup>.

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

## Czym są 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. I tak:

- **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.
- **prewencja systemowa** jest skierowana szczególnie do ludzi dotkniętych problemami społecznymi, które są czynnikami zwiększającymi zagrożenie bezdomnością, np. uzależnieniami, ubóstwem, niepełnosprawnością, chorobami psychicznymi, bezrobociem, przemocą, ale dotyczy wszystkich obywateli. Celem jest zmniejszenie ryzyka zagrożenia bezdomnością. Polega na wykorzystywaniu instrumentów, np. rynku pracy, służby zdrowia, mieszkalnictwa czy edukacji w przypadku ludzi, którzy mogą być potencjalnie zagrożeni bezdomnością, ale dotyczą ich innego rodzaju problemy (np. bezrobocie), jak również takich, których nie dotyczą żadne poważne problemy społeczne. Określenie

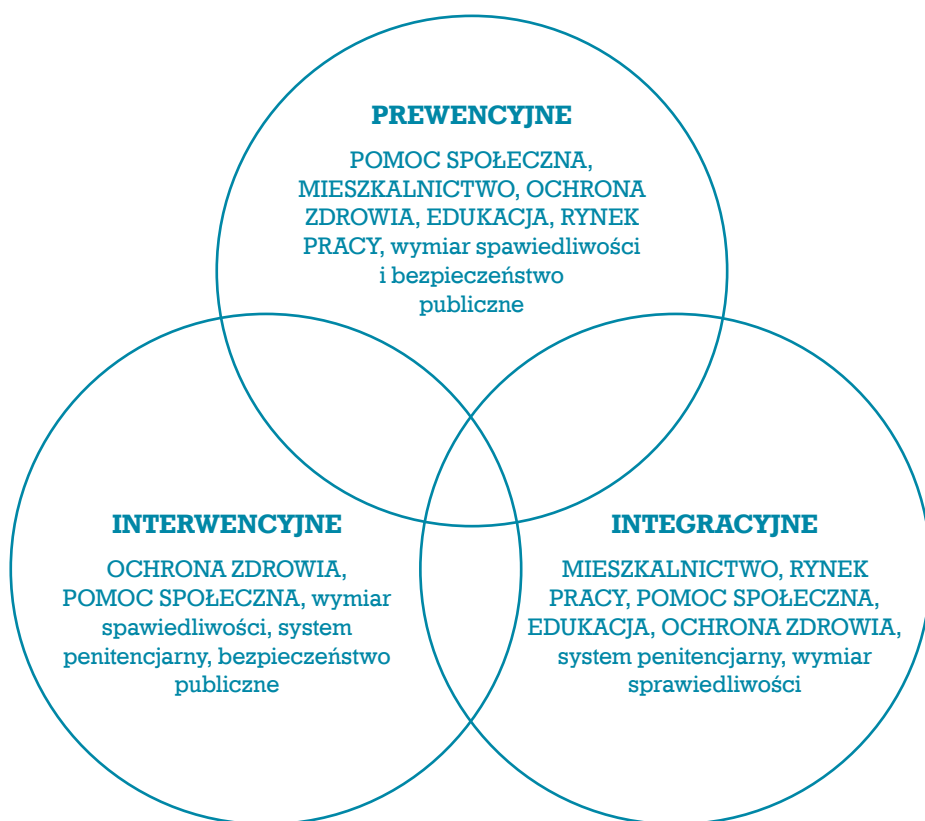
„systemowa” wskazuje, że powinna oddziaływać na wszystkich obywateli, zabezpieczając ich przed kryzysem związanym z bezdomnością. Przykładowym działaniem w zakresie prewencji systemowej jest wspieranie rozwoju mieszkalnictwa społecznego poprzez tworzenie rynku mieszkań łatwo dostępnych dla ludzi o niskich dochodach.

- **profilaktyka** odnosi się do całego społeczeństwa; celem jej jest zwiększenie wiedzy i świadomości w zakresie bezdomności i zagrożenia nią, a także redukcja zagrożenia 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 mający na celu doraźne i tymczasowe zapewnienie wsparcia, którego zadaniami są 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, którego zadaniami są podniesienie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności osób lub grup doświadczających bezdomności oraz uzyskanie przez nie 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 pełnienie ról społecznych na najwyższym z możliwych dla nich poziomie, stąd instrumenty opiekuńcze są jednocześnie elementami 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 wydobycia 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 z bezpośrednim nią zagrożeniem. Stąd zorientowanie m.in. na prewencję celową czy instrumenty integracji bezpośrednio obejmujące tę zbiorowość, a nie na całą grupę osób wykluczonych. Poniżej prezentujemy instrumenty 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 2 | Instrumenty prewencyjne, interwencyjne i integracyjne a instytucje i podmioty**

W ramach Modelu GSWB wystandaryzowano 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 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, psy-



chologiczną, zdrowotną. Praca socjalna łączy i integruje w sobie wszystkie usługi i działania skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

**Mieszkalnictwo i pomoc doraźna** stanowią 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 różne metody pracy realizowane na różnym poziomie placówek czy mieszkań wspieranych: metodę wspólnotową, metodę „Najpierw mieszkanie”. Standardy dla poszczególnych usług zostały podzielone na warianty minimalne i rekomendowane.

**Zatrudnienie i edukacja** stanowią także obszar usług skierowanych do osób bezdomnych i 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 nowo tworzone instrumenty i działania pomocy i integracji 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 realizację planu działań, zakończenie relacji, interwencje, reedukację szkód”, „Dokumentacja”, „Mapa miejsc niemieszkalnych”, „Warunki realizacji usługi”, „Zasoby realizacji streetworkingu”.

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

Przyporządkowanie poszczególnych usług do instrumentów prewencji, interwencji i integracji prezentuje tabela 4.



**TABELA 4 | Instrumenty prewencji, interwencji i integracji a usługi skierowane do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością**

	PREWENCJA	INTERWENCJA	INTEGRACJA
<b>PARTNERSTWO LOKALNE</b>	<b>PARTNERSTWO LOKALNE</b>		
<b>PRACA SOCJALNA</b>	<b>PRACA SOCJALNA</b>		
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-pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych
Zatrudnienie i edukacja	Aktywizacja społeczna Aktywizacja zawodowa Edukacja Zatrudnienie subsydiowane		Aktywizacja społeczna Aktywizacja zawodowa Edukacja Zatrudnienie subsydiowane
Streetworking		Streetworking	

## 5

## ROZDZIAŁ 5

# Partnerstwo lokalne

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), niemożliwe 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 podmiotów<sup>25</sup>. 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 pomocowych administrowanych centralnie. Niezmiernie istotne jest, aby działania partnerstwa lokalnego były nie tylko bezpośrednimi działaniami pomocowymi (w zakresie prewencji, interwencji i integracji), ale także rozwiązaniami systemowymi (w szczególności z zakresu prewencji), czyli prowadzącymi do 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 formułowanie 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 zasad<sup>26</sup>:

- 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 partnerstw 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 innowacyjności – podejmować się nowatorskich projektów, szukać niestosowanych wcześniej rozwiązań;
- 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, czym partnerstwo lokalne nie jest (w kontekście formuł współpracy często identyfikowanych w obszarze przeciwdziałania bezdomności i łagodzenia jej skutków). Nie jest ono zatem:

- 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 powin-

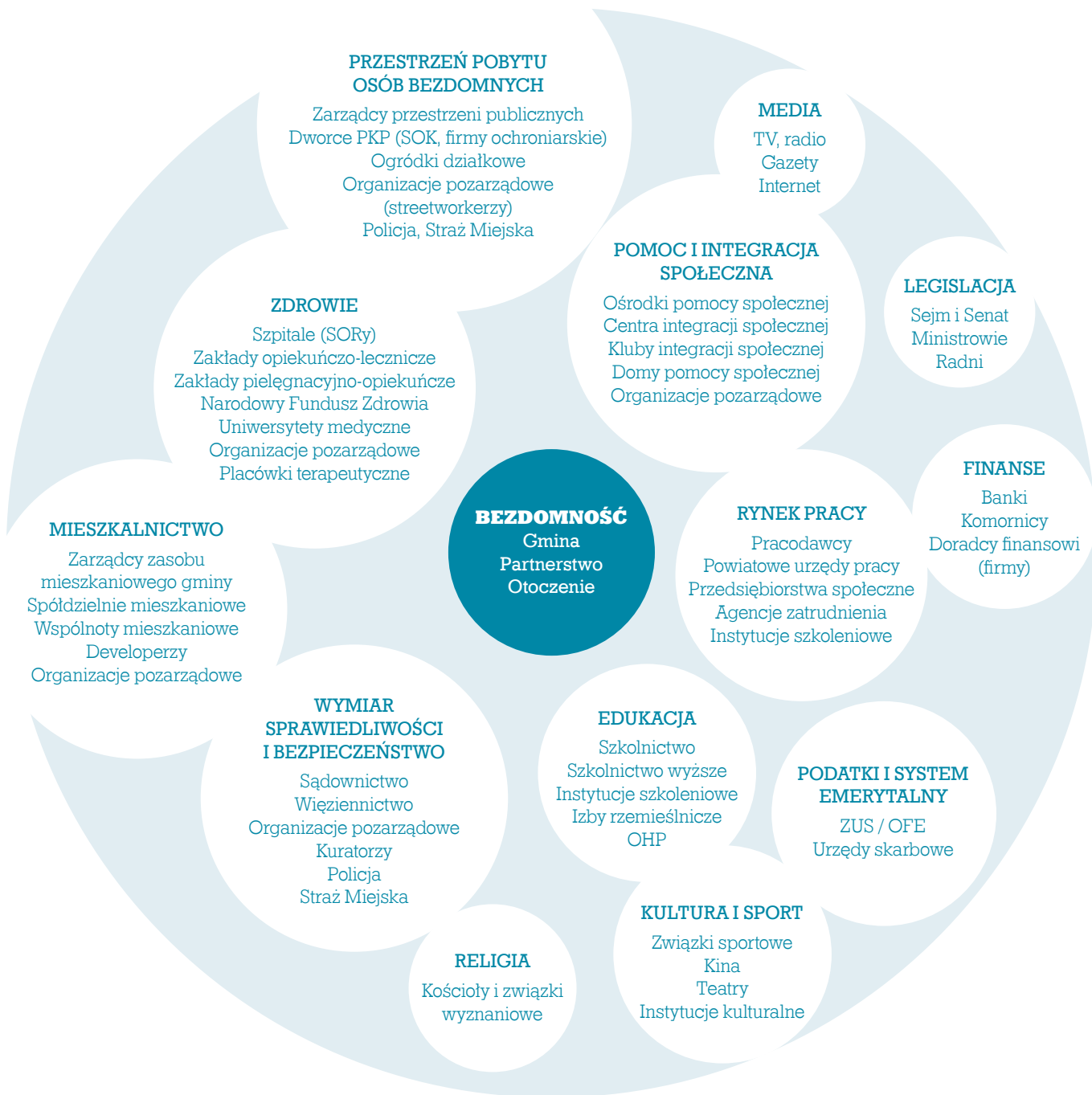
no przystępować do konkursu na dofinansowanie w celu sfinansowania zaplanowanych wcześniej działań odpowiadających na zidentyfikowane potrzeby – nie powinno się zawiązywać tylko i wyłącznie po to, aby skonsumentować dostępne środki.

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 partnerstwu 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 następująco<sup>27</sup>:

- 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.

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

**RYSUNEK 3 |** Wachlarz potencjalnych członków i interesariuszy partnerstwa lokalnego



**TABELA 5 | Przykłady współpracy członków partnerstwa lokalnego przy realizacji usług opisanych w Modelu GSWB**

SFERA	PREWENCJA	INTERWENCJA	INTEGRACJA
Przestrzeń pobytu osób 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 + edukacja osób bezdomnych (szkolenia + formalna)	Odpracowywanie zadłużeń Aktywizacja społeczna i zawodowa w centrach i klubach integracji społecznej Instrumenty rynku pracy (staże, szkolenia) Tworzenie miejsc pracy Przedsiębiorczość społeczna Zatrudnienie wspierane		Aktywizacja społeczna i zawodowa w centrach i klubach integracji społecznej Instrumenty rynku pracy (staże, szkolenia) Tworzenie miejsc pracy Przedsiębiorczość społeczna Zatrudnienie wspierane
Wymiar sprawiedliwości i służby mundurowe	Zapobieganie eksmisjom Zapobieganie bezdomności więźniów Rozkładanie zadłużeń w czasie Pomoc prawna Przemoc w rodzinie – zespoły interdyscyplinarne	Monitorowanie miejsc Niemieszkalnych Asystowanie służbom pomocy w interwencjach Interwencja kryzysowa Odwożenie osób bezdomnych do schronisk	Rozkładanie zadłużeń w czasie Pomoc prawna
Kultura i sport	Festyny / pikniki (profilaktyka uzależnień, promocja problematyki)		Aktywizacja społeczna (wyjścia do placówek kulturalnych, sztuka, zawody sportowe)
Finanse	Doradztwo / treningi finansowe Rozkładanie zadłużeń w czasie Odpracowywanie zadłużeń		Doradztwo / treningi finansowe Rozkładanie zadłużeń w czasie Odpracowywanie zadłużeń

System podatkowy i emerytalny	Ustalanie prawa do świadczeń Komisje orzecznictwa niepełnosprawności	Ustalanie prawa do świadczeń Komisje orzecznictwa niepełnosprawności
Legislacja	Kontakty z lokalnymi politykami; wpływanie na politykę społeczną Wspieranie organizowanych wydarzeń Udział w komisjach rady gminy	
Religia	Opieka duszpasterska, wsparcie duchowe Promocja problematyki (edukacja parafian) Edukacja etyczna	
Media	Promocja problematyki Interwencje	
Edukacja zewnętrzna i wewnętrzna partnerstwa lokalnego	Promocja problematyki Badania naukowe nad problemem bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego	

## 6

## ROZDZIAŁ 6

# Diagnoza lokalna

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 z relacjami między zwalczaniem<sup>28</sup> (*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, jakich metod 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 to precyzyjne wyodrębnienie i określenie problematyki bezdomności na tle innych lokalnych fenomenów społecznych w obszarze polityki społecznej. Będzie się tu zawierać nie tylko 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



przewidzieć, jak rozłożyć akcenty w lokalnym systemie – czy powinien być sprofilowany wokół aktywizacji zawodowej (większość ludzi młodych, w dobrym stanie zdrowia), jak bardzo powinny 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 jego wewnętrznych klasyfikacji. By stworzyć profesjonalny system wsparcia, nie wystarczą same narzędzia do jego konstrukcji (poprzez to rozumieć należy tu standardy). Wykorzystując same narzędzia, stosunkowo łatwo da się zbudować fasadę, pozór doskonałych rozwiązań, w rzeczywistości jednak będą one chybione, ponieważ zabraknie 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, jak również czasu pozostawania w bezdomności. Wiek pozwoli stworzyć usługi adekwatne do potrzeb, natomiast czas bycia osobą bezdomną niesie ze sobą istotną informację o skuteczności wcześniejszych rozwiązań. Zdroworozsądkowo należy założyć: im średni czas pozostawania w bezdomności jest dłuższy, tym mniej skuteczne były dotychczasowe rozwiązania. Nie mniej istotne jest też dokonanie identyfikacji stanu zdrowia, jak i gotowości do podjęcia zatrudnienia (subiektywnej – własnej woli, obiektywnej – posiadania wykształcenia).

Diagnoza zbierająca informacje na powyżej zasygnalizowane tematy jest/powinna być środkiem pozwalającym zaadoptować Model GSWB do lokalnej specyfiki, tak aby odpowiadał potrzebom lokalnej społeczności ludzi bezdomnych. Tak skonstruowany system nie będzie jedynie agregacją zaproponowanych w standardach rozwiązań, ale taką ich kombinacją, która jest 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 wyniki badań socjodemograficznych są jedynym od lat testowanym źródłem wiedzy o osobach bezdomnych, a w szczególności tych przebywających w miejscach niemieszkalnych. Jest to ważna składowa kreślenia adekwatnego obrazu problematyki, ale niewystarczająca. 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 jest skrytym orędownikiem swoistego solipsysmu<sup>29</sup> i twierdzi, że jeśli czegoś nie ma w rejestrach, to najpewniej nie istnieje). Aby zbadać te kwestie, warto wzbogacać zbiór metod pozyskiwania informacji. Za punkt odniesienia w tym przypadku posłużyć może *Metodologia realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym*<sup>30</sup>. Tam czytelnik znajdzie połączenie pięciu metod pozyskiwania informacji niezbędnych do opracowania rzetelnej diagnozy; są nimi: badanie dokumentów, analiza treści, pogłębione wywiady indywidualne, wywiad grupowy, zasięgnięcie opinii osób bezdomnych.

**Badanie dokumentów**, inaczej źródeł wtórnych, polegać powinno na identyfikacji oraz dotarciu do oficjalnych (opracowanych przez władze lokalne czy wpływających na ich działa-

nie) 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 jest mowa o bezdomności; na tej podstawie można określić wagę tej problematyki dla gminy, jej znaczenie dla samorządu, jak i w pewnym zakresie skalę podejmowanych działań (ze sprawozdań). Badanie dokumentów pozwala dowiedzieć się, jak kształtuje się problem bezdomności w świetle oficjalnych dokumentów. Analiza treści powstaje w wyniku pogłębionego i usystematyzowanego badania dokumentów. Cel jest tu w zasadzie identyczny z celem poprzedniej metody. Analiza przeprowadzana jest w oparciu o liczne „słowa, zwroty klucze”, których częstość pojawiania się w tekście 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 w stanie powiedzieć analiza kontekstu, w jakim szukane słowa się pojawiają.

Badanie dokumentów i analiza treści to źródła wiedzy stanowiące jedną linię gromadzenia danych – niewymagającą badań terenowych. 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 pożądaných w gminie rozwiązań. Ważną kwestią przy przeprowadzaniu tej części diagnozy jest odpowiedni dobór rozmówców do takich wywiadów. Powinni to być tzw. kluczowi informatorzy, czyli takie osoby, które mają wiedzę na temat funkcjonowania systemu pomocy osobom bezdomnym na danym obszarze, 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 wzajemnie ze sobą, a także z rezultatami analizy treści. Taki zabieg może przyczynić się do uzyskania bardziej adekwatnego obrazu lokalnego systemu pomocy ludziom bezdomnym.

**Zasięganie opinii osób bezdomnych.** 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 „zwalczanie 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 powinni się znać na sprawach bezdomności, inaczej mimo skrupulatnego zastosowania metodologii osiągnięte rezultaty mogą być dalekie od zadowalających.

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, najbardziej prozaicznym jest zabezpieczenie finansowe 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, nie mówiąc już o tworzeniu listy tzw. kluczowych informatorów,

czyli rozmówców do wywiadów indywidualnych i do wywiadu grupowego. Poza wolą diagnozowania należy pamiętać o podjęciu współpracy z badaczem rozeznaczonym w obszarze problematyki bezdomności. Jest to istotne, ponieważ brak podstawowej wiedzy w tym zakresie (o bezdomności i systemach pomocy ludziom bezdomnym) owocuje biernością badacza w tworzeniu listy kluczowych informatorów (nie będzie on w stanie zweryfikować wartości 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 zostali 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. Bardziej właściwe wydaje się synchronizowanie diagnozowania z ewaluowaniem wdrożonego Modelu GSWB. Intuicja podpowiada, że warunkiem wdrożenia Modelu musi być diagnoza, która powinna być powtarzana w odstępach 3–5 letnich. Jeśli gmina posiada odpowiedni dokument strategiczny, diagnozować należy nie rzadziej ani częściej niż okres obowiązywania lokalnego dokumentu strategicznego w zakresie bezdomności.

Powyższy tekst nie stanowi, w żadnej możliwej interpretacji, punktu wyjścia do tworzenia metodologii diagnozowania. Ona 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 nich powinny być przestrzegane następujące kroki 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:
  - analizy treści (analizy źródeł wtórnych, *desk research*),
  - wywiadu kwestionariuszowego skierowanego do osób bezdomnych,
  - indywidualnego wywiadu pogłębionego z osobami kluczowymi,
  - zogniskowanego wywiadu grupowego;
- 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 przeprowadza diagnozę. To podejście daje partnerstwu komfort minimalnego angażowania się w diagnozowanie. Zaangażowanie gminy oraz partnerów ogranicza się do: a) udostępnienia 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 uwikłania 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 nieposiadających 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, a także udzieliłby wsparcia merytorycznego oraz formalnego przy tworzeniu raportu. Pomocne przy bezkosztowej realizacji diagnozy 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 wdrażania Modelu GSWB.

Warunkiem koniecznym 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 wypełniana przez osoby korzystające ze wsparcia OPS. Próbując 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 rozwiązywania 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 dopuszczalne 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, zadłużeń czynszowych osób korzystających ze wsparcia OPS oraz warsztatów partycypacyjnych. Wyniki diagnozy stanowią podstawę do opracowania Gminnego Programu Rozwiązywania Problemu Bezdomności.

## 7

## ROZDZIAŁ 7

# Strategia wdrażania

Celem wdrażania Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności jest rozwiązywanie problemu bezdomności, w tym zapobieganie i ograniczanie 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, a 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 obowiązywał 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 Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB).

Mimo że problemem bezdomności zajmuje się wiele organizacji pozarządowych i instytucji polityki społecznej, 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 wzmocnienia 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 re-



alizowania 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 – karpacka 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 Modelu 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, pokazuje całe spektrum różnych instrumentów i narzędzi, które są dobierane i wykorzystywane według lokalnych potrzeb i problemów. Główne etapy wdrażania Modelu 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.

**Zawiązanie partnerstwa.** Warunkiem koniecznym wdrażania Modelu GSWB jest zawiązanie partnerstwa. Kto może być inicjatorem tego działania? Wystarczy zajrzeć do rozdziału „Standard partnerstwa lokalnego” 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 traktowania;
- c) interesariuszy przeciwników, czyli grupę, dla której problematyka bezdomności jest w sprzeczności z nurtem 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 informacyjno-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 intensywne – 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 dziewiętnastu 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 najlepiej, gdy jest podbudowana osobistymi predyspozycjami, można się jej nauczyć – jednak nie da się przewidzieć, kto w lokalnym partnerstwie obejmie tę rolę.

**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 ukierunkowany 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 do systemu wsparcia tych osób. Wszystkie partnerstwa, które przystąpiły do etapu sprawdzania przydatności Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (przez nas zwanego pilotażem GSWB), w praktyce sporządziły takie diagnozy. Jest to warunek konieczny, bez którego dalsze korzystanie z Modelu jest po prostu nieprzydatne. Wystarczy przyjrzeć się diagnozom lokalnym dziewiętnastu partnerstw, które przystąpiły do pilotażu, aby zauważyć, jak różne miały one wyzwania. Nie budzi wątpliwości, że potrzeby partnerstwa lokalnego w Krakowie, gdzie zdiagnozowano ok. 2,2 tys. osób bezdomnych, są zupełnie inne niż partnerstwa w Dąbrowie Górniczej z 200 bezdomnymi czy w Nowem, gdzie doliczono się ich zaledwie 31. 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 „zdrowie” wynika z informacji, że ponad 45% bezdomnych to osoby przewlekle chore. We wszystkich diagnozach przeważały pasywne formy wsparcia bezdomnych skupiające się na zaspokajaniu 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 i in.), zaleca się taki sposób pracy. W opracowaniu diagnoz należy oprzeć się na *Metodologii realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym*. Sposób przeprowadzenia diagnozy będzie zależny od tego, czy partnerstwo dysponuje środkami, które może przeznaczyć na ten cel.

**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 tę funkcję 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 wystandardyzowanych w Modelu GSWB. Wdrażanie wszystkich usług skierowanych do osób bezdomnych, zdefiniowanych i wystandardyzowanych w Modelu, nie będzie najczęściej potrzebne. Usługi i instrumenty powinny być dobierane celowo według lokalnych potrzeb, problemów i zasobów.

**Wdrażanie strategii i programu.** Ogólną wskazówką dla wszystkich partnerstw wdrażających program rozwiązywania problemu bezdomności jest deinstytucjonalizacja pomocy, stąd duży nacisk w Modelu GSWB na kwestię 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 mieszkalnictwo 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 ważna rola 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. Konieczne 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 edukację. Działania w tym zakresie powinny koncentrować się na identyfikowaniu i zapobieganiu problemom m.in. zadłużeni i eksmisji z mieszkań, aspołecznym zachowaniom, które mogą prowadzić do eksmisji, opuszczania różnych instytucji bez zapewnienia opcji mieszkaniowej (np. zakładów penitencjarnych, placówek ochrony zdrowia, placówek pieczy zastępczej), przemocy domowej, która może prowadzić do bezdomności. Konieczne jest także włączenie instrumentów i działań w zakresie interwencji. Niezbędne będzie zapewnienie streetworkingu, czyli usługi skierowanej do osób pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub przestrzeni publicznej. Konieczne powinno być także zabezpieczenie interwencyjnego i tymczasowego zakwaterowania osobom bezdomnym, możliwe tutaj będzie także stworzenie niskoprogowych placówek, tj. ogrzewalni czy noclegowni, do których osoby bezdomne będą miały łatwy dostęp, a regulamin nie będzie wykluczał możliwości udzielenia wsparcia osobom pod wpływem środków psychoaktywnych. Wymagane będzie także stworzenie usług zapewniających odzież i żywienie, a także dostęp do usług zdrowotnych. Fundamentalne 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.

**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 obydwie te pomiary, aby weryfikować osiągnięcie założonych celów. Ewaluacja i monitoring powinny być dopasowane do potrzeb i możliwości partnerstwa lokalnego, tak aby nie tylko rozwiązywać lokalne problemy, ale też sukcesywnie doskonalić Model Gminny Standardu.

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

**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 bezdomni otrzymali mieszkania wspierane), a w większej mierze uwzględnić inne (np. aktywizację społeczną).

We wdrażaniu GSWB bardzo ważne jest też upowszechnianie wypracowanych rezultatów. Głównym celem upowszechniania GSWB jest przekazywanie wiedzy na temat zalet stosowania tej strategii rozwiązywania problemu bezdomności i zachęcanie do szerszego 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 mainstreaming horyzontalny, odnoszący się do działań praktycznych prowadzonych na poziomie lokalnym. To właśnie w gminach standardy będą włączane do głównego nurtu przyjętych sposobów działania odnośnie do 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 i czym skutkuje pominięcie go w planowaniu polityki społecznej gminy? Oczywiście konsekwencją zaniechania wdrażania Modelu GSWB jest utrzymywanie się dotychczasowego wskaźnika albo nawet zwiększanie 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 poczuciu źle pojętej oszczędności – rezygnowanie z inicjatyw służących przeciwdziałaniu bezdomności.

Jakie przeszkody mogą napotkać podmioty wdrażające Model GSWB? Jedną z najbardziej oczywistych i prozaicznych przeszkód w implementacji GSWB na lokalne, gminne „podwór-

ko” 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, jakie mogą zakłócić wdrażanie Modelu GSWB, są też inne psychologiczne czynniki utrudniające pomaganie i wprowadzanie 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 przy okazji świadczenia 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 wymaga wcześniejszej diagnozy, a wprowadzanie monitoringu i ewaluacji – to wówczas nadal będziemy tkwić w punkcie początkowym sprzed pilotażu Modelu GSWB.



## ROZDZIAŁ 8

---

# Ewaluacja i monitoring

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 / partnerstwa<sup>31</sup>. 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 wtedy, kiedy wykorzystanie oferowanych przez Model GSWB usług, narzędzi i instrumentów będzie urealnione w oparciu o diagnozę, a 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 właściwej 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 należy rozumieć lokalną komórkę polityki społecznej lub ośrodek pomocy społecznej). Rezultaty ewaluacji i monitorowania mogą być wykorzystywane na poziomie wyższym, wojewódzkim, do tworzenia regionalnego obrazu kondycji usług i rozwiązań na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.



Monitorowanie powinno bezwzględnie być systematycznie prowadzone w oparciu o specjalnie opracowane arkusze monitorujące. Okresy sprawozdawcze powinny być ustalone przez partnerstwo lokalne, jednak nie powinny być dłuższe niż pół roku, a optymalną częstotliwością wydaje się przyjęcie jako jednostki sprawozdawczej 3 lub 4 miesięcy. Przy takim rozwiązaniu w ciągu roku otrzymuje się 3–4 raporty z monitorowania. Ważne jest także 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 interwencji wobec osób, a nie kompletność wdrażania wystandaryzowanych usług. To oznacza, że monitorowanie powinno koncentrować się na całościowym ujęciu mierzonych rozwiązań i przekraczać arbitralne podziały na standardy.

Ewaluowanie poszczególnych wystandaryzowanych usług i Modelu GSWB dostarczyć ma uogólnionej oceny wprowadzanych rozwiązań, oceny ich skuteczności, a także powinno 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 metody jakościowe. Zatem partnerstwo zobowiązane do okresowej oceny skuteczności podejmowanych działań ma do dyspozycji zarówno propozycję wykorzystywania analizy danych (dokumentów, raportów, sprawozdań), jak i realizacji 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 ciągle 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 kosztowna. 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 powinno 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 gromadzenia 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 nierzetelnie, istnieje zagrożenie, że praktyka pracy z ludźmi bezdomnymi oderwie się od rzeczywistych problemów, od indywidualnych uwarunkowań, specyficznych dla każdej z gmin.





PARTNERSTWO  
LOKALNE



PRACA  
SOCJALNA



MIESZKALNICTWO  
I POMOC DORAŻNA



ZDROWIE



ZATRUDNIENIE  
I EDUKACJA



STREETWORKING



CZEŚĆ



STANDARDY USŁUG  
SPOŁECZNYCH SKIEROWANYCH  
DO OSÓB BEZDOMNYCH  
I ZAGROŻONYCH  
BEZDOMNOŚCIĄ  
W SZEŚCIU OBSZARACH

## 1

## ROZDZIAŁ 1

## Wstęp

### Cel standaryzacji

Celem standaryzacji usług w ramach Modelu GSWB jest sformułowanie zestawu wymogów, jakie powinny spełniać usługi realizowane na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, tak aby zapewnić ich najwyższą jakość, skuteczność i efektywność. Obszary realizacji usług to: partnerstwo lokalne, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, edukacja i zatrudnienie oraz streetworking.

### 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»”.

---

Dokumenty mogą też określać 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”<sup>32</sup>.

---

Standardy jakości usług skierowanych do ludzi bezdomnych stanowią przedmiot zainteresowania władz publicznych w Polsce stosunkowo od niedawna. Dotychczas w naszym kraju usługi dla ludzi bezdomnych kształtowane były przez różnorodne, niezależne organizacje pozarządowe, które z biegiem lat stały się głównymi aktorami na polu walki z bezdomnością. Gminy, odpowiedzialne za udzielanie pomocy ludziom bezdomnym, z biegiem lat kontraktowały coraz więcej usług, zlecając swoje zadania organizacjom pozarządowym. Jednocześnie część organizacji pozarządowych realizowała i realizuje swoje zadania, nie będąc związana kontraktami z gminami. Organizacje te traktują wspieranie ludzi bezdomnych jako swoją misję, a środki na taką 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 niespełnienie może się wiązać z wykluczeniem i marginalizacją.

Jednocześnie standardy funkcjonują w obszarze usług. Stosunkowo rzadko mamy świadomość, że usługi oferowane przez banki czy 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 zarówno definiować 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<sup>33</sup>. 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 prowadzenie efektywnej pracy socjalnej);
- usługa realizowana powyżej kryteriów określanych jako poziom optymalny / najbardziej pożądany to nieuzasadniony wzrost społecznych kosztów, niemający 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 różnicowanie 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 opisanie usług, przyjęto kryteria oznaczone tłustym drukiem z oznaczeniami rzymskimi, zaś pozostałe z kryteriów znajdujące się pod nimi stanowią

formę propozycji do dostosowania we własnym zakresie – 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, liczby 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:

- partnerstwa lokalnego;
- 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, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zdrowia, zatrudnienia i edukacji oraz streetworkingu.

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 wariantach minimum oraz w wariantach rekomendowanym. W tym pierwszym partnerstwo polega na współpracy lokalnych podmiotów dążących do realizacji określonego przedsięwzięcia. W drugim natomiast ma charakter szerszy oraz bardziej trwałe 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 DORAŻNA**

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

Opracowanie zawiera wytyczne 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 nieprzewidujący tworzenia specjalistycznych placówek dla osób bezdomnych w zakresie ochrony zdrowia, a jedynie wskazujący 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 bezdomnej 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 do ograniczenia skali bezdomności i jej przeciwdziałania. 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:

- aktywizacji społecznej,
- aktywizacji zawodowej,
- edukacji,
- zatrudnienia subsydiowanego.

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.





STANDARD  
PARTNERSTWA  
LOKALNEGO

# 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 (Modelu 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 „wiążący” wszystkie pozostałe standardy: pracy socjalnej, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zdrowia, zatrudnienia i edukacji oraz streetworkingu.

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

## ROZDZIAŁ 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 wariacie 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 pracy socjalnej, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zdrowia, zatrudnienia i edukacji oraz streetworkingu, 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 i 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 i organizacjom na wdrażanie i realizację własnych rozwiązań.

## 2

**ROZDZIAŁ 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 poszukiwania 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 współodpowiedzialności, 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 samorganizującego 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 przerastają 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

**ROZDZIAŁ 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 wzmacniają 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 sprawy to: 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 rozwiązania 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.



## ROZDZIAŁ 4

---

# Organizacja pracy partnerstwa lokalnego

## 4.1. Wizja, misja, cele

Partnerstwo wypracowuje ideę i sposoby wspólnego działania, które są akceptowalne przez wszystkich partnerów oraz spełniają ich oczekiwania wobec współpracy. Umożliwia to prawidłowe funkcjonowanie partnerstwa pomimo napotykanego 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 pożądany 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 są rozpoznawane 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 do 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 utożsamiać. 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 jednocześnie 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 opisie 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 (jaki jest 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” prawa 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, subsidiarności 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 będą 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 pytania: 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 nie 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 umożliwi i ułatwi 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-educacyjne 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);

- określenie stanu zdrowia osób bezdomnych (w tym skali uzależnień);
- określenie wykształcenia osób bezdomnych;
- określenie czasu pozostawania osobą bezdomną;
- określenie przyczyn popadania w bezdomność;
- określenie 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;
- zestawienie rodzajów i form udzielanej pomocy;
- zestawienie opisów metod pracy z osobami bezdomnymi;
- zestawienie 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 tego, 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 powinny mu być poddane:

- 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 zalecane są: SWOT, CAL i burza mózgów. Metody te są rekomendowane do zastosowania przez partnerstwo w wariancie minimum, to znaczy w przypadku gdy analizę przeprowadza samo partnerstwo. W wariancie 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 korzystniejszej 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 o treści odnoszącej się do szans, zagrożeń, mocnych i słabych 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 tego obszaru<sup>34</sup>.

**Burza mózgów** jest metodą zalecaną w partnerstwach mniejszych liczbowo. Jej celem jest określenie jak największej liczby 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 gdy jest 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 pożądanых 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, zwłaszcza osoby zagrożone wykluczeniem społecznym i wykluczone społecznie. W każdym momencie w działania partnerskie może włączyć się kolejny podmiot lub kolejna 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;
- przedsiębiorców – w szczególności stowarzyszenia przedsiębiorców, związki pracodawców, izby handlowe;
- służby mundurowe (służby porządkowe, służby bezpieczeństwa publicznego, instytucje wymiaru sprawiedliwości, służbę więzienną);
- osoby fizyczne (niezrzeszone w organizacjach, niepracujące w powyższych instytucjach), w tym osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością;
- lokalnych liderów.

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

- dotyczące potencjalnych partnerów:
  - analiza ich potencjału oraz możliwości oddziaływania na społeczność lokalną,
- analiza ich przydatności do / uzupełnienia potrzeb partnerstwa.
  - dotyczące 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 uwzględnić nie tylko to, co potencjalny partner może wnieść do działań, ale także to, co partnerstwo może zaoferować jemu.

**TABELA 6 |** 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

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 prowadzących do wyeliminowania mechanizmów powodujących wykluczenie społeczne. W wariacie 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 wariacie 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 i szpitale, współpraca z zespołami interdyscyplinarnymi w zakresie monitorowania sytuacji osób zagrożonych przemocą w rodzinie);
- tworzenie koalicji w ramach współpracy międzysektorowej, co umożliwi 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 zorganizowaniem opieki zdrowotnej osobom takiej pomocy wymagającym.

**Przykładowe działania partnerstwa w płaszczyźnie interwencji:**

- monitorowanie problemu bezdomności (np. poprzez zespoły interdyscyplinarne, street-workerów);
- 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 do 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 – zatrudnienie 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 uroczystościach, imprezach;
- 6) aktywizowanie do korzystania z dostępnej oferty placówek kulturalnych, sportowych itp.;
- 7) zmiana stereotypu postrzegania osoby bezdomnej przez społeczność lokalną.

## 5

## ROZDZIAŁ 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.

Tabela 7 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 7 | 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"> <li>■ podstawa działania – umowa ustna</li> <li>■ inicjator / animator</li> <li>■ wydatki ponoszone w związku z podjętymi działaniami – pokrywane przez partnerów i ewentualnych sponsorów</li> <li>■ sprawdzanie wydatków według potrzeb</li> <li>■ działania prowadzone w oparciu o plan pracy</li> <li>■ decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ podstawa działania – umowa partnerska</li> <li>■ lider / partner wiodący</li> <li>■ finansowanie działań – zgodnie z umową i obowiązującymi wymogami w zależności od źródła finansowania</li> <li>■ wymagane regularne sprawdzanie wydatków</li> <li>■ działania prowadzone w oparciu o plan pracy</li> <li>■ decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ podstawa działania – statut</li> <li>■ władze partnerstwa – rada / / zarząd (pomiędzy walnymi zgromadzeniami)</li> <li>■ finansowanie działań – zgodnie z przyjętym planem działań i obowiązującymi wymogami w zależności od źródła finansowania</li> <li>■ konieczne regularne sprawdzanie wydatków</li> <li>■ działania oparte o przyjętą strategię działania</li> <li>■ decyzje podejmowane w oparciu o konsensus partnerów</li> </ul>

Poza wyborem formy prawnej należy także określić podział zadań i odpowiedzialność poszczególnych partnerów. Wraz z rozwojem partnerstwa wzrastać będzie liczba 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 księgowość 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 musi ono 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 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;
- radę / zarząd;
- komisje statutowe (obowiązkowo rewizyjną i skrutacyjną 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.

**Walne zgromadzenie:**

- czuwa nad strategią partnerstwa;
- podejmuje decyzje w drodze konsensusu lub głosowania;
- wybiera spośród siebie przewodniczącego walnego zgromadzenia;
- wybiera członków zarządu i poszczególnych organów.

**Rada / zarząd:**

- jest wybierana / jest wybierany 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 zaangażowane 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 umiejętne wypracowywanie kompromisu. Siłą partnerstw są 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, rozbitcie, odejście partnerów, a w efekcie likwidacja 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 przysłym 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 zabezpieczania 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, 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, umowy bankowe, oferty, kosztorysy, harmonogramy, wyciągi bankowe, sprawozdania finansowe, rozliczenia z urzędem skarbowym.

Obowiązek przechowywania dokumentów wynika z odrębnych ustaw – ustawy o rachunkowości<sup>35</sup>, ustawy o ochronie danych osobowych<sup>36</sup> i zobowiązuje do przechowywania dokumentacji przez określoną liczbę lat. Fundusze nieobjęte wymienionymi ustawami, z których partnerstwo będzie korzystał, 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 i 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 lokalnych 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 jest zależne 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:

- składki partnerów (wysokość składek ustalają partnerzy);
- wkład rzeczowy partnerów;
- dochody wypracowane w ramach partnerstwa poprzez prowadzone działania;
- 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

## ROZDZIAŁ 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 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, które 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.

**RYСУNEK 4 | Model graficzny tworzenia i funkcjonowania partnerstwa lokalnego**

1

**↓ TWORZENIE**

Inicjowanie  
Poszukiwanie partnerów  
Przeprowadzenie diagnozy problemu/problemów społecznych  
Określenie wizji, misji, celów  
Określenie obszaru działania

2

**↓ WYBÓR FORMY DZIAŁANIA**

Przyjęcie odpowiedniej formy  
Określenie zasobów, deficytów  
Przyjęcie formy zarządzania (partnerstwo w wariacie minimum posiadające lidera; partnerstwo w wariacie optimum z osobowością prawną posiadające prezesa lub przewodniczącego i zarząd)

3

**↓ DZIAŁANIE**

Określenie potrzeb  
Ustalenie zakresów: podmiotowego i przedmiotowego  
Zarządzanie (przestrzeganie zasad partnerstwa)  
Planowanie i podział zadań zgodnie z możliwościami i kompetencjami partnerów  
Realizacja zadań z zachowaniem jawności, transparentności  
Edukacja, promocja

4

**↓ ANALIZA**

Monitoring  
Ewaluacja  
Korekta planów

5

**↓ PODSUMOWANIE**

Opracowanie raportów, sprawozdań  
Organizacja zebrania partnerów (prezentacja osiągnięć, efektów, wspólne ustalenie dalszych planów, ustalenie formy działania – czy nadal partnerstwo działa w wariacie minimum czy ewoluuje w kierunku wariantu optimum)  
Aktualizacja zakresu podmiotowego i przedmiotowego  
Aktualizacja diagnozy, potrzeb, celów i działań  
Kontynuacja współpracy

Opracowanie własne grupy eksperckiej ds. partnerstwa lokalnego.

**RYSUNEK 5 | Model graficzny partnerstwa w małej gminie**

Opracowanie własne grupy eksperckiej ds. partnerstwa lokalnego.

**RYSUNEK 6 | Model graficzny partnerstwa lokalnego w dużym mieście**

Opracowanie własne grupy eksperckiej ds. partnerstwa lokalnego.





## ROZDZIAŁ 7

---

# Standard partnerstwa lokalnego w praktyce. Krok po kroku

## I. Partnerstwo lokalne – jak je tworzyć?

W wielu gminach można nadal spotkać się z sytuacją, gdy współpraca pomiędzy różnymi podmiotami jest mylnie utożsamiana z partnerstwem lokalnym. Współpraca jest zazwyczaj okazjonalna, krótkotrwała, wynika z konieczności połączenia potencjału w celu rozwiązania konkretnego problemu. Jest działaniem potrzebnym i cennym, ale nie jest partnerstwem lokalnym. Specyfiką partnerstwa jest długotrwałość jego działań, opartych – w zależności od wyboru formy działania – na porozumieniu między partnerami lub umowie prawnej.

Zainicjowanie i budowanie partnerstwa lokalnego jest długim i trudnym procesem. Czasem potencjalni partnerzy uczestniczą w pierwszym, inicjującym spotkaniu, czasem w kilku lub kilkunastu, po czym z różnych względów rezygnują z angażowania się, nie widząc dla siebie miejsca w tego rodzaju działalności. Jak wynika z doświadczenia działających już partnerstw, w takiej sytuacji najskuteczniejsze jest przekonywanie lokalnego środowiska, niezdecydowanych czy przeciwnych podmiotów, o efektywnym i korzystnym dla tegoż środowiska działaniu partnerstwa. Partnerzy przystępują do partnerstwa dobrowolnie, muszą zatem być przekonani o zasadności podjętych działań, wykazać wolę współdziałania w rozwoju lokalnym.

W organizowanych spotkaniach partnerstwa zawsze będzie uczestniczyć ktoś „nowy”, takiemu potencjalnemu partnerowi należy wyjaśnić, na czym polega podjęta inicjatywa, czemu ma służyć, jakie problemy dzięki jej realizacji będą/powinny być rozwiązane.

Dla partnerstwa lokalnego modelowym rozwiązaniem jest pozyskanie podmiotów reprezentujących trzy podstawowe sektory – samorządowy, pozarządowy i biznesowy. Nie powinno się także pominąć tych podmiotów, które wcześniej nie wykazały zainteresowania podjętą inicjatywą. Połączenie potencjału różnorodnych podmiotów daje relatywnie największą szansę skutecznego działania.

Organizacje pozarządowe zazwyczaj chętnie angażują się w nowe działania, natomiast z doświadczenia wielu partnerstw wynika, że bardzo trudno jest zmienić stereotyp działania instytucji. W praktyce można spotkać się z niechęcią jednostek samorządu terytorialne-

go (JST), uzasadniających brak zainteresowania ideą partnerstwa opiniami: „u nas nie ma problemu ubóstwa”, „nie mamy osób bezdomnych”, „niczego nie zamierzamy zmieniać”. W jednym z funkcjonujących partnerstw zaangażowana w nie JST nie podjęła rzeczywistej współpracy z partnerami, skupiając się na funkcjach decyzyjnych i kontrolnych. Kilka innych partnerstw znalazło się w sytuacji, w której władza lokalna zamierzała zaangażować się w partnerstwo, ale zrezygnowała na skutek oporu konkurentów politycznych. Przedsiębiorcy z kolei wyjaśniają brak zaangażowania specyfiką swojej działalności, ukierunkowaną na zysk.

Niezależnie od tych problemów, w wyniku wytrwałej pracy, systematycznych spotkań i ustawicznej edukacji istnieje duża szansa na wypracowanie nowego spojrzenia na problemy społeczne oraz dostrzeżenie możliwości, jakie daje w tym zakresie partnerstwo lokalne.

Czasem można spotkać się z opinią, że działalność partnerstwa w małej gminie różni się zasadniczo od działania partnerstwa w dużej gminie czy dużym mieście. W dużych gminach funkcjonuje więcej podmiotów – potencjalnych partnerów, łatwiej zdobyć środki, a przyjęte do realizacji cele są inne ze względu na większą grupę odbiorców i większą skalę problemów. W dużych miastach istnieje możliwość tworzenia tzw. partnerstw strategicznych, które łączą mniejsze (dzielnicowe) partnerstwa. W małych gminach, gdzie występują bliskie więzi rodzinne i koleżeńskie, komunikacja między potencjalnymi partnerami jest łatwiejsza, łatwiej też wypracować wzajemne zaufanie. Powyższych kwestii nie można jednak generalizować. Prawidłowa praca partnerstwa jest uwarunkowana przede wszystkim wolą współpracy partnerów, determinacją w rozwiązywaniu problemów, umiejętnością dostrzeżenia w każdej sytuacji nadrzędności dobra wspólnego.

Cele działania partnerstwa muszą być odpowiedzią na istniejące problemy, jednak to partnerstwo określa, jakie cele będą priorytetowe i jakie metody wybierze do ich realizacji.

Do realizacji celów potrzebne są środki finansowe. Obecnie nie ma funduszy na bieżącą działalność partnerstwa, nie ma także środków zagwarantowanych wyłącznie dla partnerstw. Każde partnerstwo musi samo poszukiwać możliwości pozyskania funduszy, wpisywać się strategicznie w dostępne projekty. Pozyskiwane środki są bardzo pomocne, pozwalają realizować trudniejsze, ambitniejsze działania, ale działanie partnerstwa nie może zależeć wyłącznie czy głównie od czynnika ekonomicznego. Partnerstwo, które uzależnia swoją pracę wyłącznie od pozyskanych środków, może nie przetrwać w sytuacji ich braku. Brak środków będzie realnym zagrożeniem trwałości funkcjonowania partnerstwa. Partnerstwo powinno przede wszystkim zbudować silną, opartą na trwałych podstawach strukturę, która umożliwi pracę nawet w trudnych warunkach finansowych.

Gdy do wspólnej pracy przystępują podmioty i osoby o różnych czasem zapatrywaniach na te same kwestie, spory czy polemiki są rzeczą naturalną i nie do uniknięcia. Partnerzy muszą przyswoić sobie umiejętność porozumienia, szczególnie w sytuacjach kontrowersyjnych czy konfliktowych. Ważne jest, aby stopniowo osiągać coraz większe wzajemne zrozumienie i zaufanie, uczyli się podejmowania decyzji na podstawie konsensusu.

Każde środowisko lokalne wymaga ciągłej edukacji dotyczącej zarówno szeroko rozumianej problematyki społecznej, jak i partnerstwa lokalnego, zatem żadne partnerstwo nie może w swoich działaniach pominąć edukacji. Partnerzy mogą korzystać z różnych łatwo dostępnych form edukacji: literatury, źródeł internetowych, konferencji tematycznych, bezpłatnych szkoleń realizowanych np. przez regionalne ośrodki Europejskiego Funduszu Społecznego. Pozyskaną wiedzę powinni dzielić się ze społecznością lokalną. Należy podkreślić, że funkcjonujące już partnerstwa wskazują na potrzebę wprowadzenia edukacji w zakresie problematyki społecznej i współodpowiedzialności za rozwój lokalny do szkół na poziomie co najmniej gimnazjalnym.

## II. Partnerstwo lokalne – jak to było u nas

### 1. OPIS SYTUACJI

W naszej gminie zawsze istniał problem osób bezdomnych, także rodzin długotrwale zalegających z płaceniem czynszu. Pozornie problemu jednak nie było, ponieważ osoby bezdomne w okresie zimy kierowano do schronisk lub noclegowni, a problemem zadłużeń czynszowych nikt się poważnie nie zajmował.

Sytuacja zmieniła się, gdy do ośrodka pomocy społecznej zgłosiło się w krótkim czasie kilku mężczyzn. Z przeprowadzonych rozmów wynikało, że dwóch z nich opuściło zakład karny, dwaj znaleźli się na ulicy z powodu alkoholizmu, jeden wrócił z Anglii po nieudanej próbie znalezienia tam pracy. Okazało się też, że kilka rodzin, mieszkających w mieszkaniach spółdzielczych, zagrożonych jest eksmisją. Na łamach prasy lokalnej ukazały się alarmujące artykuły dotyczące bezdomności. Dla lepszego zilustrowania problemu zamieszczono reportaż o znanym prawie wszystkim panu Janku, alkoholiku, żyjącym od lat na ulicy. Nagłośnienie spraw przez prasę odbiło się szerokim echem w społeczności lokalnej. Sprawą zainteresowała się organizacja pozarządowa, zajmująca się wspieraniem rodzin najuboższych i osobami niepełnosprawnymi, zaniepokojenie wyraził miejscowy przedsiębiorca, pan Zbigniew, znany ze swojej społecznikowskiej pasji. W niedługim czasie doszło do spotkania burmistrza, kierownika OPS i kierownika spółdzielni mieszkaniowej. Tematem była bezdomność. Spotkanie, zdaniem kierownika OPS, było trudne, głównie ze względu na twardą postawę kierownika spółdzielni.

---

1. Partnerstwo lokalne jest nową formą zarządzania rozwojem środowiska lokalnego oraz przeciwdziałania problemom społecznym.

2. Modelowe partnerstwo lokalne tworzą partnerzy, reprezentujący trzy podstawowe sektory: samorządowy, pozarządowy i biznesowy.

---

### 2. INICJOWANIE

W niedługim czasie po tych wydarzeniach zaczęły docierać kolejne informacje o osobach i rodzinach, które z różnych przyczyn stanęły na skraju życiowej przepaści. Parę dni po wspomnianym spotkaniu OPS dowiedział się o zadłużeniu czynszowym kilku następnych rodzin. Jeden z przypadków był szczególnie dramatyczny – rodzina wielodzietna, ojciec alkoholik i matka chwytająca każdą okazję zarobienia choćby kilku groszy. Dla OPS wszystkie sytuacje stały się sygnałem do podjęcia działań interwencyjnych nie tylko w odniesieniu do jednostkowych sytuacji, lecz także do przeciwdziałania bezdomności i zagrożenia bezdomnością w szerszym kontekście społecznym. Do takiego działania potrzebni byli jednak sojusznicy. Rozpoczęto od rozmów telefonicznych m.in. ze spółdzielnią mieszkaniową, organizacjami pozarządowymi, strażą miejską, także policją. Większość wyraziła zainteresowanie podjętym tematem, ale szybko okazało się, że nikt nie posiada pełnej wiedzy na temat bezdomności, każdy dysponował tylko jej urywkami. W tych okolicznościach połączenie sił stało się decyzją konieczną. Sprawą zainteresowano także radę gminy.

Na sesji rady kierownik OPS przedstawił problem bezdomności z punktu widzenia ośrodka oraz poinformował o powstałej inicjatywie połączenia sił w celu przeciwdziałania bezdomności. Aby przekonać radnych do zaangażowania się w planowane przedsięwzięcie, wy-

sunięto argument ekonomiczny – analiza wydatków, związanych z umieszczaniem osób bezdomnych w placówkach zewnętrznych, wykazała jednoznacznie, że ten sposób radzenia sobie z problemem jest kosztowny i tymczasowy. W świetle argumentów społecznych i ekonomicznych uznano, że najlepszym sposobem rozwiązania problemu będzie wypracowanie i wdrożenie własnego, gminnego systemu wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Jednak pomysł od realizacji dzieli długa droga. Podczas kolejnego spotkania zastanawiano się nad formą, w jakiej najskuteczniej można zrealizować podjęte zamierzenie. Przedstawiciele jednej z organizacji pozarządowych zaproponowali utworzenie partnerstwa lokalnego. Ich opinia opierała się na własnym doświadczeniu – kilkakrotnie uczestniczyli w wizytach studyjnych w różnych miastach, w których partnerstwa już działały. Wizyty dały im możliwość bliższego poznania sposobu pracy partnerstwa oraz skuteczności jego działania. Propozycja wywołała żywą dyskusję. Uczestnicy rozważali, czy partnerstwo rzeczywiście jest najlepszą formą, wysuwano argumenty za i przeciw. Pani Alicja z organizacji pozarządowej starała się wykazać, że partnerstwo jest jedyną formą działania, która łączy potencjał lokalnych podmiotów, niezależnie od sektora, z jakiego pochodzą, a to daje dużą szansę na skuteczne poradzenie sobie z problemem. Większość uczestników spotkania przyjęła tę formę działania, chociaż niektórych nadal nie przekonano.

- 
1. Inicjatorem partnerstwa mogą być osoba fizyczna, organizacja, instytucja.
  2. Inicjator musi być wiarygodny w środowisku lokalnym.
  3. Impulsem podjęcia inicjatywy partnerskiej są dostrzeżenie określonego problemu/problemów społecznych i wola ich rozwiązania.
- 

### 3. POSZUKIWANIE PARTNERÓW

W poszukiwaniu potencjalnych partnerów rozesłano kilkanaście zaproszeń, m.in. do: burmistrza, samorządu, spółdzielni mieszkaniowej, gminnego ośrodka zdrowia. Wolę uczestniczenia w spotkaniu inicjującym wyrazili: Ośrodek Pomocy Społecznej, Powiatowy Urząd Pracy, organizacje pozarządowe, spółdzielnia mieszkaniowa, gminny ośrodek zdrowia, policja i miejscowy przedsiębiorca pan Zbigniew. Na spotkanie zostali zaproszeni także przedstawiciele funkcjonującego już partnerstwa z sąsiedniego powiatu, którzy opowiedzieli o własnych doświadczeniach towarzyszących powstawaniu i działaniu takiej formy pomocy, także o związanych z tym sukcesach. Po wysłuchaniu relacji kierownik OPS przedstawił problem bezdomności, podkreślając, że wobec pogłębiania się problemu potrzebne są bardziej kompleksowe działania niż te, które dotychczas podejmowano.

Głosu poparcia dla powstającego partnerstwa udzielił burmistrz. Spółdzielnia mieszkaniowa i policja określiły swoje zaangażowanie jako wspomagające. Przedstawiciel służby zdrowia stwierdził, że skala problemu nie wymaga podejmowania szczególnych działań, wyraził jednak chęć współpracy z partnerstwem. Dyrektor PUP odmówił współpracy, wyjaśniając, że PUP nie ma możliwości aktywizacji osób bezdomnych, a poza tym sami bezdomni nie są zainteresowani jakąkolwiek jej formą. Ostatecznie decyzję o zaangażowaniu się w partnerstwo podjęli: OPS, dwie organizacje pozarządowe i pan Zbigniew. Ustalono termin kolejnego spotkania oraz formę komunikacji poza bezpośrednimi spotkaniami – telefoniczną i mailową.

---

1. Przeciwdziałanie problemowi bezdomności i rozwiązanie go wymaga połączenia potencjału różnych podmiotów lokalnych.

2. Poszukując partnerów, należy rozważyć: jakie podmioty powinny uczestniczyć w partnerstwie, aby wskazany problem mógł zostać rozwiązany, jakimi przesłankami kieruje się potencjalny partner w swojej podstawowej działalności, jakimi zasobami własnymi dysponuje.

3. Partnerstwo jest otwarte na nowych członków.

---

#### 4. DIAGNOZOWANIE ŚRODOWISKA LOKALNEGO

Podczas kolejnych spotkań okazało się, że możliwości partnerstwa nie zostały wcześniej przeanalizowane w wystarczający sposób. Także wiedza dotycząca bezdomności na terenie gminy okazała się niepełna. Nie uwzględniała problemów występujących zazwyczaj równoległe do bezdomności, np. alkoholizmu osób bezdomnych, ich problemów emocjonalnych i trudności w relacji z otoczeniem, ponadto każdy z partnerów posiadał własne dane, co nie dawało pełnego obrazu problemu. W tej sytuacji partnerzy uznali, że niezbędne jest zdiagnozowanie środowiska lokalnego w kontekście bezdomności. Ze względu na brak środków finansowych partnerstwo było zmuszone dokonać diagnozy własnymi siłami na podstawie dostępnych dokumentów gminy, informacji własnych, rozmów przeprowadzonych z osobami bezdomnymi oraz podmiotami zajmującymi się problematyką bezdomności, a także opinii społeczności lokalnej. Z wielu metod wspomagających opracowywanie diagnozy wybrano metodę SWOT. Przeprowadzona diagnoza przyniosła w efekcie znacznie lepszą znajomość środowiska lokalnego, a także samego partnerstwa. Na tej podstawie można było przejść do następnego etapu pracy partnerstwa – określenia celów działania.

---

1. Diagnoza spełnia dwojaką funkcję – jest pomocna przy określeniu problemów i potrzeb społeczności lokalnej oraz potencjału samego partnerstwa.

2. Diagnoza może być przeprowadzona siłami własnymi partnerów. Partnerstwo wybiera wówczas odpowiednią metodę, pomocną przy przeprowadzeniu diagnozy.

3. W przypadku partnerstwa formalnego, dysponującego środkami finansowymi, diagnoza może być zlecona ekspertom zewnętrznym, którzy konsultują z partnerstwem wybraną przez nich metodę opracowania diagnozy.

---

#### 5. OKREŚLENIE WIZJI, MISJI I CELÓW

Podczas kolejnego spotkania dyskutowano na temat opracowania wizji, misji i celów. Prawie wszyscy uznali, że wizja jest relatywnie najłatwiejsza do sformułowania, zakłada bowiem szeroką formułę ogólności. Wizją jest pożądanym przez partnerów stan społeczności lokalnej,

pozytywnie zmieniony w efekcie działania partnerstwa. Wizja ukierunkowuje i ukonkretnia działanie partnerstwa, ale nie wszystkie jej elementy muszą czy mogą być zrealizowane, choćby ze względu na ograniczenia finansowe.

Opracowanie misji zajęło dużo więcej czasu i spowodowało niezgodności między partnerami. Powstał dylemat: co musi być wpisane w misję, co można pominąć i co jest w niej najważniejsze. Ostatecznie partnerstwo przyjęło następujące sformułowanie misji:

*Nasze partnerstwo lokalne jest płaszczyzną współpracy podmiotów lokalnych w duchu dialogu społecznego w celu zapobiegania problemom społecznym i rozwiązywania ich, w szczególności bezdomności i zagrożenia bezdomnością. Poprzez tworzenie/wzmacnianie wspólnoty samorządowej odbiorcami działań partnerstwa są wszyscy mieszkańcy gminy. Partnerstwo buduje współodpowiedzialność mieszkańców za rozwój środowiska lokalnego, skupia się na poprawie jakości życia mieszkańców, w szczególności osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Fundamentem działania są jasno określone zasady, przestrzegane przez wszystkich partnerów, z których najważniejszą jest poszanowanie godności każdego człowieka.*

Kolejne spotkanie poświęcono precyzyjnemu opracowaniu celów, jakie partnerstwo zamierza realizować. Dyskusja dotycząca celów z dużą ostrością wykazała różnice między partnerami w postrzeganiu tej kwestii. Kierownik OPS zaproponował, aby przede wszystkim określić cel główny i cele szczegółowe. Jego zdaniem przyniesie to podwójną korzyść – uporządkuje diskutowany problem oraz pomoże w lepszym zorganizowaniu przyszłej pracy partnerstwa. Ta argumentacja przekonała partnerów, jednak okazali się zgodni tylko w odniesieniu do celu głównego – przeciwdziałania bezdomności. Podczas ustalania celów szczegółowych ponownie wybrzmiały różnice zdań między partnerami. Jakie cele szczegółowe uznać za priorytetowe, a jakie za mniej ważne? W tej kwestii bardzo pomocna okazała się przeprowadzona wcześniej diagnoza. Przedstawiciel organizacji pozarządowej zaproponował, aby skorzystać z metod badawczych pomagających w określaniu celów. Z dostępnych metod wybrano jedną z najbardziej powszechnych – metodę SMART.

Ostatecznie jako cel główny przyjęto ograniczenie bezdomności w gminie oraz poszerzenie systemu wsparcia dla osób bezdomnych. Ustalono także cele szczegółowe, realne do osiągnięcia w okresie dwóch lat. To umiejscowiło planowane działania partnerstwa w określonych dokładnie ramach czasowych.

W dalszej części spotkania uczestnicy przyjęli propozycję przedstawiciela organizacji pozarządowej, aby działania partnerstwa realizować w trzech płaszczyznach: prewencji, interwencji i integracji.

**W zakresie prewencji** zaplanowano: 1. Spotkania z mieszkańcami gminy dotyczące: problemu bezdomności, powstawania zadłużeń czynszowych, niebezpieczeństwa zaciągania łatwo dostępnych kredytów. 2. Nawiązanie współpracy ze wszystkimi administratorami budynków w gminie i wypracowanie wspólnych sposobów wczesnego reagowania w sytuacji powstawania zadłużeń czynszowych.

**W zakresie interwencji** przyjęto za działanie konieczne utworzenie ogrzewalni i łaźni dla osób bezdomnych.

**W zakresie integracji** zaplanowano następujące działania: 1. Zorganizowanie kampanii społecznej ukierunkowanej na lepsze poznanie przez społeczność lokalną problemu bezdomności i jej przyczyn oraz zmianę negatywnego stereotypu postrzegania osoby bezdomnej. 2. Zwiększenie współodpowiedzialności mieszkańców poprzez promowanie wspólnych akcji pomocowych. 3. Utworzenie dwóch mieszkań wspieranych i dwóch lokali socjalnych. 4. Uruchomienie sklepu społecznego z odzieżą używaną.



- 
1. Wizja jest niezbędnym elementem długofalowego planowania działań partnerstwa. Określa pożądany stan społeczności lokalnej, zmienionej w efekcie działania partnerstwa. Ostateczne wypracowanie wizji powinno być zakończone jasno sformułowanym dokumentem.
  2. Misja określa nadrzędny cel partnerstwa, definiuje wspólne przekonania partnerów dotyczące przyczyn powołania partnerstwa. Misja określa także zasady, na których partnerstwo się opiera i które muszą być respektowane przez wszystkich jego członków.
  3. Precyzyjne określenie celów, z uwzględnieniem celu głównego i celów szczegółowych, umożliwia prawidłową pracę partnerstwa. Cele szczegółowe spełniają funkcję pomocniczą przy realizacji celu głównego.
- 

## 6. OKREŚLENIE FORMY DZIAŁANIA

Partnerzy stanęli przed kolejnym dylematem. Jaką formę działania przyjąć – partnerstwo nieformalne, działające na podstawie woli współpracy między partnerami, partnerstwo działające dzięki pisemnemu porozumieniu lub umowie między partnerami czy partnerstwo formalne, posiadające osobowość prawną. Kierownik OPS wyraził opinię, że skala i waga podejmowanych działań oraz kwestie formalno-prawne związane z uczestnictwem ośrodka w partnerstwie wymagają podstaw formalno-prawnych. Podkreślił też, że partnerstwo bez osobowości prawnej nie będzie mogło pozyskiwać środków finansowych zewnętrznych, np. z programów unijnych, co ograniczy efektywność jego działania. Przedstawiciel organizacji pozarządowej zaproponował, aby partnerstwo – na początku – oparło swoje działanie na porozumieniu lub umowie pomiędzy partnerami. Pan Zbigniew wyraził przekonanie, że forma to sprawa drugorzędna, najważniejsza jest realizacja założonych celów. Wystarczy dobra, efektywna współpraca i podpisanie porozumienia między partnerami. Ostatecznie podjęto decyzję, że partnerstwo będzie działać na podstawie umowy, realizując założone cele na miarę swoich możliwości, nie zaniecha jednak poszukiwania rozwiązania, które pozwoliłoby utworzyć partnerstwo trwałe z możliwością pozyskiwania funduszy. Partnerzy byli zgodni, że przed podjęciem tak ważnej decyzji jak sformalizowanie działania należy zasięgnąć porady prawnika, innych partnerstw, a także skonsultować sporną kwestię z regionalnym ośrodkiem wspierania ekonomii społecznej.

- 
1. W polskim prawodawstwie brakuje odrębnej formuły prawnej dla partnerstwa lokalnego. Partnerstwo może uzyskać osobowość prawną jako: fundacja, stowarzyszenie, związek stowarzyszeń.
  2. Partnerstwo lokalne, które nie ubiega się o uzyskanie osobowości prawnej, może być związane umową partnerską.
  3. Partnerstwo lokalne, które nie zawiera umowy partnerskiej, nie posiada osobowości prawnej, działa nieformalnie i ma formę współpracy.
-



## 7. ORGANIZOWANIE PRACY PARTNERSTWA

Partnerzy wspólnie opracowali plan i harmonogram pracy, dzieląc się między sobą odpowiedzialnością za poszczególne zadania. Przyjęto konieczność dokumentowania wszystkich działań partnerstwa.

Kolejne spotkania robocze oraz wymiana korespondencji mailowej skupione były przede wszystkim na planowaniu pracy. Ustalono, że w związku z innymi obowiązkami zawodowymi oraz prywatnymi uczestników partnerstwa komunikacja bieżąca będzie przebiegać głównie drogą elektroniczną. Lider partnerstwa, ośrodek pomocy społecznej, zaproponował jako siedzibę i biuro pomieszczenia ośrodka, ze względu na jego położenie w centralnym, dobrze skomunikowanym miejscu oraz niezbędny sprzęt, który jest tam do dyspozycji. Przedstawiciel organizacji pozarządowej zaproponował, aby spotkania robocze odbywały się w siedzibie organizacji, co uznano za dobre rozwiązanie z uwagi na popołudniowy charakter spotkań. Ustalono, że osobą odpowiedzialną za organizację spotkań i przepływ informacji będzie pracownik socjalny OPS, natomiast przygotowaniem informacji prasowych zajmie się jeden z członków organizacji pozarządowej, który na co dzień zarówno w swojej pracy zawodowej, jak i w organizacji zajmuje się takim działaniem. Partnerzy zaproponowali, aby za prowadzenie dokumentacji działania partnerstwa odpowiedzialny był jego lider, ze względu na największe doświadczenie i wiedzę z zakresu polityki społecznej.

- 
1. Realizacja zaplanowanych przez partnerstwo działań opiera się na wspólnie opracowanym i przyjętym planie i harmonogramie pracy.
  2. Konieczne jest dokonanie podziału zadań, sprecyzowanie, za jakie zadania jest odpowiedzialny dany partner, który z partnerów będzie prowadzić dokumentację działalności partnerstwa.
  3. Niezbędne jest ustalenie terminów spotkań oraz sposobu komunikacji między spotkaniami i przestrzeganie tych ustaleń przez wszystkich członków partnerstwa.
  4. Niezbędne jest wybranie siedziby partnerstwa. W przypadku partnerstwa nieformalnego może to być siedziba jednego z partnerów.
- 

## 8. PRZYJĘCIE PLANU DZIAŁANIA

Przeprowadzona wcześniej diagnoza problemu bezdomności oraz zasobów własnych partnerstwa umożliwiła partnerom opracowanie i wdrożenie gminnego modelu przeciwdziałania bezdomności. Uwzględniając specyfikę problemu w gminie, niewystarczającą bazę lokalową, brak działań prewencyjnych i reintegracyjnych wobec osób bezdomnych, główne działania zaplanowano w obszarze mieszkalnictwa i pracy socjalnej. W obu obszarach za pomocne uznano zaangażowanie całej społeczności lokalnej.

W zakresie mieszkalnictwa do realizacji przyjęto: dwa mieszkania wspierane i dwa lokale socjalne, a na poziomie interwencji – ogrzewalnię z węzłem sanitarnym. Lokale do adaptacji wskazał burmistrz, który podjął się także rozmów z dyrekcją PKP, dotyczących zorganizowania ogrzewalni w zasobach lokalowych PKP.

W zakresie pracy socjalnej, zgodnie z sugestią kierownika OPS, partnerzy podjęli się prowadzenia aktywnej pracy socjalnej z dwiema grupami odbiorców:

- osobami zagrożonymi bezdomnością (analiza ich sytuacji ogólnej, określenie konkretnych problemów, wspólne wypracowanie i przyjęcie sposobów rozwiązania tych problemów, częsty wzajemny kontakt, asystowanie tym, którzy zamieszkają w lokalu socjalnym),
- osobami bezdomnymi (objęcie ich systemem wsparcia, określenie słabych i mocnych stron osoby bezdomnej, przygotowanie do zamieszkania w mieszkaniu wspieranym, wskazanie możliwości dających szansę na wyjście z bezdomności).

Ponadto partnerstwo przyczyniło się do wprowadzenia w gminnej poradni leczenia uzależnień dodatkowych dyżurów terapeuty i raz w tygodniu – psychologa.

Uzupełniając gminny system wsparcia, zaplanowano dwa elementy aktywizacji zawodowej: prace społecznie użyteczne, związane z remontem i adaptacją mieszkań wspieranych, oraz zorganizowanie sklepu społecznego, zajmującego się pozyskiwaniem i sprzedażą używanych mebli i sprzętu codziennego użytku. Zorganizowaniem sklepu zajęła się organizacja pozarządowa, posiadająca doświadczenie w zakresie ekonomii społecznej. Działający w branży budowlanej pan Zbigniew przekazał część niezbędnych materiałów budowlanych, użył własnych elektronarzędzi i samochodu dostawczego oraz skierował do fachowej pomocy pracownika budowlanego.

W dalszej perspektywie czasowej zaplanowano działania prewencyjne, mające na celu przeciwdziałanie sytuacjom kryzysowym, których skutkiem może być utrata mieszkania. Zorganizowania i przeprowadzenia kampanii informacyjnej podjęła się organizacja pozarządowa. Ponadto partnerstwo zaplanowało nawiązanie ścisłej współpracy ze spółdzielnią mieszkaniową celem wczesnego interweniowania w sprawie rodzin zalegających z opłatą czynszu.

Niektóre z zadań przyjęto do bieżącej realizacji, inne, wymagające więcej czasu, wpisano w roczny plan pracy partnerstwa.

- 
1. W przypadku podjęcia przez partnerstwo działań długofalowych wskazane jest opracowanie strategii partnerstwa, obejmującej działania w okresie kilku lat, np. 3 lub 4.
  2. Partnerstwo określa i realizuje działania na podstawie wspólnie opracowanych i przyjętych planu i harmonogramu pracy.
  3. Konieczne jest opracowanie rocznych planów partnerstwa.
- 

## 9. OCENA DZIAŁANIA

Po roku działalności nadszedł czas na ocenę pracy partnerstwa. Partnerzy postanowili przeprowadzić ewaluację swojej działalności, jednak ze względu na brak środków finansowych przeprowadzono ją własnymi siłami. Uzyskane wyniki wykazały: niezadowalający poziom współpracy między partnerami, brak dostatecznego wsparcia dla powstałego sklepu społecznego, a także niedokładne prowadzenie dokumentacji działań.

- 
1. Ewaluacja jest niezbędna przy ocenie partnerstwa i jego działań. Umożliwia polepszenie pracy partnerstwa.
  2. Częstotliwość ewaluacji powinna być uzgodniona wspólnie przez partnerów, z możliwością modyfikacji w zależności od potrzeb. Minimum stanowi przeprowadzanie ewaluacji raz na pół roku.
  3. Ewaluację można przeprowadzić siłami własnymi partnerstwa lub – w przypadku dysponowania odpowiednimi środkami – zlecić badanie ekspertowi/ekspertom zewnętrznym, co zwiększa obiektywizm badania.
  4. Ewaluacja kończy się spisaniem odpowiedniego dokumentu, przedstawiającego wykazane braki lub nieprawidłowości i zobowiązującego partnerów do ich usunięcia.
- 

## 10. PODSUMOWANIE

Podsumowując swoją dotychczasową działalność, partnerzy ostrożnie mówią o sukcesie. Działa sklep społeczny, powstały dwa mieszkania wspierane, trwa adaptacja lokali społecznych, spowolniona przez procedury budowlane. Po długich bojach otwarto ogrzewalnię zlokalizowaną w budynku nieczynnej stacji kolejowej.

Współpraca partnerstwa ze spółdzielnią mieszkaniową, aktywna zindywidualizowana praca socjalna na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, przeprowadzone kampanie informacyjne nie tylko poprawiły sytuację osób bezdomnych, lecz także podniosły poziom wiedzy i świadomości społeczności lokalnej.

Samo powstanie i działanie partnerstwa wpłynęło aktywizująco na środowisko lokalne. Ta nowa forma dialogu i współpracy pomiędzy trzema sektorami stworzyła szansę na efektywniejsze rozwiązywanie problemów lokalnych.

## III. Partnerstwo lokalne – czy to się opłaca?

Budowa relacji partnerskich wymaga zaangażowania ze strony członków partnerstwa, ustawicznej edukacji, przełamywania stereotypów w lokalnym zarządzaniu. Dobra komunikacja i dobra organizacja pracy przy minimum formalności oraz wzajemne zaufanie to cechy, które partnerstwo powinno wykształcić w społeczności lokalnej, pomagając w ten sposób w budowaniu społeczności aktywnej, współuczestniczącej w rozwoju środowiska lokalnego. Jak trudne jest to zadanie, mogą świadczyć słowa jednego z wójtów gminy, w której partnerstwo lokalne już działa: „Łatwiej jest zbudować w gminie drogę niż kapitał społeczny”.

Partnerstwo przynosi wymierne korzyści społeczności lokalnej, a także samym partnerom:

- korzyści dla jednostek samorządu terytorialnego: większy udział mieszkańców w sesjach rady miejskiej, wykazywanie inicjatywy przez mieszkańców, wykonywanie zadań publicznych przez organizacje pozarządowe, zarządzanie bliżej ludzi, konsultacja lokalnych problemów, bieżąca wymiana informacji;
- korzyści dla organizacji pozarządowych: prowadzenie partnerskiego dialogu z władzą, możliwość realizacji projektów ze środków EFS i FIO, uczestniczenie w konkursach na poziomie gminy, powiatu, regionu, ministerstwa, lepsza identyfikacja potrzeb środowiska, aktywizacja i współuczestniczenie społeczności lokalnej w procesach społecznych;

- korzyści dla biznesu: stały kontakt z jednostkami samorządu terytorialnego i organizacjami pozarządowymi, możliwość pozyskiwania zleceń i wykonywania usług, zwiększony wpływ na życie gospodarcze.

#### **IV. Partnerstwo lokalne – twórz, na pewno możesz**

Powstanie partnerstwa lokalnego jest efektem współpracy lokalnych podmiotów, a od ich woli działania i przekonania o słuszności idei partnerstwa zależy powodzenie podjętej inicjatywy. O partnerstwo trzeba dbać i ciągle je wzmacniać, aby mogło realizować wyznaczone sobie cele.

Partnerstwo wspomaga służby publiczne w kształtowaniu lokalnej polityki społecznej. W efekcie zaangażowania w jego pracę różnych podmiotów i osób zmienia się sposób postrzegania przez instytucje i organizacje problemów lokalnych, poprawiają się ich wzajemne relacje, zwiększa się wzajemne zrozumienie. Powstanie i działanie partnerstwa uświadamia mieszkańcom wagę współodpowiedzialności za rozwój środowiska lokalnego, pobudza przejście od postawy pasywnej do aktywnej postawy obywatelskiej, jest zatem dobrą nauką demokracji współuczestniczącej, pozwala lepiej rozumieć wspólnotę samorządową. Osoby działające w partnerstwach zachęcają innych do tworzenia partnerstw. Dzięki zdobytemu doświadczeniu są świadome, że w kontekście społecznym działanie partnerstwa lokalnego naprawdę się opłaca.





STANDARD  
PRACY SOCJALNEJ  
Z OSOBAMI BEZDOMNYMI  
I ZAGROŻONYMI  
BEZDOMNOŚCIĄ

---

# Wprowadzenie

## Misja

Praca socjalna skierowana do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością<sup>37</sup> 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, tak 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<sup>38</sup> 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, socjalno-bytowej, rodzinnej, zdrowotnej, psychologicznej, zawodowej i społecznej.

### Cele szczegółowe systemowe

Cele realizacji pracy socjalnej wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z perspektywy organizatora / zlecniodawcy usługi dotyczą pośredniego oddziaływanie na odbiorców, a bezpośredniego na system polityki społecznej:

- zmniejszenie skali i liczby osób bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością, a także zredukowanie zagrożeń związanych z bezdomnością;
- zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia, a także zmniejszenie kosztów społecznych<sup>39</sup>;
- 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 indywidualne, 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 ponoszenia 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,
- udostępnianie zasobów społecznych i łączenie ich 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 pkt 1.2 poniżej) 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*).



## 1

## ROZDZIAŁ 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<sup>40</sup> 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 wg klasyfikacji ETHOS). Zgodnie z definicjami zaproponowanymi w modelu GSWB:

- osobą bezdomną jest osoba niezamieszkująca 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 osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym, i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania, a także osoba zamieszkująca z tytułu bezdomności w mieszkaniu chronionym albo wspieranym;
- osobą zagrożoną bezdomnością jest osoba zagrożona utratą tytułu prawnego do lokalu lub możliwości zamieszkiwania w lokalu dotychczasowym, nie mająca tytułu prawnego do innego lokalu, w którym mogłaby zamieszkać, a ze względu na niski dochód i brak odpowiednich zasobów majątkowych nie będąca w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb mieszkaniowych.

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

Dotyczy to szczególnie osób / rodzin:

- pozbawionych stałego dochodu (lub niemających dochodów) lub których budżet domowy jest nadmiernie obciążony – mimo posiadanych stałych dochodów – np. z tytułu ponosze-

nia kosztów związanych z leczeniem i opieką nad osobą z niepełnosprawnością, posiadania zaciągniętych długów lub innych zobowiązań finansowych;

- wobec których toczy się postępowanie eksmisyjne, orzeciono eksmisyję lub którym wypowiedziano umowę najmu;
- posiadających zadłużenie czynszowe, wobec których wynajmujący planuje złożenie wniosku o eksmisyję;
- zamieszkujących tymczasowo u rodziny, przyjaciół oraz zajmujących mieszkanie bez tytułu prawnego;
- niezdolnych do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego (utrzymania mieszkania) 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 wewnątrznie 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 demotywuje 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 i/lub w niebezpiecznych miejscach (np. w lokalach bez wygod – wody, kanalizacji itp., domach do rozbiórki, wagonach kolejowych, kanałach ciepłowniczych),
- brak alternatywy wobec konieczności przebywania w schronisku lub noclegowni,
- zagrożenie utratą mieszkania (eksmisja), głównie z powodu zadłużeń czynszowych,
- niewłaściwy odpoczynek (sen o różnych porach, wśród osób obcych, w różnych miejscach),
- niewłaściwe odżywianie (jeśli chodzi o pory posiłków, dostępność, kaloryczność, odpowiednią temperaturę i upodobania),
- 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,

- konflikty i doświadczanie 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 (sytuacja po rozwodzie, po opuszczeniu zakładu karnego itd.),
- 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, skórne, reumatologiczne, zakaźne, pasożytnicze, urazy i inne),
- niepełnosprawność, także będąca następstwem bezdomnego życia (np. amputacje kończyn w wyniku infekcji, odmrożeń itp.),
- deficyty i schorzenia spowodowane zaniedbaniem fizycznym lub higienicznym (braki w uzębieniu, grzybica, wszawica itp.),
- niedołążność,
- 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, brak kontaktu z rodziną itp.),
- poczucie osamotnienia, brak zrozumienia i akceptacji, odrzucenie,
- utrata celu i sensu życia,
- brak poczucia bezpieczeństwa,
- utrata poczucia kontroli, braku wpływu;

#### 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 innych,
- 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 (np. pracowników instytucji pomocowych, służby zdrowia, urzędów),
- wykorzenienie z miejsca i wspólnoty (zerwanie więzi z miejscem i ludźmi, utrata wsparcia i społecznych zasobów), trudność w określeniu 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 z 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, wyręczanie, zmniejszanie do minimum lub wyeliminowanie świadomego wysiłku i samodzielności osoby, zaspokajanie potrzeby władzy i siły, brak wiary w skuteczność swoich wysiłków<sup>41</sup>;
- ograniczony dostęp do zasobów instytucjonalnych (publicznych i niepublicznych), np. służby zdrowia, rekreacji, kultury, edukacji, co jest spowodowane zarówno brakiem umiejętności spędzania czasu wolnego lub deficytem potrzeb wyższych, jak i brakiem środków oraz odmową realizacji świadczeń lub niechęcią ich udzielania przez instytucje;
- brak promocji usług i działań instytucji / organizacji w szerszym otoczeniu (osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością nie mają wiedzy na temat swoich uprawnień, 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 rozdzielanie 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 kontakt w procesie pomagania,
- mają niską motywację do zmiany swojej sytuacji życiowej,
- samonaznaczają się, tj. postrzegają siebie jako osoby 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 terapię 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

## ROZDZIAŁ 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 pkt 2.4.

Efektywną realizację procesu pomocowego wobec osób bezdomnych determinują:

- 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 wpływania 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. Nawiązanie kontaktu wymaga szczególnej wrażliwości ze strony pracownika socjalnego, uwzględniającej ewentualne negatywne nastawienie do korzystania z pomocy instytucjonalnej, wynikające z dotychczasowych negatywnych doświadczeń danej osoby.

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 ostantacyjny okazywać niechęci – także w obszarze mowy niewerbalnej: mimice, gestach, postawie ciała, tworzonym 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)<sup>42</sup>,
  - zapewnić osobę bezdomną o zachowaniu poufności,
  - stosować narzędzia skutecznej komunikacji: parafrazowanie, odzwierciedlanie, aktywne słuchanie (należy 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 wypowiedzania się (*Czy mógłby Pan / mogłaby Pani powiedzieć mi 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 podjął / Pani podjęła? Co Pan / Pani wybiera? Czy Pan / pani się zgadza? Co Pan / Pani myśli o tym rozwiązaniu? Czy taka pomoc Panu / Pani odpowiada? itp.*),
  - informować, jakie będą dalsze etapy współpracy, wyjaśniać podejmowane decyzje, pytać o opinie.

Działania takie jak opisane 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 dokonania samodzielnej oceny własnej sytuacji życiowej, zdefiniowanie celów i skonstruowanie planu działania, jego realizację i ocenę (autodiagnozę),
- 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,
- akceptować, szanować prawo osoby do podejmowania samodzielnych decyzji i dokonywania wyborów życiowych, ale także wskazywać konsekwencje podjęcia 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 jej samosteroowności),
- unikać nadopiekuńczości i wyręczania osoby w realizacji zadań, które jest ona w stanie sama wykonać (np. w pisaniu pism, załatwianiu formalności urzędowych),
- dostrzegać i doceniać każdy wysiłek, jaki osoba wkłada w osiągnięcie zamierzonego celu (np. punktualność, systematyczny udział w zajęciach, utrzymanie czystości),
- szanować i uwzględniać opinię osoby,
- motywować osobę do przyjmowania różnych form pomocy, ale także uwzględnić jej 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 na celu budowanie pozytywnej atmosfery 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 (jest to diagnoza wstępna),
- pogłębione rozpoznanie jej funkcjonowania w różnych sferach życia (jest to 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, dokąd 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 obejmujących:

- zakres występujących trudności,
- przyczyny trudnej sytuacji,
- dotychczas wykorzystywane sposoby radzenia sobie z trudnościami, oraz takich informacji, z których będą wynikać:
- 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 pokonać? Jakie działania podjęto? Jaki był ich rezultat? Dlaczego wcześniejsze działania nie pomogły rozwiązać problemu?)
- Czy dana osoba dostrzega możliwości rozwiązania sytuacji / przeciwdziałania trudnościom? Jakich widzi rozwiązania? Kiedy (w jakich okolicznościach?) zapadła decyzja o zgłoszeniu się po 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 oczekiwań tej osoby i w pierwszej kolejności podejmuje działania interwencyjne (tj. działania o charakterze doraźnym, mające na celu ochronę życia i zabezpieczenie jej podstawowych potrzeb).

Przykładowo w ramach interwencji należy:

- 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, takim jak dworzec, park, ulica);
- zapewnić możliwość spożycia przynajmniej jednego ciepłego posiłku dziennie (w przypadku braku kuchni społecznych np. przez zorganizowanie obiadu np. ze stołówki szkolnej i miejsca do jego spożycia, np. w budynku OPS);
- zapewnić możliwość utrzymania higieny osobistej (w przypadku braku łazienki np. przez udostępnienie prysznicy 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;
- 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 pomocy doraźnej w jakiegokolwiek formie.

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

Wstępna diagnoza 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 (prawnikiem, psychologiem, doradcą finansowym itp.), którzy w miarę potrzeb uzupełniają diagnozę poszczególnych sfer życia



wych osoby. Współpraca ze specjalistami może mieć charakter bezpośredniego kontaktu i wymiany informacji, ale też analizy przedstawianych przez nich opinii i wniosków. Nawiązanie trwałej współpracy ze specjalistami warunkuje ich udział w procesie planowania i realizacji działań.

W razie potrzeby należy także przeprowadzić wywiad z członkami rodziny zamieszkującymi oddzielnie lub z innymi osobami z otoczenia danej osoby objętej pracą socjalną oraz z pracownikami instytucji i organizacji społecznych takimi jak Policja czy organizacje pozarządowe. Działania te mogą być podejmowane wyłącznie w porozumieniu i za zgodą i wiedzą osoby – kierując się zasadą poufności, tj. nieujawniania informacji wrażliwych na jej temat (przekazywania wyłącznie informacji dotyczących sytuacji mieszkaniowej, nieodnośnienia się do kwestii jej 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 nim zmian.

Przykładowe zagadnienia charakteryzujące poszczególne sfery<sup>43</sup>, które należy ustalić, to:

w sferze socjalno-bytowej:

- 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 nią nazwiska i imiona członków rodziny, ich miejsca 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, do której szkoły dzieci uczęszczają, 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 móc ustalić, czy i jak można będzie 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 bezdomności i wyjście z niej,
- psychologiczne konsekwencje (długotrwałej) bezdomności;

w sferze zawodowej:

- wykształcenie,
- staż pracy,
- zainteresowania,
- nawyk pracy (umiejętności zdobycia 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,
- przejawianie zachowań społecznie aprobowanych lub ich nieprzejawianie,
- podejmowane aktywności w wymiarze społecznym i obywatelskim (takich jak udział w wyborach, członkostwo w grupach formalnych i 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 to, jak widzi swoją rolę w rozwiązaniu trudnej sytuacji,
- zasobów (osobistych, rodzinnych, instytucjonalnych i innych) umożliwiających i/lub ułatwiających zmianę sytuacji,
- barier środowiskowych, które będą stanowić przeszkodę w dokonywaniu zmian w sytuacji osoby bezdomnej.

Etap diagnozy pogłębionej kończy analiza uzyskanych informacji i ich ocena (przykładowy wzór narzędzia to „Diagnoza położenia życiowego osoby” w cz. II aneksu), 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 prawnych<sup>44</sup> oraz zasoby gminnego lub lokalnego systemu wsparcia osób bezdomnych,
- w szczególności wykorzystywać usługi rekomendowane w Modelu GSWB,
- 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 – patrz pkt 3.2 poniżej).

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

IPWzB może być opracowywany i realizowany przez pracownika socjalnego OPS albo pracownika socjalnego zatrudnionego w innej instytucji lub organizacji zapewniającej schronienie lub wsparcie osobom bezdomnym. Może nim być objęta każda osoba bezdomna, wyrażająca oczekiwanie uzyskania pomocy i zmiany swojej sytuacji życiowej. W przypadku konieczności objęcia pomocą w formie ubezpieczenia 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 zostaną 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. plan, 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 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.

Uzgodniony Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności podpisywany jest przez osobę bezdomną, pracownika socjalnego oraz specjalistów, członków rodziny i 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 realizacji pracy socjalnej zdarzają się takie sytuacje, gdy – z różnych przyczyn zawarcie IPWzB jest niemożliwe, nieuzasadnione albo klient zdecydowanie odmawia podpisania tego rodzaju umowy. Wówczas pracownik socjalny nie jest zwolniony z obowiązku podejmowania prób pracy na rzecz klienta, jednak ta praca socjalna przybiera szczególną formę. Specyficzną umową zawieraną w takiej sytuacji jest Plan Pracy na rzecz Osoby Bezdomnej.

**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,
- sytuację kryzysową,

pracownik socjalny opracowuje **Plan Pracy na rzecz Osoby Bezdomnej** (wskazane jest, aby plan był opracowywany ze specjalistami, tj. prawnikiem, lekarzem, psychologiem, policjantem, strażnikiem miejskim, streetworkerami itp.), w którym:

- koncentruje się na zaspokojeniu u osoby bezdomnej niezbędnych potrzeb życiowych i zapewnieniu 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 – patrz *Standard Pracy Socjalnej w praktyce*).

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.

Plan pracy powinien zawierać: cele, działania prawnika socjalnego oraz specjalistów i termin realizacji. Plan podpisują pracownik socjalny, a także zaangażowani w proces pomocowy specjaliści. Do sporządzania planu pracy można wykorzystać odpowiednio zmodyfikowany druk IPWzB<sup>45</sup>. 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.<sup>46</sup>).

W planie pracy należy wskazać 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 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, jej zindywidualizowanych potrzeb i oczekiwań;
- 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 przez:

- 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,
- organizowanie 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 cz. IV aneksu).

Dobór działań wraz z pakietem usług uwzględniających funkcjonowanie osoby bezdomnej w różnych sferach życia może obejmować:

#### w sferze socjalno-bytowej:

##### ■ przykładowe działania pracownika:

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

##### ■ przykładowy pakiet usług:

- warsztaty kompetencji rodzicielskich,
- warsztaty socjoterapeutyczne,
- psychoterapia,
- terapia uzależnień, DDA, DDDR;

#### 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. o zmianie sytuacji dochodowej, zmianie miejsca pobytu),
- pomoc w zgromadzeniu dokumentów potwierdzających spełnianie warunków niezbędnych do umieszczenia w mieszkaniu wspieranym (lub chronionym w przypadku niepełnosprawności), dokumentów potwierdzających choroby i niepełnosprawność; pomoc w 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:
  - 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 najbliższej placówki, organizowanie kontaktu np. z pielęgniarką środowiskową, pielęgniarką opieki długoterminowej, lekarzem specjalistą, realizacja recept, motywowanie do systematycznego leczenia itd.),
  - pomoc w podjęciu działań umożliwiających realizację zaleceń lekarskich,
  - pomoc w podjęciu i kontynuowaniu terapii leczenia uzależnień (umożliwienie dojazdu przez np. zakup biletu, zorganizowanie dostępu do zabiegów sanitarno-higienicznych, zorganizowanie niezbędnej odzieży, bielizny itp.), monitorowanie procesu trzeźwienia, monitorowanie udziału w grupach samopomocowych, rozmowy motywujące, poinformowanie o konsekwencjach przzerwania stanu trzeźwości,
  - profilaktyka zdrowotna: pomoc w zakresie zdobycia wiedzy na temat zdrowego stylu życia, zachowań prozdrowotnych (monitorowanie stanu higieny, stanu zdrowia), wsparcie 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, grupy 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 ŚDS, DDPS itp.),
  - pomoc w zdobyciu wiedzy i umiejętności aktywnego spędzania wolnego czasu (np. zachęcanie do podejmowania działań w ramach wolontariatu; rozwoju zainteresowań, *hobby* wymagających współdziałania z innymi osobami; podejmowania aktywności sportowej, uczestnictwa w zajęciach instytucji kultury),
  - 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 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 przykładowo dana osoba:

#### po interwencji:

- ma dokumenty (wyrobyony dokument tożsamości),
- ma zapewnione wyżywienie / posiłki (nie jest głodna),
- 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. w przychodni),
- ma zapewnione leki,
- uzyskała w kryzysie wsparcie psychologiczne, prawne, socjalne itp.;

#### w ramach integracji:

##### w sferze socjalno-bytowej:

- korzysta ze świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego (alimentacyjnych, emerytalno-rentowych, świadczeń 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 skierowana do DPS, hospicjum,
- ma nawyk systematycznego dbania o higienę,
- ma wiedzę na temat zdrowego odżywiania i stylu życia (na poziomie minimalnie wystarczającym),
- korzysta z usług opiekuńczych lub innych usług specjalistycznych,
- uzyskała pomoc w formie opieki pielęgniarskiej środowiskowej i opieki pielęgniarskiej długoterminowej,
- uzyskała miejsce w WTZ, ŚDS, MDDP,
- korzysta z usług gwarantowanych przez NFZ, PFRON,
- zna i stosuje zasady samoopieki i pielęgnacji,
- została przyjęta 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 realne, 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 i/lub 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 i 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 skuteczny pomiar rezultatów realizowanych działań, analizę działań nieskutecznych, sprzyjają konstruktywnemu wyciąganiu wniosków oraz planowaniu działań korygujących i dalszych działań z osobą bezdomną lub zagrożoną bezdomnością.

Dokonując oceny okresowej IPWzB (przykładowy wzór narzędzia „Ocena Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności” w cz. V aneksu), 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 w IPWzB (jeśli tak, to w jakim zakresie).

Po zakończeniu 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 lub mieszkania, doświadczania wykluczenia spowodowanego m.in. koniecznością opuszczania 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 rozwiązaniu<sup>47</sup>.

Przeciwdziałanie bezdomności wymaga także wzmoczonych działań służących tworzeniu warunków ułatwiających sprawny przepływ informacji i kompetencji między różnymi podmiotami działającymi w gminie na rzecz osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, a przez to tworzenia 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:

- 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);
- 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 lub pokoju na wolnym rynku, rozpoznanie możliwości i konsekwencji umieszczenia w placówce dla bezdomnych lub mieszkaniu wspieranym, pomoc w sytuacji opuszczenia placówki medycznej, penitencjarnej, opiekuńczo-wychowawczej;
- zapewnienie specjalistycznego wsparcia rodzinie doświadczającej przemocy;
- pomoc postpenitencjarna kierowana do osób opuszczających zakłady karne;
- włączenie w proces wsparcia specjalistów – psychologa, prawnika, terapeuty, doradcy finansowego itp.;
- monitorowanie ponoszenia kosztów opłat mieszkaniowych przez klientów OPS<sup>48</sup>;
- monitorowanie wysokości zadłużeń mieszkaniowych, alimentacyjnych przez klientów OPS.

W przypadku osób zagrożonych bezdomnością pracownik socjalny może zastosować kontrakt socjalny<sup>49</sup> – jako plan pracy (zawarty w formie umowy współpracy).

Rezultaty działań 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,
- 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 mieszkania (korzysta z własnych zasobów, zawarła porozumienie z wierzycielami, wstrzymano jej naliczanie odsetek, podpisano ugodę możliwą 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 z innymi specjalistami).

## 3

## ROZDZIAŁ 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”<sup>50</sup> i odnoszą się do pracy socjalnej w ogóle, a 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<sup>51</sup>. 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, wykonywanie usług w partnerstwie (publiczno-publicznym między różnymi gminami, publiczno-niepublicznym z organizacjami pozarządowymi, publiczno-prywatnym) oraz wykorzystywanie innych możliwości prawnych (np. związanych z aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych czy z realizacją 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 rozwią-

zywania 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 wykowaniem z miejsca, utratą systemu wsparcia społecznego i utratą poczucia bycia potrzebnym i ważnym. Jako niepożądaną powinno się uznać praktykę „delegowania” problemów (kierowania osoby bezdomnej do ośrodków znajdujących się w innych gminach)<sup>52</sup>;
- 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 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 (powyżej 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 zgodnie z rekomendacjami zawartymi w standardzie mieszkalnictwa;
- lobbowanie na rzecz tworzenia systemu wsparcia osób bezdomnych opartego na mieszkalnictwie, np. w zakresie przeznaczania minimum jednego lub dwóch mieszkań w gminie na potrzeby interwencji kryzysowej (czasowego zabezpieczenia mieszkania 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 na temat 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, pogadanek 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 na temat sytuacji mieszkaniowej i miejsc pobytu osób bezdomnych,
  - nawiązywania kontaktu z osobami żyjącymi w trudnych warunkach mieszkaniowych, zagrożonych utratą lokalu, bezdomnymi: okazywanie zainteresowania, przekazywanie wiedzy na temat możliwości i dostępności usług / świadczeń, poradnictwo, zachęcanie do podjęcia współpracy; poradnictwo on-line i telefoniczne (także anonimowe);
  - przekazywania wiedzy innym profesjonalistom i mieszkańcom na temat 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 kwestię zadłużeń osób i rodzin objętych pomocą społeczną, nawiązując w tym celu współpracę ze spółdzielniami, zarządami gospodarowania nieruchomościami, 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, pracownikami służby zdrowia, instytucji edukacyjnych i wychowawczych, a także ze 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, świadczenie usług opiekuńczych;
- *ośrodki pomocy społecznej (lub inne jednostki gminy)*: przyznawanie takich świadczeń jak zasiłki rodzinne i pielęgnacyjne, świadczenie z funduszu alimentacyjnego, przyznawanie stypendiów szkolnych, dodatków mieszkaniowych;
- *urzędy miasta / gminy / dzielnicy*:
  - wydziały spraw obywatelskich / USC – wydawanie dokumentów (aktów zgonu, urodzenia, ślubu i innych), 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;

- *instytucje 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;
- *instytucje 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; współpraca w kwestii przygotowania osób do zamieszkania w DPS, monitowanie sytuacji danego mieszkańca w okresie adaptacji do warunków DPS i wspieranie personelu;
- *szpitale i inne placówki opieki medycznej, placówki opiekuńczo-wychowawcze, penitencjarne, zakłady opiekuńczo-pielęgniacyjne, 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 gospodarowania nieruchomościami etc.)*: przekazywanie ośrodkom pomocy społecznej informacji o najemcach / lokatorach zalegających z opłatami czynszowymi w okresie poprzedzającym podjęcie działań eksmisyjnych i umożliwienie zapobieżenia eksmisji, a także przekazywanie 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 zapewnić<sup>53</sup>:

- 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 panujących w miejscach 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 korzystającą z pomocy, zapewniające poczucie prywatności (także w formie pomieszczeń rotacyjnych, z których można korzystać w uzasadnionych przypadkach). W przypadku małych ośrodków zapewnienie osobnego pomiesz-

czenia 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 części) ukierunkowaną 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 korzystającą z pomocy oraz trudności w diagnozowaniu problemów) pracownik socjalny bezpośrednio pracujący z osobami bezdomnymi powinien mieć co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie pracownika socjalnego oraz doświadczenie w pracy w środowisku lokalnym.

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

- wrażliwość i otwartość na potrzeby innych,
- chęć niesienia pomocy,
- aktywna postawa w poszukiwaniu rozwiązań (a nie powielanie działań nieskutecznych),
- umiejętności komunikacyjne służące nawiązywaniu i podtrzymaniu relacji z osobą korzystającą z pomocy i współpracownikami,
- skuteczna komunikacja z przedstawicielami instytucji lokalnych i władzy lokalnej, mediami,
- umiejętne stosowanie zasad i metod pracy socjalnej,
- stałe rozwijanie własnych kompetencji zawodowych,
- wysokie morale, przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
- stałe aktualizowanie wiedzy dotyczącej problematyki osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, w tym zdobywanie informacji na temat skali i problemów osób bezdomnych w gminie, sytuacji lokalowej w gminie, procedur, wymaganej dokumentacji np. w zakresie odraczania spłaty zaległości czynszowych, przyznawania 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 zastały 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 korzystającej z pomocy, danych kontaktowych, notatek służbowych z przeprowadzonych interwencji itp.

Zaangażowani specjaliści powinni odnotowywać działania w swoich kartach pracy, których kopie lub skrócone opisy powinny być załącznikami 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”: wstępne informacje o zgłoszonym problemie przez osobę korzystającą z pomocy;
- część II – „Diagnoza położenia życiowego osoby”: opis sytuacji danej 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 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”: skrócony opis podejmowanych przez pracownika socjalnego działań oraz osiągniętych rezultatów pracy socjalnej;
- część V – „Ocena Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności”: systematyczna ewaluacja 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.

\* W ramach Zadania 2 projektu „Standardy w pomocy” opracowano szereg innych, dodatkowych narzędzi do pracy socjalnej, por.: „Standardy pracy socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne”

## CZĘŚĆ 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 OSOBE, W TYM RODZAJ OCZEKIWANEJ POMOCY

---

#### 4. STANOWISKO OSOBY ODNOŚNIE DO 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

---

##### 1.1. Sfera socjalno-bytowa

*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.*

---

##### 1.2. Sfera rodzinna

*Należy ustalić, czy osoba jest samotna, czy ma rodzinę, można zapisać podane przez nią 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, dokąd dzieci uczęszczają do szkoły, czy występują problemy opiekuńczo-wychowawcze. Należy określić inne osoby ważne (przyjaciół, znajomych), którzy są dla osoby / rodziny wsparciem. 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 chciałaby się spotykać i dlaczego tego nie robi itp.*

---

##### 1.3. Sfera mieszkaniowa

*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.*

---

##### 1.4. Sfera zdrowotna

*Należy uwzględnić stan zdrowia fizycznego i psychicznego danej osoby (rodzaje schorzeń, przebieg leczenia, rodzaj przyjmowanych leków), stopień niepełnosprawności (na jaki okres wydane i z jakiego powodu), czy występują ograniczenia sprawności, jaki jest 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.*

---

##### 1.5. Sfera psychologiczna

*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 (długotrwałej) 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.*

---

---

### 1.6. Sfera zawodowa

Należy uwzględnić funkcjonowanie danej osoby w kontekście zawodowym, w tym: wykształcenie, staż pracy, zainteresowania, nawyk pracy (umiejętności zdobycia i utrzymania zatrudnienia, odnalezienia się na rynku pracy), poziom umiejętności i kwalifikacji zawodowych, dotychczasowe doświadczenie, posiadane umiejętności i gotowość do podjęcia pracy; czy ma motywację do podjęcia dalszego kształcenia, zdobywania kwalifikacji, podjęcia pracy, a jeśli nie, to dlaczego; czy posiada dokumenty takie jak świadectwa pracy (ważne w staraniach o emeryturę czy rentę), świadectwa ukończenia szkoły, certyfikaty kwalifikacyjne (dla osób poszukujących zatrudnienia lub motywowanych do podjęcia kształcenia) itp.

---

### 1.7. Sfera społeczna

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 nieaprobowanych (sposób funkcjonowania osoby w placówce), podejmowanie 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.

---

## 2. ZASOBY I MOŻLIWOŚCI OSOBY

Należy uwzględnić wszystkie zidentyfikowane zasoby własne osoby oraz możliwości i mieć na uwadze, że będą stanowiły podstawę tworzenia IPWzB na podstawie 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.

---

## 3. OGRANICZENIA I BRAK MOŻLIWOŚCI ZARADZENIA LUB ROZWIĄZANIA ZGŁASZANYCH TRUDNOŚCI

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, niewystarczającą liczbę mieszkań wspieranych oraz placówek dla osób starszych, chorych i zniepełniających, małą dostępność lokali do wynajmu na wolnym rynku (wysokie ceny, brak małych mieszkań), trudności na rynku pracy (brak ofert dla osób z niskimi kwalifikacjami zawodowymi) itp.

---

DATA I PODPIS PRACOWNIKA SOCJALNEGO / SPECJALISTY\*

DATA I PODPIS OSOBY

Załączniki do formularza diagnozy stanowiąc 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.

\*niepotrzebne skreślić

---



### CZĘŚĆ 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:			
Lp.	Działania pracownika socjalnego	Działania specjalisty	Działania osoby / członków rodziny**
Cel 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Co zostanie zrealizowane?</li> <li>■ W jaki sposób?</li> <li>■ Jakie zasoby zostaną wykorzystane?</li> <li>■ W jakim okresie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Co zostanie zrealizowane?</li> <li>■ W jaki sposób?</li> <li>■ Jakie zasoby zostaną wykorzystane?</li> <li>■ W jakim okresie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Co zostanie zrealizowane?</li> <li>■ W jaki sposób?</li> <li>■ Jakie zasoby zostaną wykorzystane?</li> <li>■ W jakim okresie?</li> </ul>
Cel 2	jw.	jw.	jw.
Cel 3	jw.	jw.	jw.
Cel 4	jw.	jw.	jw.

Termin oceny IPWzB wyznaczono na: \_\_\_\_\_ Data, godzina, miejsce

#### 4. USTALENIA

*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 stanowić załącznik do pierwszego programu.*

Inne:

<b>DATA I PODPISY</b>	<b>PRACOWNIK SOCJALNY</b>	<b>SPECJALISTA / SPECJALIŚCI</b>	<b>OSOBA / CZŁONKOWIE RODZINY LUB INNA OSOBA ZAANGAŻOWANA W PROGRAM</b>
-----------------------	---------------------------	----------------------------------	---

#### 5. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE (wypełniać 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 osiągnięcia celów.

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

## CZĘŚĆ 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
------	--

---

## CZĘŚĆ V

---

### OCENA INDYWIDUALNEGO PROGRAMU WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI

---

Ocena numer

---

Data dokonania oceny

---

Osoby uczestniczące w ocenie

---

### OCENA REALIZACJI IPWzB

*Opis zadań wykonanych przez daną osobę i pracowników; czy wykonano je w terminie, a jeśli nie, to dlaczego; jakie są skutki działań; czy udało się osiągnąć zamierzone cele; jakie wystąpiły przeszkody i trudności; co zmieniło się w sytuacji osoby w konsekwencji zrealizowanych działań; jaka jest sytuacja osoby obecnie – czy nadal wymaga wsparcia, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Opisuując zmianę sytuacji osoby, należy podać także źródło informacji (np. zaświadczenie z instytucji, opinię specjalisty lub innej osoby zaangażowanej w proces pomocowy, samoocenę osoby itp.).*

---

### WNIOSKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO, SPECJALISTÓW I OSOBY

*Wnioski osoby w zakresie jej osiągnięć oraz zadań, których nie udało jej się zrealizować, wnioski innych osób zaangażowanych w proces pomocowy, podsumowująca opinia pracownika o realizacji IPWzB wraz z rekomendacją dalszych działań*

---

Na podstawie powyższych wniosków strony zdecydowały\*:

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

Zakończyć Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności.

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

## ROZDZIAŁ 4

# Standard Pracy Socjalnej w praktyce. Wskazówki

## 1. Matryca Kurcmana – propozycja organizowania pracy socjalnej\*

Podstawą do opracowania zarysu idei segmentacji odbiorców wsparcia pomocy społecznej są treści zamieszczone w publikacji pod tytułem *Matryca Kurcmana – nowy instrument rynku pracy*\*\* . Jest ona formą podsumowania projektu realizowanego pod tą samą nazwą od czerwca 2006 do lutego 2008 roku przez Centrum Doradztwa Strategicznego s.c. (D. Bieńkowską, C. Ulasińskiego, J. Szymańską) z siedzibą w Krakowie. Celem projektu była poprawa efektywności funkcjonowania Powiatowych Urzędów Pracy. Cel osiągnięty miał być poprzez właściwe dostosowanie oferty służb zatrudnienia do potrzeb osób korzystających z usług PUP. Przewidywał opracowanie w formie narzędzia informatycznego tzw. Matrycy Kurcmana. Matryca w założeniu miała się składać z dwóch elementów: narzędzia diagnostycznego (przygotowanego na podstawie zestawu wystandaryzowanych skal, scenariuszy rozmów, zadań) do wykorzystania przez pracowników Powiatowych Urzędów Pracy oraz Mapy Instrumentów Instytucji Rynku Pracy (dostępnych w skali powiatu).

Matryca wykorzystuje dwa kryteria służące segmentacji odbiorców usług: **kwalifikacje** (osobiste dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego, pozwalające realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie) oraz **motywację** jako wewnętrzny stan charakteryzujący się „poczuciem niespełnienia” i związaną z tym gotowością do podjęcia działania. Ustalając poziom motywacji i kwalifikacji (wysoki, niski), który występuje u osoby zgłaszającej potrzebę korzystania z usług, można dokonać wstępnego grupowania bezrobotnych/poszukujących pracy, krzyżując owe dwa czynniki.

Analizując treści publikacji i zawarty w niej pomysł, można z dużą dozą przekonania stwierdzić, że Matryca Kurcmana – w sensie pewnej idei czy pomysłu na segmentację odbiorców

\* Obecnie w gdyńskim MOPS trwają prace nad adaptacją Matrycy Kurcmana. Poniższy szkic jest zaledwie wstępem do szeregu badań, testów i opracowań, które wspomogą wypracowanie odpowiedzi na pytanie, JAK ów zamysł zrealizować w praktyce. Zarówno trójpodział pracy socjalnej, jak i segmentacja odbiorców wsparcia pozostają wielkim wyzwaniem, a jednocześnie fascynującym horyzontem, do którego wspólnie będziemy zmierzać.

\*\* <http://www.matrycakurcmana.pl/> (luty 2010).

usług – może być pożyteczna również w obszarze pomocy społecznej. Jeśli sformułuje się kryteria segmentacji w sposób bardziej przystający do zakresu i zagadnień pomocy społecznej, pomysł może przynieść również dobre rezultaty. I tak kryterium kwalifikacji zastąpić można kryterium **zasobów zmiany** osoby/ środowiska. Pozostawić jednocześnie należy kryterium **motywacji** (rozumianej jako gotowość do podjęcia działań na rzecz poprawy sytuacji życiowej). Poprzez zasoby zmiany rozumiemy wszystkie te czynniki, które potencjalnie mogą wspomagać poprawę sytuacji życiowej osoby/rodziny, takie jak: uprawnienia, zasoby finansowe i majątkowe, kwalifikacje zawodowe, potencjał relacji w rodzinie, kapitał społeczny, zdrowie. Jeśli chodzi o motywację, to rozumienie tego pojęcia może pozostać w formie zaproponowanej przez autorów Matrycy Kurcmana. W ten sposób ustalić można cztery potencjalne grupy odbiorców wsparcia społecznego (podobnie jak w Matrycy Kurcmana podzielono grupy klientów PUP).

SEGMENT A	<b>M</b> <b>ZZ</b>	SEGMENT B	<b>M</b> <b>ZZ</b>	SEGMENT C	<b>M</b> <b>ZZ</b>	SEGMENT D	<b>M</b> <b>ZZ</b>
Osoby posiadające motywację oraz posiadające zasoby zmiany		Osoby nieposiadające motywacji, lecz posiadające zasoby zmiany		Osoby posiadające motywację, jednak nieposiadające zasobów zmiany		Osoby nieposiadające motywacji ani zasobów zmiany	

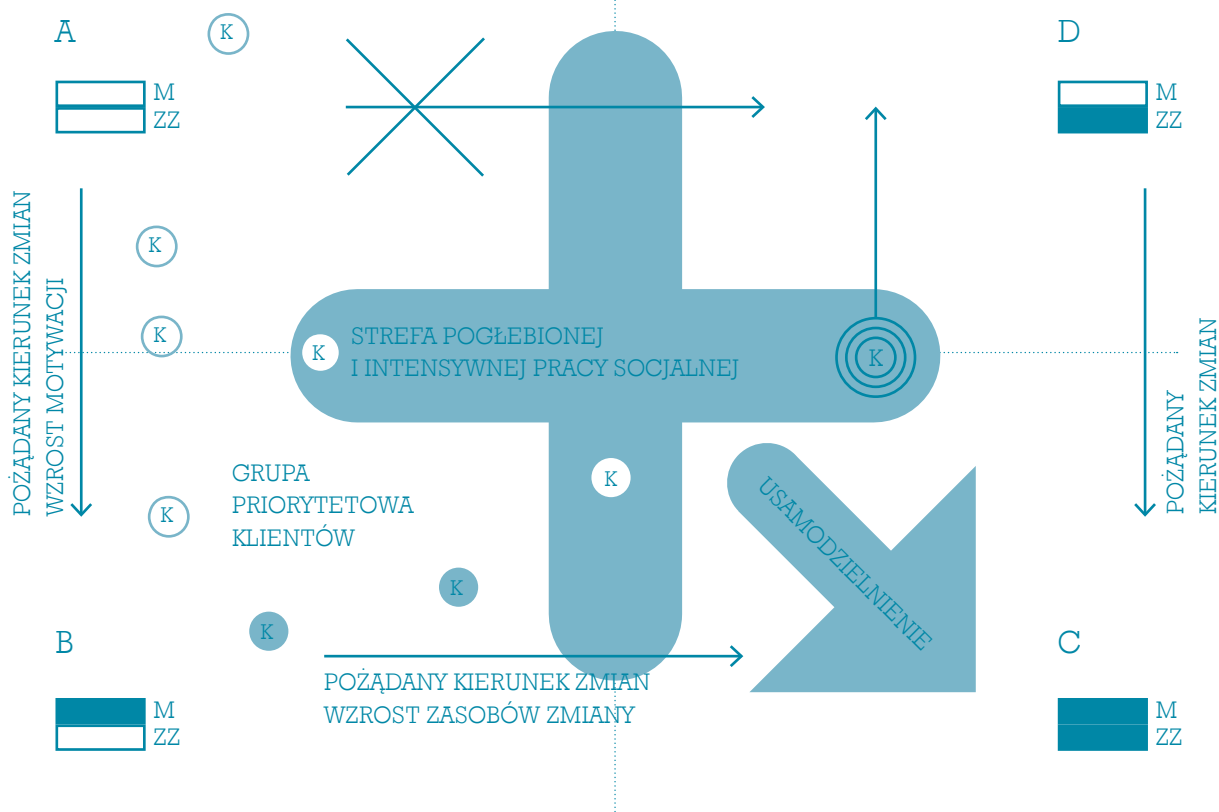
Dobór tych dwóch kryteriów do celów segmentacji klientów pomocy społecznej wydaje się być dobrze uzasadniony. Bez odpowiedniej motywacji i dyspozycji do podjęcia wysiłków na rzecz poprawy swojej sytuacji życiowej nie ma mowy o skutecznym wsparciu/pomocy. Wielokrotnie w realizacji pracy socjalnej napotykamy na mur braku chęci zmiany bądź braku rzeczywistej gotowości do wysiłku. Niweczy on każdą inicjatywę podejmowaną przez osobę wspierającą. Nie sposób również nie uznać trafności i użyteczności w segmentacji kryterium dotyczącego zasobów, jakie pozostają w dyspozycji osoby i jej najbliższego otoczenia, mogących przyczynić się do poprawy sytuacji.

Pozostaje jeszcze jeden element rzeczywistości wsparcia społecznego, który wpływać może na kryteria podziału – poziom barier występujących w środowisku, doświadczanych przez osobę/rodzinę. Mowa tu o zjawiskach społecznych ogarniających swym zakresem całą populację bądź znaczną jej część, takich jak np. kryzys ekonomiczny powodujący zwolnienia grupowe czy skutki klęsk żywiołowych. Ten czynnik o charakterze horyzontalnym może w sposób znaczny weryfikować dokonywane podziały. W obliczu np. katastrof naturalnych to, co do tej pory było określane jako duży zasób do zmiany czy wysoki poziom motywacji, może okazać się niewystarczające do realizacji celów wsparcia społecznego. Nie narusza to jednak skuteczności mechanizmu segmentacji proponowanego w Matrycy.

Przyglądając się powstałym po zastosowaniu Matrycy segmentom potencjalnych odbiorców wsparcia społecznego i przykładając do nich propozycję podziału pracy socjalnej (na regularną, pogłębioną i intensywną), można dostrzec pewną zależność pomiędzy nimi. Określenie stopnia motywacji do zmiany oraz zasobów zmiany sytuacji życiowej w danym środowisku może w sposób znaczny pomóc w doborze adekwatnego poziomu oddziaływania na tę rodzinę. Już pobieżny namysł pokazuje, że w stosunku do osób z wysoką motywacją i znacznymi zasobami zmiany można stosować regularną pracę socjalną (w zasadzie będzie ona najwłaściwsza), z kolei dla osób posiadających motywację, jednak pozbawionych zasobów zmiany najwłaściwsza okazać się może pogłębiona praca socjalna. Takie zestawienia podpowiadają również bezpośrednie cele, o jakich realizację dany rodzaj pracy socjalnej będzie zabiegał – w pierwszym przypadku możemy dążyć już do pełnej samodzielności środowiska, w drugiej sytuacji bardziej realnym celem może być na początek zwiększenie zasobów np. w postaci nabytej wiedzy, umiejętności, kwalifikacji, uprawnień oraz podtrzymanie poziomu zmotywowania do zmian.

Podczas jednego z warsztatów dotyczących planowania wsparcia dla środowisk z wysokimi zadłużeniami czynszowymi powstało analityczne narzędzie bazujące na idei zaadaptowanej z Matrycy Kurcmana. Narzędzie przyjęło formę graficzną. Jest to płaszczyzna podzielona na cztery obszary. Obszary te symbolizują segmenty grup odbiorców wsparcia społecznego. Segment A – osoby bez motywacji do zmiany i bez zasobów zmiany, segment B – osoby posiadające motywację do zmiany, jednak bez zasobów, segment C – osoby posiadające zarówno motywację, jak i zasoby do zmiany oraz segment D grupujący klientów bez motywacji, jednak posiadających zasoby do zmian. Analizując wybraną dokumentację rzeczywistych przypadków, lokowaliśmy je w poszczególnych segmentach. Dość szybko w dyskusji pojawiło się pytanie: w jakim kierunku powinniśmy pracować ze środowiskami lokowanymi w poszczególnych segmentach? Po debacie wysnuto wniosek, że wśród osób, u których nie ma zarówno motywacji, jak i zasobów pożądane oddziaływanie to takie, które powoduje w pierwszej kolejności wzrost motywacji do zmiany i „migrację” środowiska w kierunku segmentu B. Uznano jednocześnie, że złe skutki może przynieść działanie w odniesieniu do środowisk segmentu A koncentrujące się głównie na zwiększeniu zasobów – w dłuższej perspektywie czasu może to pogłębiać postawy roszczeniowe klientów i wzrastające uzależnienie od systemu wsparcia. Pożądanym kierunkiem zmian jest również ten, który u osób posiadających odpowiedni poziom motywacji przynosi zwiększenie zasobów i „migrację” w kierunku segmentu C. Sytuacjami alarmowymi są natomiast te, które ujawniają tendencję do „migracji” w przeciwnych kierunkach. Na granicy stref/segmentów, gdy dochodzi do pewnego rodzaju przesilenia w postawie osób (motywacja osoby wzrasta do poziomu, w którym podejmowane są przez nią konkretne decyzje i działania, lub gdy obserwuje się drastyczny spadek wskaźników w kryteriach motywacji i zasobów), należy podnieść intensywność pracy socjalnej (wsparcia). Uzgodniono również, że grupą, której należy poświęcić szczególną uwagę i zaangażowanie, jest ta z segmentu B.

**RYSUNEK 7** | Schemat segmentacji klientów pomocy społecznej, kierunków i metod oddziaływania.





To proste ujęcie odwzorowane w formie graficznej pomogło również w określaniu katalogu najodpowiedniejszych form wsparcia poszczególnym grup, przyczyniło się ponadto do owocnej dyskusji na temat najbardziej realnych celów w pracy na rzecz omawianych grup i rodzin. Opisane narzędzie jest przykładem tego, jak owocna we wnioski może być analiza, gdy wykorzystuje idee segmentacji i podziału pracy socjalnej.

Można byłoby zadać pytanie: czemu służyć mają tego typu podziały i opisy? W pierwszym rzędzie zabiegi takie mają służyć podniesieniu adekwatności oddziaływania pracowników socjalnych w stosunku do osób objętych wsparciem. Zróżnicowanie poziomów pracy socjalnej jest ponadto dobrym sposobem na zwiększenie możliwości rozwoju pracowników socjalnych w Ośrodku (różne możliwości zaangażowania w pracę socjalną), jest to również instrument zwiększenia udziału aktywnych form integracji społecznej w ogóle stosowanych form pomocy. Systematyzacja tego rodzaju przede wszystkim jednak skłania do większej samoświadomości profesjonalistów i większej celowości oddziaływania.

## 2. Współpraca specjalistów: bilans zysków w pracy socjalnej

Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w art. 2 ust. 1 wskazuje, że: „Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych”. Realizując proces pomocowy w toku codziennej aktywności zawodowej, pracownicy socjalni coraz częściej zadają sobie dwa podstawowe pytania: „Jak skutecznie pomóc osobie/rodzinie, która równocześnie boryka się z wieloma problemami w aspektach życiowych?”, a także „Czy samodzielnie są w stanie skutecznie rozwiązać wszystkie problemy każdej z kilkudziesięciu osób, której pomoc świadczą?”

Coraz wyraźniej dostrzegają, iż w obliczu złożoności i intensywności problemów doświadczanych przez ich podopiecznych skuteczna, profesjonalnie świadczona pomoc wymaga wsparcia ich kompetencji i włączenia zespołu specjalistów w proces pomocowy.

Możliwość udziału w zespole pracy socjalnej specjalistów warunkuje art. 15 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w którym stwierdza się iż: „Pomoc społeczna polega w szczególności na: [...] 5) realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych; 6) rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb”, w szczególności:

- a) prawnika (analiza prawna sytuacji klienta, przygotowanie pism procesowych i innych dokumentów, reprezentowanie w sądzie),
- b) psychologa (wsparcie psychologiczne w trudnej sytuacji, konsultacja w celu ewentualnego wskazania terapii, wzmocnianie klienta, motywacja do zmiany),
- c) mediatora (mediacje rodzinne, małżeńskie, praca z klientem nad wypracowaniem realnych warunków ugody do zawarcia ze spółdzielnią, bankiem i innymi wierzycielami, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych),
- d) doradcy finansowego (pełna analiza budżetu rodziny: wszystkich dochodów i wydatków, nauka planowania finansów, analiza budżetu pod kątem poszukiwania oszczędności, trening ekonomiczny, zawieranie umów kredytowych, konsolidacje kredytów, lokowanie oszczędności),
- e) doradcy zawodowego (specjalista od aktywizacji zawodowej, pomoc w przygotowaniu się do rozmowy kwalifikacyjnej, pisanie cv, listu motywacyjnego),
- f) psychiatry (wsparcie w diagnozie problemów natury psychicznej, kierowanie na leczenie i pomoc w postaci ukierunkowania optymalnego postępowania pomocowego dla danej osoby),
- g) superwizora (superwizowanie każdego przypadku dające możliwość uzyskania innego spojrzenia na dany problem),
- h) trenera (osoba szkoląca z umiejętności społecznych, kompetencji rodzicielskich).

Z pewnością zatrudnienie specjalistów zwiększa koszty realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej. Trudno jednak nie dostrzec faktu, iż włączenie zespołu specjalistów wspomagających pracownika socjalnego w realizacji pracy socjalnej przynosi także wymierne zyski. Sprzyja przede wszystkim profesjonalizacji podejmowanych działań pomocowych. Realizacja pracy socjalnej w zespole specjalistów przebiega w sposób bardziej kompleksowy i trafny, optymalizując warunki wspomagania klienta w rozwiązywaniu jego problemów. Tym samym sprzyja zapobieganiu degradacji osoby/rodziny, usamodzielnieniu się klientów i ich uniezależnieniu od systemu pomocy społecznej z powodu uzyskiwania własnych dochodów. Zmniejsza liczbę osób eksmitowanych, co z kolei ogranicza zapotrzebowanie na lokale z zasobów gminy oraz generuje niższe koszty utrzymania osób bezdomnych w placówkach.

Pozytywne efekty związane z realizacją pracy socjalnej przy współudziale zespołu specjalistów potwierdzają wyniki pilotażu, jaki został zrealizowany w ramach testowania standardów usług w zakresie bezdomności i Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności przez partnerstwo lokalne Warszawa-Ursus. Projekt pilotażowy realizowany był pod nazwą „Ursusowskie partnerstwo drogą do lepszego życia” przez okres 16 miesięcy, tj. od marca 2012 do sierpnia 2013 roku<sup>\*\*\*</sup>. W projekcie udział wzięła grupa 51 osób/rodzin zagrożonych bezdomnością (tj. posiadających zadłużenie czynszowe, nakazy eksmisji). Uczestnicy otrzymali m.in. pomoc specjalistyczną świadczoną przez prawnika, psychologa, mediatora, doradców finansowego i zawodowego oraz wsparcie w postaci warsztatów terapeutycznych i umiejętności psychospołecznych.

Jak wynika z badań, praca wszystkich specjalistów biorących udział w pilotażu przyniosła wymierne efekty, zarówno finansowe, jak i pozafinansowe, np. praca doradcy finansowego (analiza szczegółowa budżetu, cięcia zbędnych kosztów, oszczędzanie mediów) pozwoliła uzyskać dla każdej z rodzin oszczędności na poziomie 50% czynszu<sup>\*\*\*\*</sup>.

Wyraźne korzyści finansowe przyniosła także praca, jaką z grupą 30 osób bezrobotnych lub chcących podnieść kwalifikacje zawodowe podjął doradca zawodowy. Koszt zatrudnienia doradcy zawodowego wyniósł 7000 zł (łącznie zrealizował 100 godzin). Dziewiętnastu uczestników spotkań znalazło legalne zatrudnienie (co oznacza w efekcie koszt około 368 zł na osobę).

Wymierne efekty pozafinansowe przyniosła praca takich specjalistów jak prawnik, psycholog, mediator (należą do nich chociażby ustabilizowanie sytuacji psychologicznej).

W efekcie końcowym praca grupy specjalistów biorących udział w pilotażu przyczyniła się do spłaty zadłużeń osób/rodzin wobec ZGN i spółdzielni mieszkaniowych na łączną kwotę ponad 240 000 tys. zł (przy czym łączny koszt zatrudnienia specjalistów w całym projekcie oraz koszt warsztatów interpersonalnych dla wszystkich klientów ponad 177 000 zł).

### 3. Wywiad motywujący w pracy socjalnej

Do schroniska, w którym pracuję, przychodzą osoby bezdomne i zadają mi pytanie: – Czy ma pani miejsce? Szukam schronienia (...). Zastanawiam się wtedy, czy powodem ich poszukiwań jest tylko brak dachu na głowę? **Ktoś kiedyś powiedział, że dach nad głową można znaleźć na dworcu lub przystanku** (i część osób bezdomnych tam właśnie schronienie znajduje).

Czy zatem rzeczywiście w schronisku bezdomni szukają tylko schronienia?

Realizując pracę socjalną z osobą bezdomną, dążymy do tego, aby uzyskała ona schronienie m.in. w placówce pomocowej, a jako jej mieszkaniowiec mogła zaspokoić swoje potrzeby

<sup>\*\*\*</sup> W ramach Projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” realizowanego w ramach Działania 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej Priorytetu I Zatrudnienie i integracja społeczna Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

<sup>\*\*\*\*</sup> Doradca finansowy pracował z każdą rodziną około dwóch godzin.

podstawowe – nie tylko korzystając z pomocy rzeczowej placówki, ale przede wszystkim z oparcia w jej społeczności. Z doświadczenia wiem, że życie w schronisku przyczyniło się do poprawy bytu wielu bezdomnych. Wielu z nich odkryło siebie w roli organizatora życia społecznego. Schronisko stało się dla nich miejscem na tyle bezpiecznym, że nie podejmują starań o zaistnienie poza nim.

Dlaczego ludzie bezdomni, w tym i mieszkańcy placówek, nie dostrzegają potrzeby zmiany swojej sytuacji życiowej, często nie mają siły, aby taką zmianę wprowadzić? Dlaczego boją się wyjść na zewnątrz, zamieszkać w samodzielnym mieszkaniu, wykorzystać swoje zasoby do funkcjonowania w społeczeństwie, budować i realizować swoje cele życiowe?

Aby znaleźć odpowiedzi na tak postawione pytania, wystarczy spojrzeć na ich sytuację:

- Relacje z dziećmi – brak lub rzadkie,
- Relacje z rodzicami – brak lub rzadkie,
- Praca – brak lub na „czarno”,
- Relacje z przyjaciółmi – brak lub relacje z osobami, które nadużywają swojej pozycji, uważają się za lepsze...,
- Czas wolny poza placówką – najczęściej przy kieliszku,
- Relacje z bliskimi – wstyd, „nie potrzebuję ich łaski”.

Szukając dalej odpowiedzi na postawione powyżej pytania, warto wskazać jeszcze jedną znaczącą przyczynę takiego stanu rzeczy: osoby bezdomne nie potrafią zmienić swojej niekorzystnej sytuacji życiowej, ponieważ nie zawsze w sposób jednoznaczny dostrzegają jej negatywne konsekwencje, jednocześnie – żywiąc wobec niej przeciwstawne, ambiwalentne uczucia – są zainteresowane raczej utrzymaniem *status quo* niż poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie „Czy warto przestać być osobą bezdomną?”

Dlatego też jednym z najważniejszych zadań pracy socjalnej świadczonej na rzecz osób bezdomnych przez zespół specjalistów jest wsparcie osoby w odkrywaniu i konsekwentnym budowaniu odpowiedniej motywacji do zmiany, do przełamywania własnego oporu, lęku, obaw, poczucia bezradności, przyzwyczajzeń, odkrywaniu nowych możliwości, talentów, własnych zasobów, odradzania wartości, pobudzania oczekiwań, potrzeb, poszukiwania dróg poradzenia sobie z brakiem pracy, kryzysem, brakiem mieszkania, brakiem więzi z bliskimi, okrywania siły samostanowienia, poczucia sprawstwa.

Realizację tego zadania ułatwia pracownikowi socjalnemu zastosowanie innowacyjnej w pracy socjalnej metody **wywiadu motywującego**. Stanowi ona swoistą metodę budowania relacji interpersonalnej z osobą bezdomną, dzięki której możliwe staje się rozwiązanie doświadczanego przez nią problemu ambiwalencji, rozbudowanie jej wewnętrznej motywacji i zgody na przyjęcie zmiany. Zastosowanie wywiadu motywującego pozwala w skuteczny sposób rozpoznać potencjał osoby bezdomnej, wzmacniać wiarę we własne siły, dostrzec możliwości, rozbudzić chęć, gotowość i zdolność do dokonania zmiany.

Aby skutecznie pomagać odkryć motywacje do zmiany, niezwykle istotny jest partnerski model relacji oraz prowadzenia rozmowy z osobą bezdomną. Przy budowaniu relacji partnerskich niezwykle istotne jest m.in., aby:

- Unikać przyjmowania postawy autorytarnej wobec osoby bezdomnej, nie zmuszać, a stymulować do podjęcia decyzji o zmianie i ułatwiać podejmowanie wyborów w tym zakresie.
- Przestrzegać podmiotowości osoby bezdomnej w zakresie jej prawa do własnych opinii, przekonań, systemu wartości i celów życiowych.
- Rozwijać odpowiedzialność osoby za własne życie.
- Wspierać samoskuteczność i zdolność do samodzielnego radzenia sobie z problemami.
- Podstawę wywiadu motywującego stanowi także odpowiedni sposób prowadzenia rozmowy. W jej trakcie:
- Należy słuchać aktywnie, czyli reagować na to, co mówi klient. Aktywne słuchanie jest

jedną z najważniejszych umiejętności wymaganych w wywiadzie motywującym, a zarazem najtrudniejszych do opanowania. Istotą słuchania aktywnego jest to, że w reakcji próbuje się uchwycić i ująć w słowa znaczenie wypowiedzi rozmówcy, a unikać tego, co nie jest słuchaniem. Słuchacz musi dokładnie słuchać słów, a następnie rozkodować ich znaczenie. Osoba, która słucha aktywnie, wyrabia sobie zdanie o tym, jakie było pierwotne znaczenie, a następnie wyraża owo zdanie w formie oznajmującej. W słuchaniu aktywnym zazwyczaj należy używać zdań oznajmujących. Oznajmniają one klientowi, że jest rozumiany. Słuchanie aktywne to także sprawdzanie, czy słuchacz rozumie to samo, co rozmówca ma na myśli.

- Nie wolno nakazywać, rozkazywać, grozić, udzielać porad, dawać sugestii, podsuwać rozwiązania, wdawać się w dyskusje, robić wykładu; mówić ludziom, co mają robić, moralizować, sprzeciwiać się, oceniać, krytykować, obwiniać; zgadzać się; akceptować; chwalić; zawstydząć; wyśmiewać; stygmatyzować; interpretować; analizować; pocieszać, wyrażać współczucie; poddawać w wątpliwość, kwestionować; odsuwać się, odwracać uwagę, zmieniać temat.
- Należy prowadzić rozmowę z życzliwym nastawieniem, cierpliwie słuchać i starać się zrozumieć drugiego człowieka. Pomocne może być zadawanie pytań otwartych. Ważne jest stworzenie atmosfery akceptacji i zaufania, w której klienci będą mogli zgłębiać swoje problemy. W początkowym etapie powinien mówić przeważnie klient, natomiast zadaniem słuchającego jest uważne słuchanie i zachęcanie do wypowiedzi. Nie należy zadawać zbyt wielu pytań, nie uzyskawszy odpowiedzi, a dłuższą wypowiedź klienta dobrze jest podsumować, parafrazując i wskazując kluczowe wątki. Przydatne jest także pytanie o pozytywne i negatywne cechy danej sytuacji, co się klientowi podoba w jego obecnym zachowaniu oraz na czym polegają minusy [np. „Proszę mi powiedzieć o swoim braniu kokainy. Co się Panu w tym podoba?...” (później). „A jak wygląda druga strona medalu w związku z braniem kokainy?” albo: „Rozumiem, że przyszedł pan tutaj, żeby porozmawiać o tym, że gra pan hazardowo. Proszę mi nakreślić szersze tło. Co pan lubi w grze hazardowej, a co uważa pan za niezbyt dobre?"].
- Kończąc rozmowę, należy dokonać podsumowania, co wzmocni wypowiedzi klienta; będzie potwierdzeniem uważnego słuchania i przygotowuje go do dalszego zgłębienia tematu. Ponadto powtórzenie stworzy okazję, by klient po raz kolejny usłyszał własne wypowiedzi zapowiadające zmianę w jego życiu. Wskazane jest także, by okazać zainteresowanie w formie komplementów bądź wyrazów zrozumienia („Dziękuję, że pan przyszedł; Doceniam, że przyszła pani tu dzisiaj, to duży krok naprzód; Musi być pan osobą niezwykle silną, skoro przez taki długi czas radził sobie pan z takimi trudnościami; To dobra sugestia; Muszę powiedzieć, że gdybym był na pani miejscu, byłoby mi niezwykle trudno radzić sobie z takim dużym stresem; Odnoszę wrażenie, że jest pani osobą niezwykle silną duchem; Miło mi się dziś z panią rozmawiało i cieszę się, że trochę panią poznałem” itp.).

#### 4. Plan pracy socjalnej realizowany na rzecz bezdomnej oraz IPWzB

Każdy z przedstawionych poniżej przypadków opisywany był według tej samej konstrukcji, która obejmuje:

- a. Charakterystykę klienta (wiek, płeć, okres przebywania w bezdomności, miejsce pobytu);
- b. Nawiązanie/budowanie relacji;
- c. Diagnozę (przyczyny trudnej sytuacji, źródła informacji, sposoby pozyskiwania danych, kondycja w sferach opisanych w standardzie: socjalno-bytowej, mieszkaniowej, rodzinnej, zdrowotnej, psychologicznej, zawodowej, społecznej);
- d. Opis podejmowanych działań (rodzaj/zakres działań, interesariusze, budowanie sieci współpracy);
- e. Rezultat (dotychczas osiągnięty oraz zakładany w dalszym czasie).

## 4.1. PRACA SOCJALNA NA RZECZ OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

### 1. Klient

Mężczyzna, 53 lata, od wielu lat w problemie bezdomności, przebywający w prowizorycznym szałasie w lesie.

### 2. Nawiązanie/budowanie relacji

Klient nieufny, podejrzliwy, agresywny, nie chce i nie oczekuje żadnej pomocy od innych, każda rozmowa kończy się z jego strony agresją słowną, wyzwiskami.

### 3. Diagnoza

Klient z podejrzeniem zaburzeń psychicznych, niediagnozowany w tym kierunku, brak możliwości uzyskania od niego jakichkolwiek informacji, brak zainteresowania ze strony rodziny, która również nie udziela żadnych informacji (w rodzinie widoczne problemy z uzależnieniem). Klient pobiera z ZUS rentę w wys. ok. 1000 zł miesięcznie, jednak niewiadomo, jak ją odbiera. Miejsce, w którym przebywa, jest miejscem odosobnionym, rzadko odwiedzanym przez mieszkańców miasta. Mężczyzna jest znany „z widzenia” pracownikom znajdujących się w pobliżu małych zakładów, jednak nie są w stanie nic o nim powiedzieć. Wiedzą tylko, że ma jakieś pieniądze, mieszka w szałasie od wielu lat, niekiedy nie pojawia się przez kilka dni, po czym znowu go widać, jest nieufny, z nikim nie rozmawia. W stosunku do nich nie jest agresywny, podobno kiedyś pracował w wojsku, ale co do tego nie mają pewności. Kilka lat temu podjęto nieudaną próbę umieszczenia mężczyzny w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody, po kilku dniach wrócił do szałasów.

### 4. Działania

Od kilku miesięcy próbę nawiązania kontaktu na wniosek pracownika socjalnego rozpoczęli streetworkerzy, którzy systematycznie odwiedzają bezdomnego. Niekiedy udaje się im porozmawiać z nim o różnych sprawach, niekiedy jednak nawet nie mogą zbliżyć się do szałasów, z uwagi na jego agresję. Wspólne patrole ze służbami mundurowymi nie przynoszą żadnego efektu z uwagi na duże uprzedzenie, tak więc służby pozostają w pewnej odległości od niego. Poproszono również o konsultacje psychiatrę, który po zapoznaniu się ze sprawą odwiedził mężczyznę i stwierdził, iż z uwagi na brak świadomości co do podejmowanych przez niego działań i czynów wskazana jest dokładana diagnoza w warunkach szpitalnych.

### 5. Rezultat

W chwili obecnej zostały skompletowane dokumenty potwierdzające otrzymywanie świadczenia rentowego, uzyskano informacje odnośnie do wcześniejszych epizodów leczenia mężczyzny w poradni psychiatrycznej, uzyskano informacje od lekarza psychiatry, złożono wnioski do sądu o umieszczenie w szpitalu. Streetworkerzy nadal odwiedzają go, proponując różne formy wsparcia, po każdej ich wizycie sporządzana jest notatka z krótką informacją o aktualnej sytuacji. Służby mundurowe na bieżąco monitorują rejon zamieszkania.

## 4.2. PRACA SOCJALNA REALIZOWANA NA RZECZ OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ NA ULICY

### 1. Klient

Kobieta, 52 lata, bezdomna od trzech lat, zamieszkuje na działkach, w pustostanach, epizodycznie u rodziny.



## 2. Nawiązanie/budowanie relacji

Pracownik socjalny średnio co 2–3 dni starał się spotkać z klientką. Żeby zbudować zaufanie, zawsze dotrzymywał terminów spotkań, jednocześnie nie narzucał swojej obecności.

## 3. Diagnoza

Klientka utrzymuje się z zasiłku stałego, a także korzysta z pomocy rzeczowej handlarzy na miejscowym targowisku. Ma rodzeństwo, z którym nie utrzymuje kontaktów, oraz córkę w rodzinie zastępczej – także bez kontaktu od wielu lat. Nie posiada prawa do lokalu. Cierpi na schizofrenię paranoidalną, ma orzeczony stopień niepełnosprawności, obecnie ze względu na kondycję zdrowotną niezdolna do podjęcia zatrudnienia. Choroba wyklucza ją także z aktywności społecznej.

## 4. Działania

Pracownik socjalny starał się obudzić potrzeby społeczne kobiety poprzez odwoływanie się do czasów, kiedy dobrze funkcjonowała w środowisku, i zachęcał ją do zastanowienia się nad własną wizją przyszłości. Konsekwentnie ponawiał ofertę pomocy w formie schronienia lub przynajmniej ciepłego posiłku. Starał się również namówić do wizyty u lekarza psychiatry. Kobieta odmawiała przyjęcia jakiegokolwiek pomocy. Pracownik socjalny skontaktował się z jej bratem, ale ten odmówił zaangażowania się w jej sprawę, tłumacząc to własnymi problemami zdrowotnymi. Pracownik socjalny nawiązał kontakt z pracownikami punktów handlowych, w okolicach których bezdomna najczęściej przebywała, i poprosił ich o niezwłoczne zgłaszanie wszelkich niepokojących zachowań. Poinformował o sytuacji straż miejską, policję oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy miejscowego szpitala, aby przedstawiciele tych instytucji w wypadku kontaktu z kobietą mieli świadomość, że jest to osoba chora psychicznie. Włączył również do sieci współpracy streetworkerów, którzy na zmianę z nim monitorowali jej sytuację i ponawiali ofertę pomocy. Jednocześnie, w związku z nasilającymi się u kobiety niepokojącymi zachowaniami, jej coraz gorszą kondycją fizyczną wynikającą z braku higieny oraz niedożywienia, oraz w związku z brakiem zgody z jej strony na przyjęcie jakiegokolwiek pomocy, pracownik socjalny zdecydował się na podjęcie działań zmierzających do zbadania konieczności przymusowej hospitalizacji. W tym celu, działając na podstawie art. 29 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, złożył do sądu odpowiedni wniosek, zaznaczając, że jest gotów udzielić wszelkiej pomocy w zlokalizowaniu bezdomnej w celu przeprowadzenia badania przez biegłego. W dniu, kiedy badanie miało nastąpić, pracownik socjalny wykorzystał kontakty z punktami handlowymi do zlokalizowania kobiety, dzięki czemu badanie doszło do skutku. Na jego podstawie sąd orzekł, że musi być ona hospitalizowana. Przez cały ten czas nie ustawało monitorowanie jej sytuacji, konsekwentne ponawianie oferty pomocy i motywowanie do podjęcia leczenia.

## 5. Rezultat

Klientka będzie hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym, co zapewni jej bezpieczeństwo w trakcie nadchodzącej zimy, a także specjalistyczną opiekę lekarską. Planowane jest ustalenie, czy klientka będzie wymagała po hospitalizacji umieszczenia w DPS, czy też będzie kontynuować leczenie w warunkach ambulatoryjnych i zamieszka w placówce dla osób bezdomnych lub mieszkaniu wspieranym, gdzie będzie korzystała z różnych form wsparcia środowiskowego, jak np. ŚDS.

### 4.3. PRACA SOCJALNA REALIZOWANA NA RZECZ OSOBY STARSZEJ, ZAMIESZKUJĄCEJ W PLACÓWCE DLA OSÓB BEZDOMNYCH (REALIZACJA IPWzB)

#### 1. Klient

Mężczyzna, 58 lat, w schronisku dla osób bezdomnych od 16 lat

#### 2. Nawiązanie/budowanie relacji

Osoba o łagodnym usposobieniu, miła i kulturalna. Jak sam określa – przez kilka lat miał przyjaciół, ale obecnie żaden z nich nie żyje. Ceni kontakty z trzeźwymi uczestnikami grup terapeutycznych, jest ceniony także przez kadrę placówki i współmieszkańców.

#### 3. Diagnoza

Utrzymuje się z zasiłku stałego. Z rodziną prokreacji nie utrzymuje kontaktów, płacił alimenty na dzieci. Miał silny kontakt emocjonalny z matką. Zawsze – także przez sześć lat małżeństwa – był zameldowany w mieszkaniu matki, zamieszkał w nim ponownie po rozwodzie. Stał się samotny, gdy matka zmarła. Prawo do mieszkania stracił na skutek zadłużenia i eksmisji. Cierpi na choroby układu krążenia, których skutki okresowo utrudniają mu poruszanie się. Od 17. roku życia jest uzależniony od alkoholu. Potrafi realnie ocenić swoją sytuację, ma pozytywne samopoczucie. Ma orzeczenie o niepełnosprawności, znaczne zadłużenie alimentacyjne powstrzymuje go przed podjęciem aktywności zawodowej. Aktywnie uczestniczy w życiu placówki.

#### 4. Działania

Pracownik socjalny określił motywację klienta do zawarcia IPWzB. Za zgodą klienta zorganizowano spotkanie specjalistów: pracownika socjalnego MOPR, terapeuty uzależnień, lekarza rodzinnego, prawnika, psychologa, terapeuty poradni odwykowej prowadzącego klienta, pracownika placówki, w której ostatnio przebywał, przyjaciela wskazanego przez klienta, pracownika CIS-u, doradcy zawodowego z PUP. Zagadnienia problemowe, które próbowano rozwiązać, to: zakres działań umożliwiających spłatę lub zmniejszenie kwoty zadłużeń alimentacyjnych (poprzez wystąpienie do ZUS-u o ich umorzenie), powody przerywania trzeźwości, zdolność do samodzielnego funkcjonowania poza placówką, zaplanowanie działań mających wpływ na poprawę kondycji (np. trening budżetowy, trening kulinarny, jak dbać o porządku, jak radzić sobie z samotnością), zwiększenie aktywności zawodowej (wskazanie rodzaju prac odpowiednich przy niepełnosprawności klienta, identyfikacja trudności w poszukiwaniu pracy), motywowanie do samodzielnego funkcjonowania, zorganizowanie wsparcia, określenie zadań, które będą realizowane przez klienta (wskazanie celów na miesiąc, półrocze i rok; określenie priorytetowych działań; określenie sposobów wspierających utrzymywanie abstynencji; rozliczenie z przeszłością, szczególnie w kontekście kontaktów z rodziną; rozpoczęcie przy pomocy prawnika działań zmniejszających zadłużenie; rozwijanie zainteresowań, udział w warsztatach; utrzymywanie trzeźwości, budowanie sieci wsparcia, złożenie wniosku o lokal socjalny).

#### 5. Rezultat

Klient uzyskał świadomość choroby alkoholowej, umie radzić sobie z objawami innych dośkwierających mu chorób, zwiększa okresy trzeźwości, chętnie korzysta ze specjalistycznego wsparcia oraz angażuje się w życie placówki. Planowane jest uregulowanie zaległości finansowych, uzyskanie lokalu socjalnego, podjęcie zatrudnienia, rozwiązanie trudności rodzinnych.







STANDARDY  
MIESZKALNICTWA  
I POMOCY DORAŻNEJ

---

# Wprowadzenie

## Misja

Mieszkalnictwo i pomoc doraźna to obszar usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, które to usługi mają na celu zapobieżenie, zmniejszenie skutków, a także umożliwienie wyjścia z bezdomności tym osobom, zapewnienie schronienia, zakwaterowania i zamieszkania w systemie instytucjonalnym lub pozainstytucjonalnym, a także zaspokojenie potrzeb bytowych z pełnym poszanowaniem godności i możliwości samostanowienia.

## Cele

### Cel główny

Zwiększenie poziomu zabezpieczenia osób zagrożonych bezdomnością przed popadnięciem w nią, zwiększenie poziomu ochrony zdrowia i życia, zabezpieczenie podstawowych potrzeb, a także stworzenie możliwości i szans na uzyskanie samodzielności życiowej przez osoby doświadczające bezdomności.

### Cele szczegółowe systemowe

Cele w obszarze mieszkalnictwa i pomocy doraźnej 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;
- 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 pomocy doraźnej z perspektywy realizatora / wykonawcy usługi to cele odnoszące się indywidualnie, bezpośrednio skierowane do osób korzystających z pomocy:

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

Usługi z obszaru mieszkalnictwa i pomocy doraźnej opracowano 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.

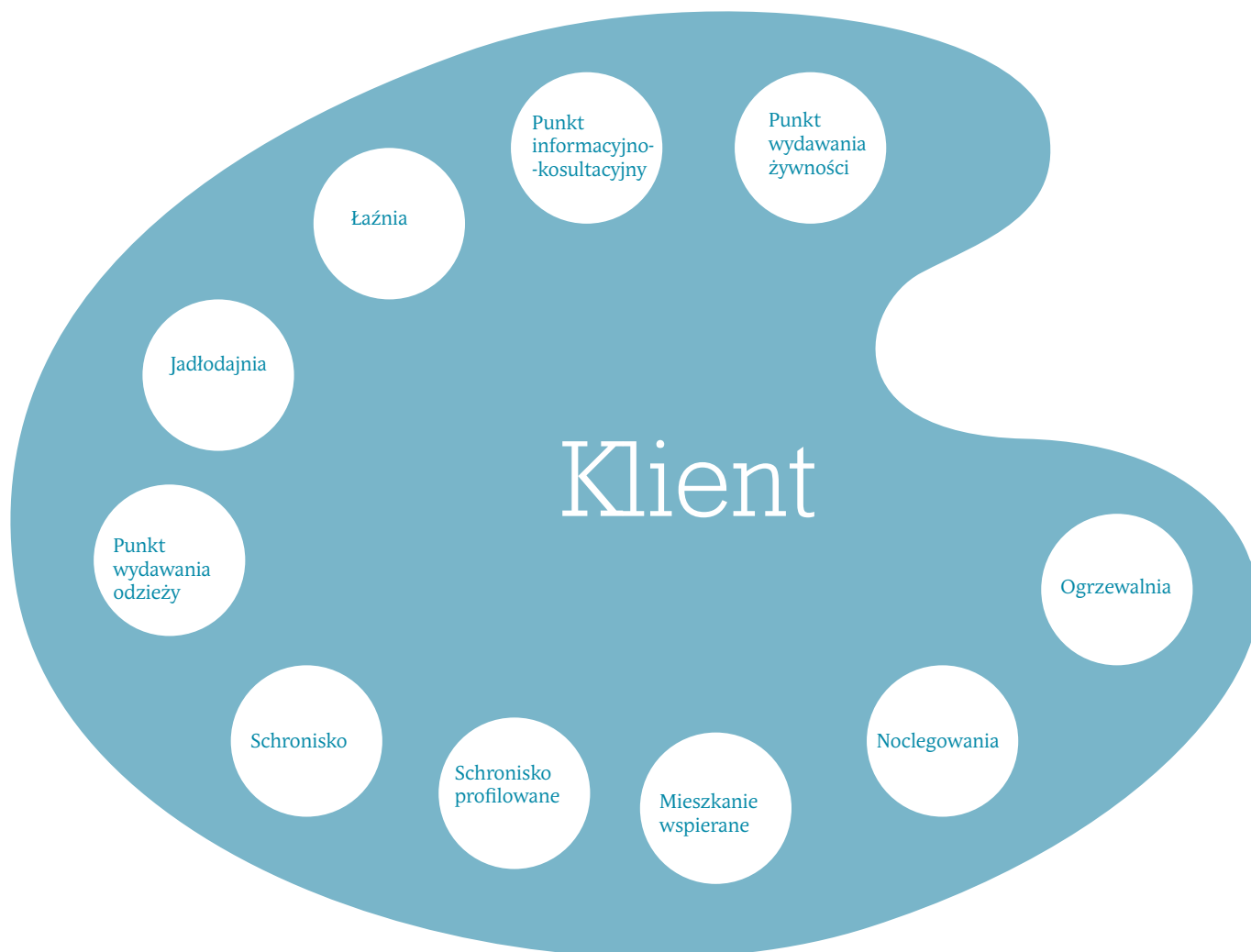
W standardach jest mowa o wymogach w zakresie bezpieczeństwa – rozumie się przez to wymagania dotyczące obiektów budowlanych w zakresach wymienionych w art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. a–d ustawy z 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane<sup>54</sup>.

## Modele wdrażania wsparcia w obszarze mieszkalnictwa, zakwaterowania i pomocy doraźnej

Działalność placówek różnych typów i mieszkalnictwa wspieranego dla osób bezdomnych ma na celu udzielanie zakwaterowania, schronienia, interwencyjnego pobytu i pomocy doraźnej i 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 zapewnienia mieszkań osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością. Na terenie jednej gminy istnieje możliwość korzystania zarówno z modelu mieszkaniowego, palety, jak i modelu drabinkowego. W Modelu GSWB 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 (ogrzewalni, noclegowni, schroniska, mieszkania wspieranego), co jest szczególnie trudne przy małej skali problemu (w małych gminach).



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 specyfiki przez powołanie placówek o profilu odpowiadającym lokalnym problemom i wyszukanie mieszkań wspieranych.

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 zagrożone bezdomnością mogą w zależności od swoich potrzeb zgłosić się bezpośrednio po pomoc w zakresie, jakiego potrzebują. Klient jest w tym przypadku 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 (opisanymi w pozostałych standardach). Na wybór odpowiedniej placówki duży wpływ ma sama osoba bezdomna, a pobyt w niej jest ograniczony z jednej strony regula-

minem 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. Np. w placówce niskoprogramowej może przebywać osoba pod wpływem alkoholu i/lub środków psychoaktywnych, a 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: wybierane są takie, które dają największe szanse na poprawę sytuacji osoby bezdomnej. Przykładowa paleta usług zapewniających schronienie i pomoc doraźną zaprezentowana została na grafice na następnej stronie.

Przykładem zastosowania modelu palety może być gmina, w której diagnoza pokazała brak jakichkolwiek zasobów w postaci placówek dla osób bezdomnych (wszystkie osoby bezdomne umieszczane są 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 przypadku gmina może zorganizować placówkę interwencyjną, tj. 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 przedśmiankiem do samodzielnego mieszkania. W tym przypadku 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, co zostaje zwieńczone stałym mieszkaniem i pełną samodzielnością. Szerzej ujmując, można powiedzieć, że metoda ma charakter równomierny i ciągły, rozciągnięty w czasie (takie 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 odbyć i skutecznie zakończyć terapię odwykową (narkotyki, alkohol) i przejść 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 – model drabinkowy jest pewnego rodzaju procesem (re)integracji osoby bezdomnej, który zakłada zinstytucjonalizowane wsparcie w postaci wielu różnorodnych instytucji (to właśnie „szczeble drabiny”), których wybór jest dopasowywany 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 („wspinanie się po szczeblach”), a także motywować osoby z różnorodnymi problemami, np. uzależnieniami, do ich rozwiązywania.

## Wskazówki

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

- współpraca między kilkoma gminami – gminy znajdujące się w bliskiej odległości od siebie mogą budować system współpracy 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, mogą system drabinkowy 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 (Europejską Federację 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. noclegowniach i schroniskach, na rzecz wsparcia w środowisku, czyli w mieszkaniach. Model mieszkaniowy jest silnie powiązany z pojęciem deinstytucjonalizacji, które zakłada, że wsparcie może być świadczone skuteczniej i efektywniej 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, np. opieki nad dziećmi, wspierania osób starszych, niepełnosprawnych, zaburzonych psychicznie. Model mieszkaniowy powstał w opozycji do modelu drabinkowego, który zakłada, że ostatecznym celem procesu reintegracji jest stabilne mieszkanie, a osoby bezdomne, szczególnie z kompleksowymi potrzebami wsparcia, powinny przechodzić przez różne etapy tymczasowego zakwaterowania (w noclegowni, schronisku), zanim będą „gotowie mieszkaniowo” do zamieszkania we własnym domu.

Termin „*housing led*” i zagadnienie przewodniej roli mieszkalnictwa w rozwiązywaniu problemu bezdomności w szerszym kontekście pojawiły się po raz pierwszy podczas Europejskiej Konferencji Konsensusu poświęconej bezdomności w 2010 roku w Brukseli. Jury konferencji, ogłaszając w jej rezultacie konsensus europejski w tym zakresie, na kluczowe pytanie: „Czy polityka oparta na mieszkalnictwie jest podejściem najbardziej efektywnym i skutecznym w zapobieganiu i zwalczaniu bezdomności?” odpowiedziało: „Jury wzywa do przejścia i zmiany praktyki 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, jak i zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobom w ich domach, zgodnie z ich potrzebami”.

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 wyjaśnione są sytuacja bezdomności w Unii Europejskiej i możliwe strategie rozwiązań. Dokument rekomenduje dokładne działania na poziomie krajowym, tak 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 odpowiednie zachowanie się w mieszkaniu zamiast ponownego zamieszkania. Wsparcie tworzy się 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 przez otrzymanie mieszkania i zapewnienie w nim wsparcia. Kluczowe w tym podejściu jest natychmiastowe zapewnienie osobie bezdomnej właściwego zakwaterowania wraz z potrzebnym wsparciem oraz z zagwarantowaną możliwością przedłużenia 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 rozwiązywany jest problem bezdomności, a następnie problem wykluczenia społecznego.

Najważniejsze założenia metody Najpierw mieszkanie to:

- 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

Po zamieszkaniu 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, tak 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 ogólnodostępnymi w środowisku. Kluczem filozofii Najpierw mieszkanie 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, podyktowane są wyborem klientów, a także tym, by zapewnić, że ludzie chorzy psychicznie i uzależnieni integrują się ze społecznością. Uczestnicy programów powinni zamieszkiwać 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. Metoda oparta jest także na wierze, że nawet ludzie, którzy doświadczają bezdomności i mają 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 postępu zdrowienia i integrację społeczną.

## METODA WSPÓLNOTOWA

Metoda wspólnotowa jest skierowana do osób i rodzin bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Metoda może być realizowana na poziomie schronisk, schronisk profilowanych i mieszkań wspieranych zespolonych. Główne założenia pracy opierają się na nurcie samopomocowym przy założeniu jednocześnie dużej autonomiczności, niezależności i samowystarczalności 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, dążenie do wyznaczonych celów, realizację zadań, dbanie 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 tych osób. 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 samozatrudnienie (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 dla skutecznego realizowania założonego programu. 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.

## 1

## ROZDZIAŁ 1

## Ogrzewalnia

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<b>1.1. Definicja usługi</b>	
Ogrzewalnia – placówka dla osób bezdomnych zapewniająca pomoc w postaci interwencyjnego miejsca w warunkach zapobiegających wychłodzeniu organizmu i zapewniających bezpieczeństwo.	
<b>1.2. Cel usługi</b>	
<b>1.2.1. Cel główny</b>	
Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub pozostających bez dachu nad głową.	
<b>1.2.2. Cele szczegółowe:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych interwencyjnym pobytem i informacją;</li> <li>■ zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych;</li> <li>■ zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.</li> </ul>	
<b>1.3. Zakres usługi</b>	
<b>1.3.1. Odbiorca usługi</b>	
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 te 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 kategoriach: 1, 2, 11.	
<b>1.3.2. Krótki opis usługi</b>	
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.	
<b>1.3.3. Usytuowanie placówki</b>	
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).

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<h2>1.4. Organizacja usługi</h2>	
<h3>1.4.1. Procedury i sposoby postępowania</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ brak konieczności posiadania skierowania (z OPS-u czy innej instytucji);</li> <li>■ przeprowadzenie wywiadu i oględzin osoby bezdomnej pod kątem ewentualnych zagrożeń związanych z przyjęciem do placówki (nietrzeźwość, choroby zakaźne, urazy zagrażające zdrowiu i życiu itp.);</li> <li>■ zapoznanie osoby z treścią regulaminu oraz pisemne zobowiązanie do jego przestrzegania (w uzasadnionych przypadkach możliwość odstąpienia od pisemnego zobowiązania);</li> <li>■ przyjęcie do placówki (wpis do rejestru);</li> <li>■ działanie na rzecz poprawy aktualnego stanu osoby (w zależności od sytuacji: konsultacja lekarska, kąpiel, odwyszawianie, wymiana odzieży, podanie ciepłego napoju lub posiłku itp.);</li> <li>■ przekazanie informacji o dostępnych formach pomocy dla osób bezdomnych.</li> </ul>	
<h3>1.4.2. Dokumentacja</h3>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regulamin placówki;</li> <li>■ rejestr klientów;</li> <li>■ dziennik raportów.</li> </ul>	
<h3>1.4.3. Superwizja</h3>	
<p>Kadra ogrzewalni powinna być objęta systematyczną superwizją realizowaną przez zewnętrznego specjalistę.</p>	
<h2>1.5. Zasoby</h2>	
<h3>1.5.1. Realizator usługi</h3>	
<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>	
<h3>1.5.2. Zasoby personalne</h3>	
<p>Koordynator / 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>Koordynator / 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. *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>
<h3>1.5.3. Zasoby materialne</h3>	
<p>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 m<sup>2</sup> powierzchni dla 1 osoby. Toaleta: minimum 1 urządzenie natryskowe (umożliwiające odwyszawianie) dla 30 osób, 1 miska ustępowa dla 25 osób, 1 umywalka 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 odwyszawiania osoby. Temperatura minimalna 18 stopni Celsjusza dla wszystkich pomieszczeń, w których przebywają osoby. Obiekt spełnia wymogi w zakresie bezpieczeństwa.</p>	<p>Toaleta: minimum 1 urządzenie natryskowe (umożliwiające odwyszawianie) dla 20 osób, 1 miska ustępowa dla 15 osób, 1 umywalka dla 15 osób; w przypadku placówek koedukacyjnych konieczne rozwiązanie zapewniające intymność i poszanowanie godności osoby; stały dostęp do bieżącej ciepłej wody.</p> <p>Biuro opiekuna (dyżurka) z telefonem oraz apteczką, wyposażone w miejsce do przechowywania dokumentacji. Zalecane osobne wyjście w celu umożliwienia ewentualnej ewakuacji opiekuna.</p> <p>Magazyn odzieżowy zapewniający odpowiednią odzież dla osób korzystających z ogrzewalni.</p>
<h3>1.5.4. Zasoby instytucjonalne</h3>	
<p>Współpraca przy realizacji usługi:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ gminy (OPS-y, wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);</li> <li>■ urzędy pracy;</li> <li>■ organizacje pozarządowe;</li> <li>■ Kościoły i związki wyznaniowe;</li> <li>■ służby mundurowe, Straż Miejska;</li> <li>■ podmioty ochrony zdrowia;</li> <li>■ inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.</li> </ul>	

## 2

## ROZDZIAŁ 2

## Noclegownia

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p><b>2.1. Definicja usługi</b></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><b>2.2. Cel usługi</b></p> <p><b>2.2.1. Cel główny:</b> Zmniejszenie liczby osób bezdomnych pozostających w miejscach niemieszkalnych i/lub pozostających bez schronienia.</p> <p><b>2.2.2. Cele szczegółowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych noclegiem i wsparciem;</li> <li>■ zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia osób bezdomnych;</li> <li>■ poprawa jakości życia oraz wzbudzenie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych.</li> </ul>	
<p><b>2.3. Zakres usługi</b></p> <p><b>2.3.1. Odbiorca usługi</b></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 kategoriach: 1, 2, 8, 11.</p>	
<p><b>2.3.2. Krótki opis usługi</b></p> <p>Noclegownia zapewnia tymczasowe schronienie w postaci noclegu oraz możliwość spożycia jednego gorącego posiłku. Noclegownia jest otwarta w godzinach wieczorowo-nocnych, a w szczególnych przypadkach czas jej funkcjonowania może zostać wydłużony (np. w okresie panowania znacznie obniżonych temperatur). Noclegownia 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. Ponadto w placówce realizowana jest praca socjalna nakierowana na rozwiązanie podstawowych potrzeb związanych z uregulowaniem sytuacji osobistej osoby bezdomnej.</p> <p>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.</p>	
<p><b>2.3.3. Usytuowanie placówki</b></p> <p>Noclegownia powinna znajdować się w miejscu dobrze skomunikowanym.</p>	
<p>Noclegownia powinna znajdować się w centrum miasta, miejscu dobrze skomunikowanym, do którego dostęp możliwy jest przez całą dobę (komunikacja nocna itp.).</p>	



STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
-------------------	------------------------

## 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 osoby 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, odwszawianie, 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 osobistą i stan zdrowia;
- pomoc w uzyskaniu podstawowych dokumentów osobistych oraz niezbędnych świadczeń dzięki realizowanej w placówce pracy socjalnej.

### 2.4.2. Dokumentacja

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

### 2.4.3. Superwizja

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

## 2.5. Zasoby

### 2.5.1. 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.

### 2.5.2. Zasoby personalne

Kierownik:

Osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki, wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem.

Opiekun:

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, predyspozycje do pracy z osobami bezdomnymi (np. pracownicy socjalni z dyplomem szkoły policealnej), obowiązkowe szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej.

Pracownik socjalny:

Szczegółowe wytyczne w ustawie o pomocy społecznej oraz w standardzie pracy socjalnej.

Kierownik:

Osoba odpowiedzialna za prawidłowe funkcjonowanie placówki, wykształcenie wyższe.

Opiekun:

Wykształcenie wyższe z zakresu nauk społecznych; na dyżurze powinien być jeden opiekun na 40 osób bezdomnych.

Pielęgniarka / ratownik medyczny:

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 innych specjalistów w zależności od potrzeb.

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
Osoby zatrudnione w placówce powinny tworzyć spójny zespół (zespół zadaniowy) skutecznie realizujący określone usługi na rzecz osób bezdomnych.	
<b>2.5.3. Zasoby materialne:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sale maksymalnie 15-osobowe;</li> <li>■ powierzchnia mieszkalna 3m<sup>2</sup>/os. przy łóżkach pojedynczych oraz 2 m<sup>2</sup>/os. przy łóżkach piętrowych;</li> <li>■ wielkość placówki – maksymalnie dla 80 osób; w przypadku placówek nowo powstających 60 osób;</li> <li>■ sale mieszkalne ze swobodnym dostępem do łóżka (materac, koc, pościel), wyposażone w szafkę nocną (lub inną szafę osobistą), okno w każdym pomieszczeniu;</li> <li>■ toalety – 1 urządzenie natryskowe dla 20 osób (możliwość odwieszawiania), 1 miska ustępowa dla 10 kobiet, 1 miska ustępowa i 1 pisuar dla 20 mężczyzn, 1 umywalka dla 15 osób, zapewniony stały dostęp do bieżącej wody, w tym ciepłej w wyznaczonych godzinach;</li> <li>■ biuro opiekuna (dyżurka) wyposażone w telefon, apteczkę oraz miejsce (szafę) przeznaczone do przechowywania dokumentacji osób przebywających w placówce, niezbędne zaplecze socjalne;</li> <li>■ osobne magazyny dla rzeczy brudnych i czystych zgodnie z wymogami sanitarnymi;</li> <li>■ depozyt na rzeczy osobiste osób skreślanych z listy mieszkańców. Zasady przechowywania i likwidacji depozytów zawarte w regulaminie placówki;</li> <li>■ magazyn środków chemicznych (środki czystości i higieny) lub odpowiednie miejsce przeznaczone na ten cel;</li> <li>■ minimalna temperatura w pomieszczeniach, w których przebywają osoby, musi być wyższa niż 18 stopnie Celsjusza;</li> <li>■ noclegownia zapewnia 1 gorący posiłek, przy czym forma jego dostarczenia jest dowolna;</li> <li>■ w przypadku dystrybucji posiłków na miejscu w placówce niezbędna jest kuchnia lub pomieszczenie do wydawania posiłków spełniające stosowne przepisy sanitarne;</li> <li>■ sala do spotkań indywidualnych (np. z pracownikiem socjalnym);</li> <li>■ spełnione wszystkie wymogi w zakresie bezpieczeństwa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sale maksymalnie 10-osobowe;</li> <li>■ wielkość placówki – maksymalnie dla 60 osób;</li> <li>■ toalety – zapewniony stały dostęp do ciepłej wody;</li> <li>■ magazyn odzieżowy zapewniający niezbędną odzież dla osób potrzebujących tego rodzaju pomocy;</li> <li>■ miejsce i sprzęt umożliwiające pranie i suszenie rzeczy osobistych.</li> </ul>
<b>2.5.4. Zasoby instytucjonalne</b>	
Współpraca przy realizacji usługi:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ gminy (OPS-y, wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);</li> <li>■ urzędy pracy;</li> <li>■ organizacje pozarządowe;</li> <li>■ Kościoły i związki wyznaniowe;</li> <li>■ służby mundurowe, Straż Miejska;</li> <li>■ podmioty ochrony zdrowia;</li> <li>■ inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.</li> </ul>	

## 3

## ROZDZIAŁ 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:

- 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 IPWzB w zakresie wychodzenia z sytuacji bezdomności.

Uwaga: rodziny z dziećmi mogą przebywać jedynie w schronisku profilowanym.

Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategoriach: 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.

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<h3>3.4. Organizacja usługi</h3>	
<h4>3.4.1. Procedury i sposoby postępowania:</h4>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprawdzenie skierowania, faktycznej bezdomności;</li> <li>■ zapoznanie z regulaminem placówki;</li> <li>■ zaopatrzenie higieniczne;</li> <li>■ zapewnienie miejsca do spania;</li> <li>■ zapewnienie możliwości spożycia trzech posiłków dziennie, w tym jednego ciepłego;</li> <li>■ zapewnienie odzieży na zmianę;</li> <li>■ prowadzenie pracy socjalnej we współpracy z OPS-em;</li> <li>■ prowadzenie działań w zakresie aktywizacji społecznej (szczegółowe informacje w standardzie zatrudnienia i edukacji);</li> <li>■ umożliwienie dostępu do odpowiedniej pomocy medycznej, psychologicznej, terapeutycznej i prawnej;</li> <li>■ wskazanie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych;</li> <li>■ zaopatrzenie medyczne (szczegółowe informacje w standardzie zdrowia).</li> </ul>	
<h4>3.4.2. Dokumentacja</h4>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regulamin placówki;</li> <li>■ rejestr mieszkańców;</li> <li>■ karta mieszkańca;</li> <li>■ dziennik raportów.</li> </ul>	
<h4>3.4.3. Superwizja</h4>	
<p>W schronisku dla osób bezdomnych prowadzona jest systematyczna superwizja zespołu pracowników.</p>	
<h3>3.5. Zasoby</h3>	
<h4>3.5.1. Realizator usługi</h4>	
<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>	
<h4>3.5.2. Zasoby personalne</h4>	
<p>Kierownik placówki: Wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.</p> <p>Opiekun: 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 być taka, by zapewnić obecność jednego opiekuna podczas jednej zmiany na 50 osób bezdomnych przebywających w placówce.</p> <p>W przypadku realizowania usługi metodą wspólnotową funkcję wspierającą i samokontrolującą pełni społeczność mieszkańców.</p> <p>Pracownik socjalny zatrudniony w placówce lub oddelegowany z odpowiedniego OPS-u. Wymiar czasu pracy: ustalony według współczynnika jeden etat na 50 osób.</p> <p>Szczegółowe 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 substancji psychoaktywnych, zajęcia praktyczne w placówce dla bezdomnych.</p>	<p>Kierownik: Wykształcenie wyższe.</p> <p>Opiekun: Wykształcenie wyższe kierunkowe z zakresu nauk społecznych lub średnie kierunkowe (np. praca socjalna, terapia uzależnień itp.).</p> <p>Doradca zawodowy: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Psycholog: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Terapeuta uzależnień: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Psychiatra: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Pielęgniarka: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Lekarz internista: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Prawnik: Zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną.</p> <p>Wskazane jest zatrudnienie kierowników placówek oraz opiekunów w ramach umowy o pracę.</p>

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>Opisana powyżej kadra tworzy zespół zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w placówce. Zespół spotyka się nie rzadziej niż raz w miesiącu. Organizacja pracy zespołu należy do obowiązków kierownika placówki.</p>	
<p><b>3.5.3. Materialne</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ wielkość placówki: maksymalnie na 80 osób;</li> <li>■ sypialnie dla maksymalnie 10 osób;</li> <li>■ minimum 4 m<sup>2</sup> powierzchni pokoju na osobę;</li> <li>■ każde pomieszczenie mieszkalne z oknem, zapewnione piętrowe łóżko z kocem i poduszką lub pościelą, wyposażone w szafkę nocną (lub inną szafę osobistą);</li> <li>■ 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; zapewniony stały dostęp do ciepłej wody (zgodnie z obowiązującymi przepisami);</li> <li>■ dyżurka (pomieszczenie opiekunów) z dostępem do telefonu oraz apteczką;</li> <li>■ osobna toaleta dla pracowników;</li> <li>■ zapewnione pomieszczenie do przechowywania dokumentacji placówki;</li> <li>■ co najmniej jeden pokój spotkań indywidualnych;</li> <li>■ jadalnia zapewniająca możliwość spożywania posiłków przez mieszkańców placówki w co najwyżej dwóch turach, może również pełnić rolę świetlicy i sali spotkań grupowych;</li> <li>■ kuchnia i magazyny żywności zorganizowane zgodnie z odpowiednimi przepisami. Możliwe zorganizowanie żywienia na zasadzie cateringu;</li> <li>■ pokój tymczasowej opieki: osobne pomieszczenie dla chorych wyposażone w leżankę, toaletę i umywalkę, o powierzchniach łatwo zmywalnych lub w sąsiedztwie węzła sanitarnego;</li> <li>■ pralnia: osobne pomieszczenie wyposażone w pralki (co najmniej jedna pralka na 20 osób w placówce lub maszyna pralnicza); umożliwienie suszenia wypranej odzieży;</li> <li>■ depozyt na podstawowe rzeczy osób opuszczających placówkę, termin przechowywania rzeczy określony w regulaminie placówki;</li> <li>■ osobne magazyny dla rzeczy brudnych i czystych zgodnie z wymogami sanitarnymi;</li> <li>■ magazyn środków chemicznych;</li> <li>■ pomieszczenia mieszkalne i biurowe powinny zapewniać temperaturę otoczenia nie niższą niż 18 stopnie Celsjusza;</li> <li>■ placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów prawa budowlanego, przepisów bezpieczeństwa pożarowego, przepisów związanych z przechowywaniem i przygotowaniem żywności.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ wielkość placówki: maksymalnie na 50 osób;</li> <li>■ sypialnie dla maksymalnie 5 osób;</li> <li>■ każde pomieszczenie z oknem, zapewnione pojedyncze łóżko z pościelą;</li> <li>■ co najmniej dwa pokoje spotkań indywidualnych;</li> <li>■ miejsce spotkań indywidualnych i modlitwy.</li> </ul>
<p><b>3.5.4. Zasoby instytucjonalne</b></p>	
<p>Współpraca przy realizacji usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ gminy (OPS-y, wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);</li> <li>■ urzędy pracy;</li> <li>■ DPS-y;</li> <li>■ organizacje pozarządowe;</li> <li>■ Kościoły i związki wyznaniowe;</li> <li>■ służby mundurowe, Straż Miejska;</li> <li>■ podmioty ochrony zdrowia;</li> <li>■ inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.</li> </ul>	



## ROZDZIAŁ 4

# Schronisko profilowane dla osób bezdomnych

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<h3>4.1. Definicja usługi</h3> <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 jest uwzględniony w nazwie placówki.</p>	
<h3>4.2. Cel usługi</h3>	
<h4>4.2.1. Cel główny</h4> <p>Zwiększenie liczby osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności i uzyskujących samodzielność życiową.</p>	
<h4>4.2.2. Cele szczegółowe:</h4>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zwiększenie liczby osób bezdomnych objętych profilowanym schronieniem i kompleksowym wsparciem;</li> <li>■ poprawa jakości życia i wzrost motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych;</li> <li>■ zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.</li> </ul>	
<h3>4.3. Zakres usługi</h3>	
<h4>4.3.1. Odbiorca usługi</h4>	
<p>W zależności od profilu:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ osoby starsze;</li> <li>■ matki z dziećmi, ojcowie z dziećmi, rodziny z dziećmi;</li> <li>■ osoby chore, zdolne do samoobsługi;</li> <li>■ osoby uzależnione;</li> <li>■ inne.</li> </ul>	
<p>Uwaga 1: pobyt w schronisku profilowanym osób z dziećmi może być jedynie tymczasowy i traktowany jako przejściowa forma wsparcia przed przyznaniem lokalu socjalnego bądź przeniesieniem do mieszkania wspieranego.</p>	
<p>Uwaga 2: rekomendujemy nierozdzielanie pełnych rodzin.</p>	
<p>Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategoriach: 3, 4, 5, 6, 7.</p>	
<h4>4.3.2. Krótki opis usługi</h4>	
<p>Schronisko dla osób bezdomnych zapewnia całodobowy pobyt osobom skierowanym przez odpowiedni OPS. Działalność placówki prowadzona jest na podstawie regulaminu schroniska. W schronisku realizowane są prace socjalne oraz wsparcie specjalistyczne odpowiednie do profilu placówki.</p>	

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>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.</p> <p>Schronisko dla osób bezdomnych może być prowadzone metodą wspólnotową.</p> <p>Wskazane jest, aby placówka wyposażona była w defibrylator zewnętrzny.</p> <p>Konieczne jest opracowanie przez podmiot prowadzący placówkę procedury interwencyjnego przyjmowania osób do schroniska.</p>	
<p><b>4.3.3. Usytuowanie placówki</b></p> <p>Dobrze skomunikowane miejsce na terenie gminy.</p>	
<p><b>4.4. Organizacja usługi</b></p>	
<p><b>4.4.1. Procedury i sposoby postępowania:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprawdzenie skierowania z OPS-u, faktycznej bezdomności;</li> <li>■ zapoznanie z regulaminem placówki;</li> <li>■ zaopatrzenie higieniczne;</li> <li>■ zapewnienie miejsca do spania;</li> <li>■ zapewnienie możliwości spożycia trzech posiłków dziennie, w tym jednego ciepłego;</li> <li>■ zapewnienie odzieży na zmianę;</li> <li>■ prowadzenie pracy socjalnej we współpracy z OPS-em;</li> <li>■ umożliwienie dostępu do odpowiedniej pomocy medycznej, psychologicznej, terapeutycznej i prawnej;</li> <li>■ wskazanie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych.</li> </ul>	
<p>W zależności od profilu schroniska:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zaopatrzenie medyczne;</li> <li>■ prowadzenie działań w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej;</li> <li>■ prowadzenie oświaty w zakresie umiejętności wychowawczych;</li> <li>■ prowadzenie działalności kulturalnej w placówce oraz poza nią;</li> <li>■ prowadzenie pracy psychoterapeutycznej;</li> <li>■ prowadzenie pracy pedagogicznej.</li> </ul>	
<p><b>4.4.2. Dokumentacja</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regulamin placówki;</li> <li>■ rejestr mieszkańców;</li> <li>■ karta mieszkańca;</li> <li>■ dziennik raportów.</li> </ul>	
<p><b>4.4.3. Superwizja</b></p>	
<p>W schronisku dla osób bezdomnych prowadzona jest systematyczna superwizja zespołu pracowników, w tym również personelu administracyjnego.</p>	
<p><b>4.5. Zasoby</b></p>	
<p><b>4.5.1. Realizator usługi</b></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><b>4.5.2. Zasoby personalne</b></p>	
<p>Kierownik placówki: Wykształcenie średnie poparte 3-letnim doświadczeniem w pracy na rzecz osób 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 oddelegowany z odpowiedniego OPS-u. Wymiar czasu pracy: ustalony według współczynnika jeden etat na 50 osób. Szczegółowe informacje w ustawie o pomocy społecznej oraz w standardzie pracy socjalnej.</p>	<p>Kierownik placówki: Wykształcenie wyższe. Opiekun: Wykształcenie wyższe kierunkowe z zakresu nauk społecznych lub średnie kierunkowe (np. praca socjalna, terapia uzależnień).</p>



STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>Doradca zawodowy, psycholog, terapeuta uzależnień, psychiatra, pielęgniarka, lekarz internista, prawnik, pedagog, położna lub pielęgniarka środowiskowa: Każdy z tych specjalistów powinien być zatrudniony w placówce lub wskazany przez instytucję zewnętrzną. Szczegółowe informacje w standardzie edukacji i zatrudnienia. Kadra musi zostać dobrana pod kątem profilu schroniska. Wskazane jest zatrudnienie kierowników placówek oraz opiekunów w ramach umowy o pracę. <b>*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.</b></p>	

Opisana powyżej kadra tworzy zespół zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w placówce. Zespół spotyka się nie rzadziej niż raz w miesiącu. Organizacja pracy zespołu należy do obowiązków kierownika placówki.

#### 4.5.3. Zasoby materialne:

- wielkość placówki: maksymalnie na 50 osób;
- sypialnie dla maksymalnie 5 osób. W przypadku rodzica z wieloma dziećmi możliwa większa liczba osób w pokoju (jedna rodzina);
- każde pomieszczenie mieszkalne z oknem, zapewnione pojedyncze łóżko z poduszką lub pościelą, pomieszczenie 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; zapewniony 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;
- pokój spotkań indywidualnych i modlitwy – 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 zgodne z wymogami sanitarnymi;
- magazyn środków chemicznych.

Pomieszczenia mieszkalne i biurowe powinny zapewniać temperaturę otoczenia nie niższą niż 18 stopni Celsjusza.

Rekomenduje się na terenie placówki utworzenie miejsca zabaw dla dzieci (plac zabaw), w przypadku gdy nie ma ogólnodostępnego miejsca w otoczeniu placówki.

Rekomenduje się utworzenie miejsca wspólnych spotkań i modlitwy.

Placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów prawa budowlanego.

#### 4.5.4. Zasoby instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS-y, 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.

## 5

## ROZDZIAŁ 5

# Mieszkania wspierane zespólone

## STANDARD WYMAGANY

## STANDARD REKOMENDOWANY

## 5.1. Definicja usługi

Mieszkanie wspierane zespólone 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 zespólone 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.

## 5.2. Cel usługi

### 5.2.1. Cel główny

Zwiększenie liczby osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych aktywnych społecznie, wychodzących z bezdomności / zagrożenia bezdomnością i uzyskujących samodzielność życiową.

### 5.2.2. 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.

## 5.3. Zakres usługi

### 5.3.1. 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.

Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategoriach: 3, 4, 5, 6, 7.

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p><b>5.3.2. Krótki opis usługi</b></p> <p>Mieszkanie wspierane zespolone – placówka, w której znajduje się zespół mieszkań wspieranych dla osób bezdomnych z zachowaniem funkcji wspierającej. Placówka umożliwia całonocny pobyt na czas określony. Zapewnia warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku. Przygotowuje klientów do prowadzenia samodzielnego życia, pomaga w integracji ze społecznością lokalną.</p> <p>W obszarze integracji mieszkania wspierane zespolone mogą być prowadzone metodą wspólnotową.</p> <p>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, noclegownię), mieszkania wspierane mogą być pojedynczą niezależną usługą.</p> <p>Opłatność za usługę w przypadku realizacji zadania zleconego gminy ustala kierownik OPS-u. W przypadku prowadzenia placówki przez organizację pozarządową bez udziału odpłatność ustala podmiot prowadzący.</p> <p>Warunki kwalifikacji do usługi oraz jej przedłużenie na czas nieokreślony ustala zespół zadaniowy realizujący usługę.</p>	
<p><b>5.3.3. Usytuowanie placówki</b></p> <p>Dobrze skomunikowane miejsce na terenie gminy.</p> <p>Niewskazane jest grupowanie placówek tego typu w jednym miejscu.</p>	
<p><b>5.4. Organizacja usługi</b></p>	
<p><b>5.4.1. Procedury i sposoby postępowania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ kwalifikacja klienta odbywa się na podstawie akceptacji zespołu rekrutującego;</li> <li>■ praca socjalna oraz realizacja indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności są monitorowane przez pracownika socjalnego;</li> <li>■ udzielenie zakwaterowania na czas określony (maksymalnie na 3 lata) lub nieokreślony, ale nie docelowy;</li> </ul>	
<p><b>5.4.2. Dokumentacja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ regulamin placówki;</li> <li>■ karta mieszkańca;</li> <li>■ IPWzB.</li> </ul>	
<p><b>5.4.3. Superwizja</b></p> <p>Kadra merytoryczna realizująca program mieszkań wspieranych zespolonych powinna uczestniczyć w systematycznych spotkaniach superwizyjnych.</p>	
<p><b>5.5. Zasoby</b></p>	
<p><b>5.5.1. Realizator usługi</b></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><b>5.5.2. Zasoby personalne</b></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).</p> <p>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 raz w miesiącu. Organizacja pracy zespołu należy do obowiązków kierownika lub koordynatora placówki.</p>	

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<b>5.5.3. Zasoby materialne:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ placówka o małej liczbie mieszkań w budynku (w przypadku realizacji mieszkań wspieranych o charakterze chronionym możliwe jest zamieszkiwanie większej liczby osób);</li> <li>■ mieszkanie lub pomieszczenie mieszkalne dla 1–2 osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5 m<sup>2</sup>/os., w przypadku osób niepełnosprawnych 10 m<sup>2</sup>/os., zamykane na klucz, który jest w posiadaniu osoby korzystającej z placówki;</li> <li>■ dopuszcza się przyjmowanie osób z własnymi meblami;</li> <li>■ zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody;</li> <li>■ łazienka – wyposażona w WC, prysznic lub wannę, umywalkę (w mieszkaniu lub budynku);</li> <li>■ pralnia – jedna pralka na maksymalnie 10 mieszkańców oraz możliwość suszenia odzieży (w przypadku braku pralni dopuszcza się pralkę w każdym mieszkaniu);</li> <li>■ minimalna temperatura 18°C dla pomieszczeń mieszkalnych;</li> <li>■ kuchnie wyposażone w sprzęt AGD do samodzielnego przygotowywania posiłków;</li> <li>■ posiłki mieszkańcy przygotowują we własnym zakresie;</li> <li>■ sala spotkań grupowych (niekoniecznie, jeśli są to usługi na zewnątrz);</li> <li>■ placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów, jakim powinny odpowiadać lokale mieszkalne.</li> </ul>	
<b>5.5.4. Zasoby instytucjonalne</b>	
Współpraca przy realizacji usługi:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ gminy (OPS-y, wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);</li> <li>■ urzędy pracy;</li> <li>■ DPS-y;</li> <li>■ organizacje pozarządowe;</li> <li>■ Kościoły i związki wyznaniowe;</li> <li>■ służby mundurowe, Straż Miejska;</li> <li>■ podmioty ochrony zdrowia;</li> <li>■ inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.</li> </ul>	



## ROZDZIAŁ 6

# Mieszkania wspierane rozproszone

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p><b>6.1. Definicja usługi</b></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). Mieszkania 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><b>6.2. Cel usługi</b></p> <p><b>6.2.1. Cel główny</b></p> <p>Zwiększenie liczby aktywnych społecznie osób zagrożonych bezdomnością i osób bezdomnych, wychodzących z bezdomności / zagrożenia bezdomnością i uzyskujących samodzielność życiową.</p> <p><b>6.2.2. Cele szczegółowe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zwiększenie liczby objętych usługą mieszkania wspieranego i kompleksowym wsparciem osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;</li> <li>■ poprawa jakości życia i wzrost i/lub utrzymanie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;</li> <li>■ zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę sytuacji życiowej.</li> </ul>	
<p><b>6.3. Zakres usługi</b></p> <p><b>6.3.1. Odbiorca usługi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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;</li> <li>■ 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;</li> <li>■ usługa w przypadku realizowania jej metodą Najpierw mieszkanie jest przeznaczona dla najbardziej wykluczonej i zagrożonej grupy osób bezdomnych;</li> <li>■ usługa w przypadku realizowania modelu mieszkaniowego jest przeznaczona dla wszystkich osób bezdomnych.</li> </ul> <p>Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategoriach: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11.</p>	

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p><b>6.3.2. Krótki opis usługi</b></p> <p>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 gminie ustala kierownik OPS-u. W przypadku realizacji usługi przez organizację pozarządową bez udziału gminy odpłatność ustala podmiot prowadzący.</p> <p>Aby zachować element niezależności i integracji ze środowiskiem lokalnym, należy przyjąć, że liczba mieszkań wspieranych rozproszonych w budynku / bloku mieszkalnym nie przekracza 20%.</p> <p>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, noclegownię), mieszkania wspierane mogą być pojedynczą niezależną usługą.</p> <p>Mieszkania wspierane rozproszone mogą być prowadzone metodą Najpierw mieszkanie.</p>	
<p><b>6.3.3. Usytuowanie placówki</b></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><b>6.4. Organizacja usługi</b></p>	
<p><b>6.4.1. Procedury i sposoby postępowania:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ kwalifikacja klienta do mieszkania odbywa się na podstawie akceptacji zespołu rekrutującego;</li> <li>■ praca socjalna oraz możliwość realizacji IPWzB monitorowanego przez pracownika socjalnego;</li> <li>■ udzielenie zakwaterowania na czas określony dla osób i rodzin potrzebujących czasowego wsparcia (np. czas na trening umiejętności społecznych);</li> <li>■ w przypadku realizowania usługi metodą Najpierw mieszkanie:</li> <li>■ mieszkania są zapewnione na podstawie standardowej umowy wynajmu bez określonego limitu czasu najmu (może to być czas nieokreślony) – usługi społeczne świadczone są tak długo, jak jest to potrzebne;</li> <li>■ 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;</li> <li>■ jedynym warunkiem jest przyjęcie pracownika socjalnego lub innego specjalisty oferującego wachlarz usług, z których klienci mogą, ale nie muszą skorzystać,</li> <li>■ klienci mogą w tym przypadku wybrać rodzaj i częstotliwość wsparcia.</li> </ul>	
<p><b>6.4.2. Dokumentacja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ umowa najmu lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy.</li> </ul>	
<p><b>6.4.3. Superwizja</b></p> <p>Kadra merytoryczna realizująca program mieszkań wspieranych rozproszonych powinna uczestniczyć w systematycznych spotkaniach superwizyjnych.</p>	
<p><b>6.5. Zasoby</b></p>	
<p><b>6.5.1. Realizator usługi</b></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><b>6.5.2. Zasoby personalne</b></p> <p>Osoby realizujące usługę powinny tworzyć spójny zespół posiadający odpowiednie kompetencje do skutecznej realizacji usługi.</p>	
<p>Kadra wspierająca osoby bezdomne w mieszkaniach rozproszonych:</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 organizacji realizującej usługę lub oddelegowany z odpowiedniego OPS-u (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej i ustawie o pomocy społecznej)</p> <p>Inne osoby wspierające, np. asystent</p>	<p>Kadra wspierająca osoby bezdomne w mieszkaniach rozproszonych:</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: pielęgniarka środowiskowa, doradca zawodowy, terapeuta, lekarz (specjalizacja według potrzeb), kurator sądowy.</p>

STANDARD WYMAGANY	STANDARD REKOMENDOWANY
<p>Opisana powyżej kadra tworzy zespół zadaniowy, konsultujący program pracy z osobami bezdomnymi przebywającymi w mieszkaniach. Rekomenduje się prowadzenie IPWzB przez pracownika socjalnego za wyraźną zgodą osoby bezdomnej.</p> <p>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.</p> <p>W zależności od złożoności potrzeb klienta wsparcie realizowane jest przez grupę wewnętrznych specjalistów (w odniesieniu do najbardziej wymagających klientów) lub zespół złożony z indywidualnych wspierających pracowników współpracujących ze specjalistami zewnętrznymi i ogólnodostępnymi w środowisku (w odniesieniu do mniej wymagających klientów).</p>	
<b>6.5.3. Zasoby materialne:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ samodzielne mieszkanie dla 1 lub więcej osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności;</li> <li>■ zamykane na klucz, który jest w posiadaniu</li> <li>■ osoby korzystającej z mieszkania;</li> <li>■ dopuszcza się przyjmowanie osób z własnymi meblami;</li> <li>■ zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody;</li> <li>■ łazienka – wyposażona w WC, prysznic lub wannę, umywalkę (w mieszkaniu lub budynku);</li> <li>■ posiłki mieszkańcy przygotowują we własnym zakresie.</li> </ul> <p>Mieszkanie powinno spełniać wymogi przepisów, jakim powinny odpowiadać lokale mieszkalne.</p>	<p>Samodzielne mieszkanie lub pomieszczenie mieszkalne dla 1–2 osób lub rodziny, gwarantujące poczucie bezpieczeństwa, intymności i poszanowania godności, minimum 5 m<sup>2</sup>/os. (w przypadku pokoju).</p> <p>Kuchnie wyposażone w sprzęt AGD do samodzielnego przygotowywania posiłków.</p>
<b>6.5.4. Zasoby instytucjonalne</b>	
<p>Współpraca przy realizacji usługi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ gminy (OPS-y, wydziały właściwe ds. gospodarki zasobem komunalnym, wydziały właściwe ds. zarządzania kryzysowego);</li> <li>■ urzędy pracy;</li> <li>■ DPS-y;</li> <li>■ organizacje pozarządowe;</li> <li>■ Kościoły i związki wyznaniowe;</li> <li>■ służby mundurowe, Straż Miejska;</li> <li>■ podmioty ochrony zdrowia;</li> <li>■ inne podmioty niezbędne przy realizacji usługi.</li> </ul>	





## ROZDZIAŁ 7

# Centrum dziennego wsparcia

### STANDARD WYMAGANY

#### 7.1. Definicja usługi

Centrum dziennego wsparcia (CDW) – placówka oferująca wachlarz usług pomocy doraźnej dla osób wykluczonych społecznie, w tym osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

#### 7.2. Cel usługi

##### 7.2.1. Cel główny

Zwiększenie aktywności społecznej osób bezdomnych oraz zminimalizowanie negatywnych konsekwencji wynikających z bezdomności.

##### 7.2.2. Cele szczegółowe:

- zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia u 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.

#### 7.3. Zakres usługi

##### 7.3.1. Odbiorca usługi

Usługa jest skierowana do osób i rodzin żyjących w przestrzeni publicznej, żyjących w warunkach substandardowych, ubogich, w tym osób zagrożonych bezdomnością, bezdomnych, wychodzących z bezdomności, usamodzielnionych.

Jest to grupa ujęta w klasyfikacji ETHOS w kategoriach: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

##### 7.3.2. Krótki opis usługi

CDW to miejsce integrowania różnego rodzaju usług, np.: świetlicy, punktu informacyjno-konsultacyjnego, jadalni, łaźni, pralni, punktu wydawania odzieży, punktu wydawania żywności.

Systematyczne diagnozy lokalne w gminie mają na celu określenie problemu bezdomności na terenie tej gminy oraz dostosowanie odpowiednich usług z zakresu pomocy doraźnej w centrum dziennego wsparcia lub jakiejś określonej usługi wsparcia doraźnego.

Centrum to dwie i więcej usług w jednym miejscu, w tym jedna z nich z obszaru pomocy niematerialnej (świetlica, PIK). Łączenie usług pomocy doraźnej w jednym miejscu obniża koszty realizacji tego zadania; PIK lub świetlica może pełnić rolę miejsca dyżurów streetworkerów. Przy realizowaniu różnych usług zakłada się możliwość korzystania z tych samych pomieszczeń w różnych godzinach. Centrum dziennego wsparcia może być prowadzone komplementarnie w ramach różnych zadań przez kilka instytucji.

Wskazane jest zatrudnienie pracownika socjalnego bądź współpraca z OPS-em w ramach rozwiązywania problemów społecznych, w tym bezdomności. Obiekt musi spełniać 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).

## STANDARD WYMAGANY

**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 i/lub 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 łaźni świadczenie usług z zakresu zachowania higieny osobistej;
- wydanie / wymiana 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. Zasoby personalne:**

- nie określa się liczby zatrudnionych osób – personel powinien zapewnić sprawne funkcjonowanie centrum;
- przynajmniej jeden pracownik przeszkolony z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej i przeszkolony 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 według zapotrzebowania;
- personel zatrudniony w jadłodajni lub przy wydawaniu żywności musi posiadać aktualne badania lekarskie dopuszczające do kontaktu z żywnością;
- wolontariusze.

**7.5.3. Zasoby materialne:**

- nie określa się liczby pomieszczeń w centrum dziennego wsparcia – zakłada się, że ich liczba 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 jadłodajni zapewnione miejsca siedzące przy stole, wieszaki na wierzchnią odzież;
- defibrylator zewnętrzny w łatwo dostępnym miejscu.

**7.5.5. Zasoby instytucjonalne**

Współpraca przy realizacji usługi:

- gminy (OPS-y, 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 organizowanie usług na rzecz osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością. Zestaw ten został tak skonstruowany, 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,
- utrzymanie 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.: żarówek, uszczelki i innych materiałów zużywalnych),
  - 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** to dokument określający zasady działania danej placówki, prawa i obowiązki osób korzystających z usługi, strukturę organizacyjną i w razie potrzeby inne ustalenia. Jest niezbędny we wszystkich rodzajach placówek.

**Rejestr klientów** to rodzaj listy, na której zapisane są osoby, które przynajmniej raz skorzystały z danej usługi. W razie potrzeby w rejestrze tym zapisany jest unikalny numer klienta, jednolity w całej dokumentacji (w karcie mieszkańca, rejestrze usług itp.). Umożliwia szybkie odnalezienie osoby oraz jej „historii” w danej placówce. Jest niezbędny w placówkach (mieszkania wspierane nie są traktowane jako placówki).

**Dziennik raportów** to rodzaj dziennika wypełniany najczęściej przez opiekuna. Są do niego wpisywane wszystkie wydarzenia dotyczące funkcjonowania placówki konieczne dla zachowania ciągłości pracy niezależnie od tego, który z pracowników jest akurat w placówce. Jest niezbędny w placówkach zamieszkania (z wyjątkiem mieszkań) oraz w centrum dziennego wsparcia, w szczególności w sytuacji zmianowego systemu pracy.

**Karta mieszkańca** to 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. opis sytuacji zdrowotnej czy zawodowej). Dokument ten powinien być aktualizowany wraz z zachodzącymi zmianami. Karta mieszkańca jest niezbędna w każdej placówce zapewniającej schronienie, także w przypadku mieszkania zespolonego, które specyfiką działania przypomina placówkę o mniejszej liczbie mieszkańców.

**Rejestr usług** to dokument określający rodzaj świadczonych w placówce usług z oznaczeniem liczby osób korzystających z danej usługi. W szczególnych przypadkach będzie to lista imienna, w sytuacji gdy określona usługa wymaga rozliczenia (np. wydawanie żywności PEAD). Możliwe jest prowadzenie kilku tego rodzaju rejestrów dla potrzeb różnych instytucji. Rejestr usług jest niezbędny w placówkach pomocy doraźnej oraz placówkach interwencyjnych. W pozostałych placówkach tych usług znajdzie się w karcie mieszkańca oraz w innych dokumentach.

**ROZDZIAŁ 8**

# Standardy Mieszkalnictwa i pomocy doraźnej w praktyce. Studium przypadku

## I. Od identyfikacji potrzeby do wprowadzenia zmiany

Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej z miejscowości Z podczas konferencji podsumowującej projekt Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności wziął udział w warsztatach upowszechniających wiedzę na temat standardów pracy z osobami bezdomnymi. Dostrzegł sens w idei standaryzacji usług dla osób bezdomnych. Po powrocie do codziennych obowiązków podjął decyzję o wprowadzeniu nowych rozwiązań w tym zakresie. Uważał, że podniesie to skuteczność pomocy osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością. Po kilku dniach w miejscowości Z podjęto już działania mające na celu wprowadzenie systemowej pomocy osobom potrzebującym w oparciu o Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności.

Zdecydowano, że zgodnie z zaleceniami Modelu prace rozpoczną się od przeprowadzenia diagnozy problemu bezdomności w gminie. Pozwala ona na uzyskanie maksymalnie zobiektywizowanej wiedzy o funkcjonującym obecnie systemie wsparcia dla osób bezdomnych na obszarze gminy, jego najważniejszych deficytach i zasobach w kontekście rozwiązywania problemu bezdomności. Określa również faktyczną liczbę osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Realizator diagnozy przy jej opracowaniu korzystał z dostępnych dokumentów, które poddane zostały analizie, przeprowadził rozmowy z kluczowymi na tym terenie osobami oraz z samymi osobami bezdomnymi.

We wnioskach i rekomendacjach dla systemu wsparcia zaproponowano rozwiązania w trzech obszarach.

Prewencja miałaby zabezpieczać osoby, które w sposób nagły, kryzysowy zostały pozbawione dachu nad głową. Proponowane rozwiązanie to mieszkania wspierane.

Integracja miałaby na celu umożliwienie osobom bezdomnym, do tej pory przebywającym w placówkach, powrót do życia w społeczeństwie poprzez zamieszkanie w mieszkaniach wspieranych do czasu uzyskania mieszkania z zasobów lokalowych gminy.

Interwencja obejmowałaby działania mające na celu zabezpieczenie osób bezdomnych przed utratą zdrowia i życia, a więc umożliwienie im spędzenia zimnej nocy w ogrzewalni lub noclegowni.

Zaproponowano również sprawdzającą się w innych krajach usługę Najpierw mieszkanie jako rozwiązanie dla osób długotrwale przebywających w przestrzeni publicznej.

Gminę Z zamieszkuje 75 tys. mieszkańców. W wyniku analizy dokumentów określono, że na terenie gminy przebywa 150 osób bezdomnych. W grupie tej „na ulicy” żyje około 40 osób (z tego 10 na działkach), a 90 osób przebywa obecnie w różnego rodzaju placówkach. Wśród tych 90 osób jest 18 kobiet, w tym 8 kobiet z dziećmi (18 dzieci); dodatkowo 5 osób przebywa na oddziałach szpitalnych, 3 osoby w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym.

Poza określeniem skali bezdomności na podstawie dokumentów OPS zdecydowano się na przeprowadzenie badania polegającego na zliczeniu osób bezdomnych przebywających na terenie gminy. Jednego dnia o określonej godzinie przeprowadzono badanie zarówno w placówkach, jak i innych miejscach przebywania osób bezdomnych. Wyniki badania pokazały, że tego dnia na terenie gminy przebywały nie mniej niż 132 osoby bezdomne.

Dotychczasowy zakres pomocy okazał się niewystarczający w stosunku do potrzeb i oczekiwań zarówno samych klientów, jak i osób świadczących usługi. Wyraźnie zaznaczona została potrzeba wprowadzenia zróżnicowanego systemu wsparcia. Nie wymaga to jednak wprowadzania wszystkich usług opisanych w standardzie.

Potrzeby grupy, która wyłoniła się z tego badania, okazały się z jednej strony bardzo konkretne, a z drugiej zdecydowanie różnorodne. Osoby tworzące system oddziaływań stanęły przed dylematami, jak zorganizować usługi w kontekście potrzeb klientów i gminy.

Przeprowadzona w gminie diagnoza problemu bezdomności oraz funkcjonującego systemu pomocy stała się przyczynkiem do rozpoczęcia działań związanych z przygotowaniem nowego systemu. Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej z Z zaprosił wszystkie instytucje i organizacje pracujące na rzecz osób bezdomnych w gminie oraz te, których działania mogłyby pomóc w budowaniu nowego systemu. Zaproszenia zostały wystosowane do organizacji pozarządowych, podmiotów ochrony zdrowia, policji, straży miejskiej, miejskich jednostek odpowiedzialnych za gospodarkę komunalną. Na spotkaniu przedstawiono założenia diagnozy przeprowadzonej na terenie gminy oraz Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności. Głównym wnioskiem z opisanego powyżej spotkania stała się konieczność zawiązania lokalnej koalicji (partnerstwa lokalnego), która będzie się spotykała minimum raz na kwartał w celu monitorowania działań wobec osób bezdomnych oraz podnoszenia skuteczności tych działań. W skład zespołu weszli: dyrektor MOPS, pracownicy socjalni zajmujący się w gminie osobami bezdomnymi, przedstawiciele 3 organizacji pozarządowych działających w zakresie bezdomności, komendanci policji i straży miejskiej, szefowie dwóch działających w mieście instytucji ochrony zdrowia. Zespół na podstawie zapisów Modelu GSWB zdecydował się skorzystać podczas tworzenia nowego systemu z modelu palety. Po kilku tygodniach prac ustalono wspólnie, że w zakresie mieszkalnictwa system będzie opierał się na ogrzewalni, schronisku dla mężczyzn, wspólnocie, mieszkaniach wspieranych oraz centrum dziennego wsparcia. Zapoznano się z tabelą przedstawiającą usługi, którymi mogłoby zajmować się centrum i zdecydowano, że w jego skład wejdą: jadłodajnia, łaźnia i punkt informacyjno-konsultacyjny.

## 1. STANDARD ŚWIETLICY

---

ŚWIETLICA – PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ, UMOŻLIWIĄCA PROWADZENIE DZIENNEJ AKTYWNOŚCI OSOBOM BEZDOMNYM I UBOGIM.

---

### 1. Podmiotowy zakres usługi:

Dla osób korzystających z placówek pomocy doraźnej, szczególnie ogrzewalni i noclegowni.

### 2. Przedmiotowy zakres usługi:

Obiekt zapewniający dzienny pobyt.

### 3. Przestrzenny zakres usługi:

Placówka powinna być zlokalizowana w łatwo dostępnym miejscu, otwarta całorocznie w ściśle określonych terminach (informacje o dniach i godzinach otwarcia umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

### 4. Organizacja usługi:

- brak obostrzeń odnośnie do osób uprawnionych do korzystania z placówki,
- przyjęcie na podstawie wpisu do rejestru osób korzystających z usługi,
- praca socjalna za sprawą oddelegowanego pracownika z ośrodka pomocy społecznej (szczegółowe informacje w standardzie pracy socjalnej).

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

- regulamin placówki,
  - rejestr klientów (dziennie statystyki liczby osób przebywających w świetlicy).
- 

## 2. STANDARD PUNKTU INFORMACYJNO-KONSULTACYJNEGO

---

PUNKT INFORMACYJNO-KONSULTACYJNY TO PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ UDZIELAJĄCA WSPARCIA OSOBOM BEZDOMNYM I ZAGROŻONYM BEZDOMNOŚCIĄ. UMOŻLIWIA BEZPŁATNE PORADNICTWO, NAJCZĘŚCIEJ FINANSOWE, PSYCHOLOGICZNE, PEDAGOGICZNE, PRAWNE, SOCJALNE, MEDYCZNE. UDZIELA INFORMACJI O INNYCH FORMACH POMOCY DŁUGOFALOWEJ (NP. MIEJSCACH NOCLEGOWYCH) I DORAŻNEJ (NP. MIEJSCACH, W KTÓRYCH MOŻNA OTRZYMAĆ POSIŁEK LUB ODZIEŻ).

---

### 1. Podmiotowy zakres usługi:

Dla osób zagrożonych bezdomnością (w tym zadłużonych czynszowo), bezdomnych, wychodzących z bezdomności, usamodzielnionych i innych osób zainteresowanych usługą.

### 2. Przedmiotowy zakres usługi:

Bezpłatne wsparcie i informacje dla osób potrzebujących w obszarze prewencji, interwencji i integracji.

### 3. Przestrzenny zakres usługi:

Placówka powinna być zlokalizowana w łatwo dostępnym miejscu, otwarta całorocznie w ściśle określonych terminach (informacje o dniach i godzinach otwarcia umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

### 4. Organizacja usługi:

- przyjęcie klienta bez skierowania i nieodpłatnie na konkretny dzień i godzinę,
- zapewnienie wsparcia psychologa, pedagoga, lekarza, prawnika, pracownika socjalnego, doradcy finansowego i innych specjalistów według zapotrzebowania w gminie,
- udzielanie informacji dotyczących pomocy doraźnej i długofalowej,
- poradnictwo indywidualne, telefoniczne, e-mailowe.

Minimum dokumentacji prowadzonej w placówce:

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

### 5. Proponowane zasoby personalne:

- kierownik/koordynator prowadzący placówkę, odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie od strony technicznej i merytorycznej; wykształcenie wyższe; etat, wymiar godzin w zależności od potrzeb. Preferowane jest, aby kierownik był jednocześnie jednym z konsultantów,
  - prawnik lub radca prawny; wymiar godzin według potrzeb,
  - doradca finansowy,
  - psycholog, pedagog – wykształcenie kierunkowe z dodatkowymi szkoleniami; wymiar godzin według potrzeb,
  - pracownik socjalny; wymiar godzin według potrzeb,
  - lekarz psychiatra; wymiar godzin w zależności od potrzeb,
  - terapeuta lub trener umiejętności społecznych – wykształcenie wyższe kierunkowe; wymiar godzin według potrzeb,
  - inne (np. pielęgniarka, doradca zawodowy).
-

## 6. Proponowane zasoby materialne:

- placówka bez barier architektonicznych,
- placówki małe, w skład których wchodzi 2-3 pokoje do konsultacji,
- w pomieszczeniach do konsultacji powinna być odpowiednia liczba miejsc siedzących zapewniająca komfort osobom korzystającym,
- poczekalnia,
- pomieszczenie z szafą do przechowywania dokumentacji,
- zaplecze sanitarne zapewniające stały dostęp do ciepłej wody,
- osobna toaleta dla personelu z dostępem do ciepłej wody,
- jeden pracownik na każdym dyżurze powinien być przeszkolony w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej,
- placówka powinna spełniać wymogi odpowiednich przepisów odnoszących się do lokali użytkowych,
- pomieszczenie gwarantujące na czas konsultacji poczucie intymności.

## 3. STANDARD PUNKTU WYDAWANIA ŻYWNOŚCI

PUNKT WYDAWANIA ŻYWNOŚCI – PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ WYDAJĄCA PRODUKTY ŻYWNOŚCIOWE, Z KTÓRYCH OSOBY UBOGIE I BEZDOMNE MOGĄ PRZYGOTOWAĆ POSIŁKI.

### 1. Podmiotowy zakres usługi:

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

### 2. Przedmiotowy zakres usługi:

Wydawanie żywności.

### 3. Przestrzenny zakres usługi:

Zlokalizowany w łatwo dostępnym miejscu, otwarty całorocznie w ściśle określonych terminach (informacje o dniach i godzinach otwarcia umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

### 4. Organizacja usługi:

- prowadzenie dystrybucji żywności spełniającej wymogi sanitarno-epidemiologiczne (według obowiązujących przepisów dotyczących żywności i żywienia),
- wydawanie żywności osobom i rodzinom ubogim, w tym osobom bezdomnym na podstawie skierowania lub oświadczenia,
- wydawanie żywności organizacjom i instytucjom na podstawie umowy lub porozumienia współpracy,
- dystrybucja żywności ewidencjonowanej w określonej dokumentacji przychodu i rozchodu,
- integracja środowiska lokalnego na rzecz wspierania osób ubogich, z naciskiem na angażowanie wolontariuszy do pracy przy zbiórkach i dystrybucji żywności,
- prowadzenie akcji np. „Jedzenie zamiast bomb”, „Podziel się posiłkiem”,
- itp.

Dokumentacja prowadzona w placówce:

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

## 5. Proponowane zasoby personalne:

- personel zapewniający prawidłowe funkcjonowanie placówki w zależności od jej wielkości i zasięgu działania, posiadający aktualne badania lekarskie dopuszczające do kontaktu z żywnością,
- wolontariusze posiadający aktualne badania lekarskie dopuszczające do kontaktu z żywnością,
- zatrudniony pracownik powinien mieć przygotowanie socjalne, gdyż do takiego punktu trafiają często osoby, które są poza systemem wsparcia i nie korzystają z żadnej pomocy, a pracownik taki mógłby poza wydaniem pomocy prowadzić działania podobne do tych w punkcie informacyjno-konsultacyjnym.

## 6. Proponowane zasoby materialne punktu:

- samodzielne działanie w ramach organizacji przez określony czas, w określonym miejscu i w pomieszczeniach dostosowanych do przechowywania i dystrybucji żywności,
- działanie przy innych placówkach świadczących usługi na rzecz osób bezdomnych i ubogich z wydzielonymi pomieszczeniami do przechowywania i dystrybucji żywności,
- utworzony na czas rozdysponowywania żywności zebranej w czasie organizowanych okolicznościowych zbiórek żywności w celu wydania jej osobom lub instytucjom.



## 4. STANDARD PUNKTU WYDAWANIA ODZIEŻY

PUNKT WYDAWANIA ODZIEŻY – PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ, PRZEZNACZONA DO UDZIELANIA POMOCY OSOBOM BEZDOMNYM I UBOGIM W ZAKRESIE ZAOPATRZENIA W NIEZBĘDNĄ ODZIEŻ, ODPOWIEDNIĄ DO PANUJĄCYCH WARUNKÓW ATMOSFERYCZNYCH.

### 1. Podmiotowy zakres usługi:

Dla osób zagrożonych bezdomnością, bezdomnych, wychodzących z bezdomności, usamodzielnionych.

### 2. Przedmiotowy zakres usługi:

Bezpłatna odzież dla osób potrzebujących w obszarze prewencji, interwencji i integracji.

### 3. Przestrzenny zakres usługi:

Zlokalizowany w łatwo dostępnym miejscu, otwarty całorocznie w ściśle określonych terminach (informacje o dniach i godzinach otwarcia umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

### 4. Organizacja usługi:

- przyjęcie klienta bez skierowania i nieodpłatnie,
- zapewnienie pomocy psychologicznej, pedagogicznej, medycznej, prawnej, socjalnej i innej wg zapotrzebowania,
- realizowanie pracy w zespole interdyscyplinarnym,
- udzielanie informacji dotyczących pomocy doraźnej i długofalowej,
- poradnictwo indywidualne, telefoniczne, e-mailowe,
- zróżnicowanie zakresu i form świadczonych usług.

Dokumentacja prowadzona w placówce:

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

### 5. Proponowane zasoby personalne:

- personel zapewniający prawidłowe funkcjonowanie placówki w zależności od jej wielkości i zasięgu działania,
- wolontariusze.

### 6. Proponowane zasoby materialne punktu:

- samodzielne działanie w ramach organizacji przez określony czas w określonym miejscu i w pomieszczeniach dostosowanych do przechowywania odzieży,
- działanie przy innych placówkach świadczących usługi na rzecz osób bezdomnych i ubogich z wydzielonymi pomieszczeniami do przechowywania odzieży.

## 5. STANDARD JADŁODAJNI

JADŁODAJNIA (STOŁÓWKA CHARYTATYWNA, KUCHNIA SPOŁECZNA) – PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ, W KTÓREJ MOŻNA SPOŻYĆ POSIŁEK I W KTÓREJ ŚWIADCZONA JEST USŁUGA WYDAWANIA CIEPŁYCH POSIŁKÓW DLA OSÓB UBOGICH, BEZDOMNYCH.

### 1. Podmiotowy zakres usługi:

Dla osób i rodzin ubogich, w tym osób bezdomnych, niemogących zapewnić sobie ciepłego posiłku we własnym zakresie.

### 2. Przedmiotowy zakres usługi:

Bezpłatny ciepły posiłek dla osób potrzebujących w obszarze prewencji, interwencji i integracji.

### 3. Przestrzenny zakres usługi:

Zlokalizowany w łatwo dostępnym miejscu, otwarty całorocznie w ściśle określonych terminach (informacje o dniach i godzinach otwarcia umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do placówki).

#### 4. Organizacja usługi:

- przygotowanie i wydawanie gorących posiłków na podstawie wdrożonych i przestrzeganych procedur HACCP,
- czas działania jadłodajni określa regulamin placówki,
- informacje o godzinach i dniach wydawania posiłków znajdują się w widocznym miejscu na zewnątrz placówki,
- placówka pozbawiona barier architektonicznych, dostępna dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Dokumentacja prowadzona w placówce:

- regulamin placówki,
- rejestr darów i zakupionych artykułów spożywczych,
- rejestr osób korzystających z usług bezpłatnych lub częściowo płatnych.

#### 5. Proponowane zasoby personalne:

- kierownik/administrator odpowiedzialny za finansowe i techniczne funkcjonowanie placówki,
- kucharz posiadający uprawnienia oraz aktualne badania dopuszczające do kontaktu z żywnością,
- personel pomocniczy kuchni posiadający aktualne badania dopuszczające do kontaktu z żywnością,
- inne, zgodnie z potrzebami kierownika/administratora (kierowca, magazynier).

#### 6. Proponowane zasoby materialne:

- zapewnione miejsca siedzące przy stole, wieszaki na odzież wierzchnią, dostęp do umywalki oraz toalety dla klientów,
- posiłki wydawane odpłatnie osobom potrzebującym na podstawie otrzymanego skierowania ze współpracującej placówki lub osobom bez skierowania (odpłatnie według kryteriów pomocy społecznej lub sprzedaż osobom, które chcą kupić posiłek),
- posiłki mogą być wydawane osobom potrzebującym bezpłatnie, jeśli organizacja przewiduje taką formę działalności.

## 6. STANDARD ŁAŻNI

ŁAŻNIA – PLACÓWKA POMOCY DORAŻNEJ UMOŻLIWIAJĄCA SKORZYSTANIE Z ZABIEGÓW HIGIENICZNYCH (KĄPIELI), NIEZBĘDNYCH ŚRODKÓW HIGIENICZNYCH, ODIĘŻY NA WYMIANĘ ORAZ PRZEPROWADZENIE ZABIEGÓW ODWSZAWIANIA.

### 1. Podmiotowy zakres usługi:

Usługa skierowana do osób, rodzin ubogich żyjących w warunkach substandardowych oraz osób bezdomnych żyjących w przestrzeni publicznej.

### 2. Przedmiotowy zakres usługi:

Bezpłatna usługa z zakresu higieny osobistej w warunkach umożliwiających korzystanie z niej w sposób gwarantujący zachowanie intymności i godności. Rekomenduje się w razie potrzeby: wymianę odzieży, zabiegi odwszawiające, pierwszą pomoc przedmedyczną.

### 3. Przestrzenny zakres usługi:

Punkt zlokalizowany w łatwo dostępnym miejscu, otwarty całorocznie w ściśle określonych terminach (informacje o dniach i godzinach otwarcia umieszczone w widocznym miejscu przy wejściu do punktu).

### 4. Organizacja usługi:

- przyjęcie klienta bez skierowania i nieodpłatnie,
- placówka posiada środki czystości i przeciwwszawicze,
- placówka udziela pomocy osobom potrzebującym w wyznaczonym czasie,
- informacje o godzinach i dniach działania uwidocznione są na zewnątrz placówki,
- w placówce obowiązuje regulamin określający zasady jej funkcjonowania,
- przy placówce powinien funkcjonować punkt wydawania odzieży.

Dokumentacja prowadzona w placówce:

- regulamin placówki,
- rejestr osób korzystających z udzielonego wsparcia.

### 5. Proponowane zasoby personalne:

- personel zapewniający prawidłowe funkcjonowanie placówki w zależności od jej wielkości i zasięgu działania,
- wolontariusze.

### 6. Proponowane zasoby materialne:

- budynek bez barier architektonicznych,
- przebieralnia, prysznic, kosze na brudną odzież,
- placówka posiada środki czystości i przeciwwszawicze,
- przy placówce powinien funkcjonować punkt wydawania odzieży.

Zdecydowano również o wdrożeniu nowatorskiej metody Najpierw mieszkanie. Dotychczas na terenie gminy funkcjonowały dwie placówki dla osób bezdomnych – noclegownia dla mężczyzn oraz schronisko dla kobiet.

Ogrzewalnia, której uruchomienie zaplanowano, miałyby zapewnić interwencyjną pomoc doraźną dla osób, które na co dzień żyją na ulicy oraz części dzisiejszych mieszkańców noclegowni. Dla osób tych brakowało rozwiązania w obecnie działającym systemie. Konieczne stało się więc powołanie placówki niskoprogowej, która dopuszczałaby przyjmowanie osób także pod wpływem alkoholu, szczególnie w okresie zimowym. Placówka przeznaczona będzie dla maksymalnie 30 osób bezdomnych. Schronisko dla osób bezdomnych zostanie uruchomione z myślą o tych osobach, które dziś przebywają w noclegowni, a ich aktywność i gotowość do zmiany są na tyle wysokie, że celowe byłoby przyznanie miejsca w placówce całodobowej, aby podnieść skuteczność wsparcia na rzecz wychodzenia z sytuacji bezdomności. W tej placówce miałyby również zamieszkać osoby, które dotychczas przebywają poza gminą, z uwagi na brak odpowiedniej liczby miejsc w placówkach na terenie tej gminy. Główny nacisk w schronisku położony zostanie na działania aktywizacyjne zarówno w sferze społecznej, jak i zawodowej. W placówce schronienie znajdzie do 50 bezdomnych mężczyzn. Zarówno ogrzewalnia, jak i schronisko będą prowadzone przez organizację X, która przez wiele lat prowadziła w Z noclegownię dla bezdomnych mężczyzn.

Kolejnym rozwiązaniem nowego systemu pomocy osobom bezdomnym będzie powołanie do życia mieszkania wspieranego zespolego dla około 10 samotnych kobiet. Do placówki tej trafią osoby, które z uwagi na swój wiek, niepełnosprawność lub inne uwarunkowania nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania, ale przy drobnym wsparciu pracowników pomocowych oraz współmieszkanek mogą poprawnie funkcjonować w takim miejscu. Działanie placówki opierać się będzie na metodzie wspólnotowej i dlatego placówka nie będzie zatrudniała etatowej kadry, co znacznie obniży koszty zapewnienia schronienia.

W nowym systemie zdecydowano się na całkowitą likwidację placówki dla kobiet z dziećmi. Wszystkie kobiety z dziećmi zostały zakwalifikowane do mieszkalnictwa wspieranego. Z uwagi na brak odpowiednich lokali w zasobie komunalnym uruchomienie jednocześnie tak dużej ilości mieszkań dla kobiet możliwe będzie dzięki skorzystaniu z formuły wynajmowania mieszkań na wolnym rynku. Umowy najmu zostaną podpisane przez same osoby bezdomne. Kobiety, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie w mieszkaniu wynajmowanym na wolnym rynku, zostaną umieszczone w 2 lokalach z zasobów gminnych, przy czym w jednym wypadku będzie to mieszkanie wspierane zespole, a więc zamieszkiwanym wspólnie przez kilka osób, w tym wypadku 2 kobiety z dziećmi. Do mieszkalnictwa wspieranego zostało zakwalifikowanych również 5 samotnych mężczyzn. W tym przypadku są to osoby aktywne zawodowo, dla których mieszkania te mają być ostatnim etapem przed osiągnięciem samodzielności. Pobyt w mieszkaniach wspieranych będzie treningiem umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania. Rzucenie tych osób bezdomnych na „głęboką wodę” funkcjonowania poza placówką może spowodować wiele komplikacji w ich codziennym życiu. W tej sytuacji oczywistym jest podjęcie przez partnerstwo lokalne decyzji o zatrudnieniu asystenta rodziny, który na bieżąco będzie monitorował wszystkie te środowiska i w razie potrzeby organizował odpowiednie wsparcie. W tym miejscu należy podkreślić, że wsparcie w postaci asystenta jest warunkiem koniecznym właściwego funkcjonowania osób bezdomnych w mieszkaniach wspieranych. Nadzór nad systemem mieszkalnictwa wspieranego zostanie powierzony organizacji Y, która od ponad 3 lat prowadziła w miejscowości Z schronisko dla bezdomnych kobiet.

Największym wyzwaniem podjętym przez lokalną koalicję w ramach budowania systemu pomocy osobom bezdomnym będzie wdrożenie metody Najpierw mieszkanie. Metoda ta zakłada powierzenie mieszkania osobie bezdomnej, która dotychczas jedynie sporadycznie korzystała z pomocy instytucjonalnej, bez żadnych warunków wstępnych. Osoba ta nie mu-

siałaby podejmować działań wyznaczonych przez pracowników pomocowych, a jedynym obowiązkiem będzie wyrażenie zgody na wizytę pracownika socjalnego lub asystenta raz w tygodniu. W Z program ten zaproponowano z dużymi obawami, ale i z ogromną nadzieją dwóm mężczyznom przebywającym na ulicy, uzależnionym od alkoholu, a w jednym przypadku także z podejrzeniem zaburzeń psychicznych. Lokale przeznaczone do wdrażania tej metody zostaną przygotowane przez osoby bezdomne przy udziale trenera pracy. Działanie to pozwoli obniżyć koszty adaptacji poddaszy przeznaczonych na mieszkania oraz wyposaży osoby bezdomne w dodatkowe umiejętności remontowo-budowlane.

Opisany powyżej plan organizacji systemu pomocy osobom bezdomnych wypracowany przez zespół zadaniowy spotkał się z pozytywną oceną całego partnerstwa lokalnego. Został również zaakceptowany do wdrożenia przez Radę Miasta. Czas wyznaczony na wprowadzenie wszystkich założeń przygotowanego programu został określony na maksymalnie 9 miesięcy, przy czym część z nich zostanie wprowadzona niezwłocznie.

## II. Z perspektywy odbiorców usług

### Marlena w mieszkaniu wspieranym

Najlepszym, co spotkało Marlenę w jej krótkim, dwudziestoletnim życiu, była Marysia. Słodka dziewczynka o zadartym piegowatym nosku i ślicznych błękitnych oczkach. A on? On bił, pił i robił awantury. Każdego dnia.

Tuż przed urodzeniem dziecka Marlena zdobyła się wreszcie na to, by uciec. Zebrała się na odwagę, choć nie wiedziała, jak poradzi sobie sama. Mimo że bała się porodu i nie miała żadnego źródła utrzymania. Niestety nie miała również żadnego prawa do mieszkania, w którym żyła z nim do tej pory.

Zakonnice pomogły jej przejść przez pierwsze tygodnie po porodzie. Dzięki nim przetrwała baby blues. Mając tylko kilka swoich bluzek i śpioszków dla dziecka, trafiła do miejsca nazwanego przez kogoś „mieszkaniem wspieranym”. Pracownik socjalny z ośrodka pomocy społecznej przeprowadził z Marleną wywiad, kiedy jeszcze mieszkała w klasztorze, u sióstr. Podczas którejś z kolejnych wizyt powiedział, że to miejsce w sam raz dla niej, że jego zdaniem powinna spróbować. I znowu zaryzykowała. Dla małej.

Początkowo koszty wynajmu mieszkania pokrywała z dodatku mieszkaniowego. Zasiłek celowy wystarczał na jedzenie i zaspokojenie podstawowych potrzeb. Mieszkanie było małe, lecz całkiem funkcjonalnie urządzone. Choć na meblach widać było ślady użytkowania zostawione przez kogoś, kto mieszkał tu przed Marleną, im to wystarczało. Sąsiedzi okazali się sympatyczni i bardzo pomocni. Mieszkające piętro niżej małżeństwo, Janka i Wojtek, mieli córkę tylko o rok starszą od Marysi. Dzięki nim nie musiała martwić się o ubranka dla trzyletniej teraz małej. Psycholog przysłany przez pracownika socjalnego bardzo ją wspierał. Pomagał zrozumieć, że to, co zaszło w jej życiu, to nie jej wina. Doradca zawodowy pomógł znaleźć zatrudnienie. Marysia za pół roku idzie do przedszkola. Marlena będzie mogła pójść na cały etat do pracy. Z chałupniczego szycia, którym trudni się teraz, wystarcza do pierwszego, ale kokosów nie ma. Szef obiecał podwyżkę, kiedy zacznie pracować na miejscu, w firmie. Marlena będzie bardzo się starała. Dla niej, dla Marysi, która jest najlepszym, co ją w życiu spotkało.

### Tomek w mieszkaniu wspieranym

Zawsze było go wszędzie pełno. Matka mówiła, że jest jak żywe srebro. Zaraz po szkole znalazł pracę. Szybko stał się duszą towarzystwa. Lubili go i po robocie nie musiał się martwić o to, za co będzie pił. Stawiali mu, bo tam, gdzie się pojawiał, zawsze było dużo śmiechu. Aż do dnia, kiedy to się stało.

Jego koparka zahaczyła o słup wysokiego napięcia. Ten, padając, przygniótł przechodnia. Sąd orzekł, że to jego wina. Nie zdążył wytrzeźwieć po nocnej imprezie u Jarka. W momencie wypadku miał jeszcze półtora promila. Dostał pięć lat. Wyszedł po czterech.

Zaraz po wyjściu upił się do nieprzytomności. Nie pamięta nic z tego wieczora. Następnego dnia snuł się bez celu po mieście z wściekle bolącą głową. Nie miał dokąd pójść. I nie miał ochoty żyć. Tak minęły mu dwa lata. Kiedy spotkał pracownika MOPS wałęsającego się jak on po ulicach miasta, nie był pewien, czy pozwolić mu ingerować w swoje życie. Faktycznie, przysiadł czasem na kilka godzin w ogrzewalni obok parku. Ale widywał ich tylko z daleka. Nie chciał z nimi rozmawiać. Streetworkerzy – tak o sobie mówili. Teraz, na ulicy, nie zdążył nawet zorientować się, kiedy zaczęli rozmawiać i opowiedział im całą swoją historię. Poczul, że chyba od dawna tego potrzebował. Zaczął częściej odwiedzać ogrzewalnię. Po prostu żeby pogadać ze streetworkerem. Po trzech miesiącach dał się przekonać, żeby zajrzeć do schroniska. Sale były pięcioosobowe. To nie tak źle. Było znacznie cieplej niż w jego drewnianej komórce. Trzy posiłki dziennie, ciepły obiad. Przez pierwsze dni większość czasu spędzał na rozmowach z pracownikiem socjalnym. Opracowywali Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności. Nawet mu się to podobało. Wszystko ustalali wspólnie, wreszcie miał kontrolę nad własnym życiem.

Kiedyś wieczorem poczul, że musi się napić, to było silniejsze od niego. Na jego szczęście, kiedy wychodził ze schroniska, spotkał streetworkera. Ten załatwił mu miejsce w szpitalu. Najpierw detox, później osiem tygodni terapii. Wiedział już, co mu jest. To choroba. Ale co dalej?

Tomek regularnie spotyka się z pracownikiem socjalnym. Powoli odżywa. Motywacją dla niego jest szansa na zakwalifikowanie się do mieszkania wspieranego. Będzie znów żył samodzielnie. Musi dać radę.

### Mirek w programie Najpierw mieszkanie

Nigdy nie przepadał za towarzystwem innych ludzi. Myślał nawet, że powinien wynieść się z miasta do jakiejś głuszy. Kiedy stracił pracę na skutek przemian ustrojowych, cieszył się nawet, że nie będzie już włóczył się po hotelach robotniczych. Mając w plecaku cały swój dobytek, przemierzał Polskę w poszukiwaniu samotności.

Miał małą komórkę, w której drewniane ściany poprzetykane były papierami, żeby mniej wiało. Próbował pomieszkiwać w schronisku. A tam prawie stu chłopa. Nie potrafił wytrzymać dłużej niż dwa, trzy tygodnie. Później musiał się napić i dostawał eksmisję.

Po którejś z kolei próbie opiekun zapytał, czy chciałby zamieszkać sam. Głupie pytanie. Jasne, że by chciał. Myślał, że opiekun chce mu coś wynająć, i zdziwił się, bo przecież nie znał go zbyt dobrze.

Musiał odbyć przydługie spotkanie z pracownikiem socjalnym. Tamten wypytywał go o szczegóły z życia, które były dla niego bardzo intymne. Nie lubił być oceniany, a miał wrażenie, że od tej rozmowy zależą jego dalsze losy. Kiedy pracownik MOPS zebrał już potrzebny materiał, Mirek dowiedział się, że zbierze się komisja, która ustali, czy przyznać mu mieszkanie o dziwacznej nazwie Najpierw mieszkanie. Dowiedział się również, że może podpisać umowę najmu z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, będzie musiał opłacać tylko czynsz i prąd. Na węgiel będzie musiał jednak zarobić sam. Nie zgodził się na pod-

pisanie Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności. Pomimo tego pracownik socjalny powiedział, że i tak ma duże szanse na mieszkanie.

Ze swojej komórki do mieszkania w przedwojennej kamienicy przeprowadził się na początku czerwca. Nie było luksusów. Mała kuchenka i piec kaflowy, jednoosobowy tapczan, szafa, umywalka. Ale przytulniej niż w drewnianej komórce. Nie potrzebował pomocy w przeprowadzce – miał tylko jeden plecak. Na opłaty uezbiera z puszek i złomu. Pracownik socjalny powiedział, że będzie go odwiedzał raz na dwa tygodnie. Zaproponował spotkanie z psychologiem, ale Mirek się nie zgodził. Nie jest jakimś psycholem. Chce tylko mieszkać w samotności i spokoju.

### **Marlena, Tomek i Mirek w systemie pozapłacówkowym**

Poznali się na spotkaniu grupy wsparcia. Marlena i Tomek z mieszkań wspieranych, Mirek z Najpierw mieszkanie. To w tej grupie dowiedzieli się, że testują nowy system pomocy osobom bezdomnym w mieście. Na ich przykładach specjalny zespół złożony z pracowników socjalnych, streetworkerów, opiekunów ze schroniska i ogrzewalni oceni, czy nowy sposób pracy się sprawdza. W pewnym sensie poczuli się ważni. Teraz, kiedy byli już samodzielni, chętnie dzielili się swoimi doświadczeniami między sobą i z organizatorką grupy, Jagodą. Czekali na tę jedną godzinę w tygodniu, wypełnioną rozmowami o życiu, radościach i problemach. Wszyscy troje mieli przekonanie, że najgorsze już za nimi.



STANDARDY  
ZDROWIA



---

# Wprowadzenie

## Misja

Misją standardów zdrowia jest poprawienie dostępności świadczeń zdrowotnych oferowanych przez organizatorów pomocy osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością przy wykorzystaniu istniejących już ścieżek dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wystandaryzowanych w obszarze ochrony zdrowia oraz zaproponowanie nowych rozwiązań w tym zakresie.

Zwiększenie dostępu do profilaktyki, diagnoz i terapii wpłynie na poprawę stanu zdrowia odbiorców usług. W grupie osób zagrożonych bezdomnością polepszenie kondycji zdrowotnej pomaga w zapobieganiu wchodzenia w bezdomność, natomiast wśród osób bezdomnych wielokrotnie staje się pierwszym krokiem na drodze do zmiany swojej sytuacji życiowej.

Standardy zdrowia służą także poznaniu zasad organizacji usług, wzajemnych wymagań i kompetencji, zarówno po stronie systemu ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej.

Wartościami przyjętymi w standardach zdrowia jest postrzeganie człowieka w jego wymiarze holistycznym (biologicznym, psychicznym i społecznym) oraz zasada równoprawnego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

## Wstęp

Standardy zdrowia nie przewidują tworzenia specjalistycznych placówek dla osób bezdomnych w zakresie ochrony zdrowia, a wskazują 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 proponują nowe rozwiązania w tym zakresie.

Opracowując standardy zdrowia w ramach modelu GSWB, przyjęto powszechnie akceptowaną i przytaczaną definicję zdrowia zgodną z holistycznym modelem biopsychosocjalnym, 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. Jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na zdrowie jest styl życia, oznaczający zespół zachowań, których cechą jest codzienność i powtarzalność – dotyczy on m.in.: wzorów konsumpcji, pracy, spędzania czasu wolnego, spędzania czasu z rodziną oraz znajomymi, relaksu, czynności związanych ze sposobem odżywiania i umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Standardy zdrowia 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, po przepisy prawa międzynarodowego zawarte w helsińskiej *Deklaracji o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy i 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.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 roku pt. *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja* 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” wskazane jest podejmowanie działań systemowych obejmujących współpracę z władzami samorządowymi, autorytetami lokalnymi, profesjonalistami w dziedzinie zdrowia, edukacji, rynku pracy i pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi, 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<sup>55</sup>. 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 edukacja zdrowotna, która ma dostarczać informacji i wiedzy oraz wzmacniać działania na rzecz zdrowia, przekonywać oraz wpływać na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej<sup>56</sup>.

W edukacji zdrowotnej wyróżnić można trzy zasadnicze podejścia: promocyjne, profilaktyczne, terapeutyczne, które zostały wykorzystane w opracowaniu standardu.

Standardy zdrowia ujmują w sposób holistyczny potrzeby człowieka i 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 bezpośrednio 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.

## 1

**ROZDZIAŁ 1**

# 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 ma 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.

## 1.1. 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 rozumiana jako wyraz świadomego i dobrowolnego działania, mającego prowadzić do stworzenia warunków umożliwiających uczenie zachowań sprzyjających zdrowiu lub modyfikowanie zachowań dotychczasowych.

Istota edukacji zdrowotnej tkwi w motywowaniu jednostki do kontrolowania własnego zdrowia, w celu jego poprawy i doskonalenia. Realizować ją zatem należy nie tylko w grupie osób zdrowych prezentujących właściwe lub niewłaściwe zachowania zdrowotne (tzw. edukacja zdrowotna promocyjna vs profilaktyczna), ale również w grupie osób chorych (tzw. edukacja zdrowotna terapeutyczna). Osoby bezdomne w zdecydowanej większości wykazują negatywne zachowania zdrowotne, które prowadzić mogą do pogorszenia ich stanu zdrowia, pogłębienia 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 i zagrożonych bezdomnością (zdrowych i chorych) zwiększy zarówno zakres wiedzy o zachowaniach zdrowotnych, jak i dostarczy lub poszerzy umiejętności służące umacnianiu zdrowia. Jednocześnie wpłynie pozytywnie na zmianę nastawienia do zdrowia własnego i innych. Efektami edukacji zdrowotnej w grupie osób bezdomnych będą: zmiana zachowań zdrowotnych z anty zdrowotnych na prozdrowotne, poprawa stanu zdrowia osób chorych oraz podniesienie ich jakości życia.

## 1.2. Cele usługi

### Cel główny

Poprawa dbałości o własne zdrowie i innych 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.

## 1.3. Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

Odbiorcy usługi: osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością wyrażające gotowość do współpracy (w klasyfikacji Pol-ETHOS w kategoriach: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13).

### Zakres przedmiotowy

Podejmowanie działań w ścisłej współpracy z osobą bezdomną lub zagrożoną bezdomnością ukierunkowanych na dostarczanie wiedzy prozdrowotnej, rozbudzanie osobistego potencjału oraz poczucia wpływu na własną sytuację zdrowotną, co ma umożliwić wzmocnianie zachowań służących zachowaniu lub poprawie własnego zdrowia.

### Zakres 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 oraz wiedzy i kompetencji osób będących aktualnie w bezpośrednim kontakcie z zainteresowanymi.

## 1.4. Organizacja usługi

- stworzenie warunków do nawiązywania i budowania kontaktu opartego na zaufaniu i zrozumieniu, który umożliwi realizowanie skutecznej edukacji zdrowotnej osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością posiadających niskie kompetencje w sferze zachowań prozdrowotnych (konieczność przygotowania lub przystosowania pomieszczenia, w którym możliwe będzie prowadzenie zajęć teoretycznych i praktycznych z zakresu edukacji zdrowotnej zarówno w trybie indywidualnym jak i grupowym);
- przeprowadzenie wstępnej diagnozy dotyczącej aktualnych zachowań zdrowotnych lub problemów zdrowotnych u osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością (przestrzeganie zasady indywidualizacji edukacji zdrowotnej). Metodą polecaną w diagnozowaniu jest obserwacja oraz sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem następujących technik: wywiad, ankietowanie, analiza dokumentacji, którą dysponuje osoba bezdomna (patrz: dokumentacja usługi). -zaplanowanie zakresu edukacji zdrowotnej, metod, doboru realizatorów w zależności od potrzeb, miejsca świadczenia oraz napotykanych prze-

szkód 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 w przypadku braku akceptacji stosowna pomoc w miejscu przebywania osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością);

- stosowanie właściwych technik komunikacji i różnorodnych metod w przekazywaniu wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych jak 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 odzyskiwaniu umiejętności zachowań prozdrowotnych (np. miejsca do podejmowania aktywności fizycznej, utrzymania higieny osobistej i otoczenia, przygotowywania posiłków, spędzania czasu wolnego, itp.);
- uczestnictwo w grupach wsparcia, treningach umiejętności;
- uczestnictwo w różnych formach aktywności społecznej, w tym korzystanie 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 (podstawowej opieki zdrowotnej), 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 hobbyistycznymi, sportowymi itp.

### Dokumentacja usługi

W przypadku realizacji usługi przez pracownika socjalnego, pracownika placówki, streetworkerów (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.

## 1.5. Zasoby

### Zasoby personalne

Bezpośredni realizatorzy usługi:

- pracownik socjalny,
- pracownik placówki,

- streetworkerzy (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 kierunkiem 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.

### Zasoby materialne

Usługa ta może być realizowana przy zapewnieniu minimum warunków lokalowych tj. pomieszczenia mieszkalne, sale, 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 dalej *Organizacja usługi*).

### Zasoby finansowe:

Koszty bezpośrednie:

- materiały dydaktyczno - informacyjne.

Koszty pośrednie:

- środki finansowe niezbędne na wynagrodzenia specjalistów,
- koszty zakupu i/lub pozyskania materiałów i sprzętu.

### Zasoby 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.



## 2

**ROZDZIAŁ 2**

# Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych

Usługa uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w standardach zdrowia jest niezwykle ważnym obszarem, który należy podjąć zarówno w stosunku do osób bezdomnych, jak i osób zagrożonych bezdomnością. Osoby bezdomne przed rozpoczęciem drogi wychodzenia z bezdomności powinny uregulować swoją sytuację zdrowotną. Wizyta u lekarza często staje się pierwszym krokiem readaptacji społecznej. Standard przedstawia ustawowe możliwości uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych.

## 2.1. 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. Obowiązek w tym zakresie nakładany jest na władze publiczne. Nie oznacza to jednak gwarancji do pełnej dostępności do świadczeń, stąd m.in. wynika ograniczony (czasowo) charakter 90-dniowego potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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, co zapewnia podmiotowi leczniczemu jednocześnie możliwość uzyskania zwrotu kosztów usługi. Rozwiązanie to adresowane jest do 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.

## 2.2. Cel usługi

Głównym celem usługi jest uzyskanie świadczenia zdrowotnego przez osobę bezdomną lub zagrożoną bezdomnością.

Celami szczegółowymi usługi są:

- poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- utrzymanie prawa do świadczeń zdrowotnych,
- poprawa stanu zdrowia.

## 2.3 Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

Osoby nieubezpieczone, zagrożone bezdomnością oraz bezdomne (w klasyfikacji Pol-ETHOS w kategoriach: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

### Zakres przedmiotowy

Aby uzyskać dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osoba bezdomna lub 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 Streetworkingu).

## Zakres przestrzenny

- placówki ochrony zdrowia,
- ośrodki pomocy społecznej,
- placówki dla osób bezdomnych.

## 2.4. Organizacja usługi

W sytuacji, gdy nie zachodzi konieczność objęcia natychmiastową opieką medyczną (nie ma stanu zagrożenia życia), osoba nieubezpieczona powinna zostać objęta pomocą pracownika socjalnego OPS, placówki dla osób bezdomnych bądź placówki ochrony zdrowia w celu pozyskania ubezpieczenia zdrowotnego, co 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 w trybie nagłym pacjenta nieubezpieczonego 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 druk wniosku do wypełnienia, w którym prosi ona o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego i objęcie jej 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 pacjent nie jest w stanie osobiście dopełnić formalności (np. pacjent bez logicznego kontaktu, brak jest także kontaktu z rodziną, pacjent nieprzytomny), decyzja może zostać wydana na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Natomiast 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. Wówczas gdy 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 poradniach 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. Nieubezpieczona osoba bezdomna lub zagrożona bezdomnością powinna zostać poinformowana o konieczności złożenia podpisanego wniosku o przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Kolejnym etapem jest poinformowanie o konkretnym przypadku pracownika socjalnego z najbliższego ośrodka pomocy społecznej przez pracownika przychodni.

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 (ma 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:

- wnioskiem osoby bezdomnej na podstawie którego przeprowadzony jest wywiad
- decyzją administracyjną potwierdzającą prawo do świadczeń zdrowotnych lub ubezpieczeniem.

## 2.5. Zasoby

### 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.

### Zasoby finansowe

Koszty bezpośrednie:

- koszty składki na ubezpieczenie zdrowotne.

**ROZDZIAŁ 3**

# 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.

## 2.1. Definicja i opis usługi

Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych to działania umożliwiające przeciwdziałanie marginalizacji społecznej osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością z zaburzeniami psychicznymi. Jednocześnie standard ten przedstawia rozwiązania polegające na rozwijaniu psychiatrii środowiskowej, umiejętności reagowania w sytuacjach kryzysów psychicznych co może zapobiec 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 psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-IV lub Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10). Osoby chore psychicznie mają problem z postrzeganiem 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 samotne, po rozwodzie lub w separacji. Pozostają często długotrwale bezrobotne, co prowadzi do ubóstwa, utraty mieszkania i wykluczenia społecznego.

W związku z powyższym obserwuje się konieczność uruchamiania skoordynowania 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 uwzględni 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 powinny 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 wybranych 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.

## 3.2. Cele 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 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.

## 3.3. Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

Osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością (w klasyfikacji Pol-ETHOS w kategoriach: 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,

### Zakres 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.

### Zakres przestrzenny

- w przypadku placówek dla osób bezdomnych - miejsce zapewniające poufność (pokój spotkań indywidualnych);
- w przypadku osób zagrożonych – miejsce ich pobytu;
- wyspecjalizowane placówki ochrony zdrowia.

## 3.4. Organizacja usługi

Poniżej są przedstawione 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 lekarzem 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.*

*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

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 albo 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.

2. Skuteczna pomoc w przypadku leczenia osób z „podwójną diagnozą”, czyli w sytuacji współwystępowania zaburzeń psychicznych, z których jedno stanowi nadużywanie substancji psychoaktywnych, drugie to choroba psychiczna. Tak zwana „podwójna diagnoza” nie posiada odpowiednika w Kwalifikacji Zaburzeń Psychiczných 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 substancji psychoaktywnych wymagana jest terapia uzależnień, w uzasadnionych przypadkach poprzedzona detoksykacją, z równoległym podjęciem regularnego leczenia psychiatrycznego. Pomijając sytuację kryzysu psychicznego, gdzie w pierwszej kolejności niezbędna jest interwencja psychiatryczna.

W przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych trudno ustalić czy pierwotnie wystąpiło zaburzenie psychiczne, czy jest ono efektem nadużywania substancji psychoaktywnych. Pacjenci z tak zwaną „podwójną diagnozą” wymagają dualistycznego leczenia, łączącego leczenie psychiatryczne, farmakologiczne i oddziaływania terapeutyczne w obszarze uzależnień.

W systemie opieki zdrowotnej istnieją placówki łączące usługi z zakresu zdrowia psychicznego z leczeniem nadużywania substancji psychoaktywnych. Placówki te posiadają program terapeutyczny zawierający zakres medyczny, rehabilitacyjny i socjalizacyjny.

W Polsce listę tego typu placówek można znaleźć na stronach Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.kbpn.gov.pl>.

W sytuacjach gdy osoba przebywająca w placówce, posiada dokumentację medyczną stwierdzającą uzależnienie oraz zaburzenia współistniejące należy skierować ją do Poradni Leczenia Uzależnień lub bezpośrednio do ośrodka dla osób z tak zwaną „podwójną diagnozą”

### **3. Możliwości nawiązywania współpracy w celu uzyskania pomocy dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością z zakresu psychiatrii.**

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 psychiatrii wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.*

*2. W przypadku niezłączenia 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.*

#### **4. Towarzyszenie osobie z zaburzeniami psychicznymi 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 wspólne jego problemów,
- planowanie dalszej drogi rehabilitacji społecznej, zawodowej,
- pomaganie w odbudowie więzi międzyludzkich i odnajdywaniu swojego miejsca we wspólnocie.

#### **5. Tryby postępowania wobec osób wykazujących zachowania depresyjne lub samobójcze – wczesna interwencja.**

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 przerwania 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 przewlekle lub z częstymi nawrotami, a tym samym ze wskazaniem do długotrwałej farmakoterapii. Grupę odmawiającą podjęcia terapii stanowią osoby przewlekle psychotyczne, niekrytyczne wobec objawów choroby, nie godzący się na przyjmowanie leków w żadnej postaci (Prot-Herczyńska, 1997 s.115-116).

Depresja według danych Światowej Organizacji Zdrowia stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie. Jest też najczęstszą chorobą psychiczną. Dotyczy to zarówno populacji ogólnej, jak i osób zgłaszających się do psychiatry lub lekarza ogólnego. Depresja jest obecnie chorobą, którą można trafnie diagnozować i leczyć, bez sięgania od razu po leki antydepresyjne. Najczęściej zachorowania notujemy między 35-55 rokiem życia, choć obecnie obniża się wiek pierwszego zachorowania do 20 roku. Kobiety chorują na depresję 2-3 razy częściej niż mężczyźni. Jednak powodem tak znacznej przewagi kobiet w statystykach może być po pierwsze fakt, że mężczyźni w cięższych przypadkach depresji „pomagają” sobie alkoholem, dlatego częściej są diagnozowani, jako osoby z uzależnieniem alkoholowym, po drugie - kobietom łatwiej zaakceptować konieczność zgłoszenia się do psychiatry.

Pracownicy placówek dla osób bezdomnych powinni posiadać wiedzę na temat samej choroby i pożądanego zachowania, które będzie służyć zdrowieniu i nie obciążać relacji z osobą chorującą negatywnymi skutkami.

Należy pamiętać, że depresja jest chorobą, oznaczającą dosłownie „obniżenie poziomu emocji.” Cechą charakterystyczną depresji jest przede wszystkim bardziej lub mniej gruntowna zmiana nastroju. Wiele cierpienia wynika ze szczególnie przykrego symptomu depresji – anhedonii, czyli utraty zdolności do spontanicznego odczuwania przyjemności.

Osoba skarży się na zaburzenie rytmów **życiowych**, snu i spadek popędu płciowego. Odczuwa trudności ze skupieniem uwagi i skarży się często na poważne zaburzenia pamięci, odbijające się na jego **życiu** codziennym i pracy zawodowej. W trakcie choroby jest niezdolny do aktywnej i pozytywnej postawy wobec przyszłości. Wszechogarniająca utrata nadziei i niezdolność do tworzenia pomysłnej wizji przyszłości mogą prowadzić do zamachu samobójczego.

Pamiętajmy, że osoba cierpiąca na depresję nie potrafi się inaczej zachowywać.

W kontaktach z osobą z depresją ważne, jest dać jej odczuć swoją **życzliwość** i zrozumienie oraz to, że gotowi jesteśmy jej pomóc i w miarę sił ją wspierać. Jeśli zostawimy ją samą z problemami, zareagujemy agresją albo sami zarazimy się głębokim poczuciem beznadziei, jej sytuacja tylko się pogorszy.

Pamiętać należy aby nie uprzedzać każdego wysiłku chorej osoby, nie wyręczać ją we wszystkim, nadmiernie się o nią nie troszczyć. Próby rozruszania jej za wszelką cenę, zachowując się nienaturalnie wesoło również są szkodliwe ponieważ opóźnia to proces zdrowienia (z powodu niskiego poziomu popędów, braku energii **życiowej**, takie zachowanie z naszej strony tylko ten stan u niej pogłębi).

Pamiętajmy, że korzystne jest dla osoby cierpiącej na depresję zachęcanie do wspólnej aktywności, adekwatnej do jej możliwości. Ważne jest jednoczesne dawanie pozytywnego wzmocnienia poprzez pochwały, okazywanie radości, kiedy dostrzeżemy u niej zachowanie „niedepresyjne”.

Najważniejszy jest jednak, pierwszy krok. Najpierw należy zrozumieć, co znaczy być w depresji i to zrozumienie dać odczuć osobie, która z depresją się zмага.

Depresja jest na **świecie** najczęstszą przyczyną samobójstw. Wśród chorych targnięcia na własne życie dopuszcza się 15-20%. Nieudanych prób samobójczych podejmowanych przez osoby chore jest kilkakrotnie więcej. Mężczyźni reagują na tę chorobę bardziej radykalnie, decydują się często na ostateczne, „twarde” metody, jak np. samobójstwo przez powieszenie, a nie na metody „miękkie”, jak przedawkowanie środków uspokajających, które częściej wybierają kobiety.

Pracując na co dzień i mając wiele kontaktów z osobą, która choruje na depresję, sami zaczynamy odczuwać negatywne emocje, jakie wyzwała w nas ta trudna sytuacja, zakazujemy sobie na przykład ujawniania frustracji i złości, które się w nas zbierają. Tymczasem takie reakcje są zupełnie zrozumiałe i trzeba je zaakceptować. Oczywiście nie należy ich, jeśli to możliwe, dać odczuć choremu, choć nie zawsze da się tego uniknąć. Ważne abyśmy mogli porozmawiać z innymi o własnych odczuciach i myślach. Dobrze mieć kontakt z lekarzem lub psychologiem prowadzącym leczenie naszego klienta.

Konieczne jest dostrzeganie wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objawów wskazujących na depresję, lub zagrożenie samobójstwem, pamiętając, że szczególnie narażone na samobójstwo są osoby o dużym natężeniu poczucia winy, beznadziei, o niskiej samoocenie, z wysokim poziomem lęku, osoby, mające za sobą próby samobójcze, w wieku powyżej 45 r. życia, mężczyźni.

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.

## 3.5. Zasoby

Szkolenia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

### Zasoby 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 superwizji.

#### Podmioty realizujące usługę

Placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

### Zasoby 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.

### Zasoby 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.

### Zasoby instytucjonalne

Współpraca przy realizacji usługi:

#### Partnerzy kluczowi:

- podmioty ochrony zdrowia – poradnie zdrowia psychicznego, szpitale, oddziały dzienne, 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.



## 4

**ROZDZIAŁ 4**

# Tworzenie warunków do świadczenia usług z zakresu opieki paliatywnej (hospicyjnej) w placówkach zbiorowego zakwaterowania.

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 inni pacjenci, mają prawo do korzystania ze stacjonarnych hospicjów, jak również z ambulatoryjnej i domowej opieki paliatywnej.

## 4.1. Definicja i opis usługi

W ostatnich latach widoczny jest znaczący przyrost liczby niepełnosprawnych bezdomnych i osób starszych niezdolnych do samodzielności życiowej<sup>59</sup>. Prowadzi to do wzrostu zapotrzebowania na usługi hospicyjne świadczone zarówno w wyspecjalizowanych zakładach opieki zdrowotnej, jak i na terenie placówek zbiorowego zakwaterowania osób bezdomnych. Standard w obszarze opieki paliatywnej (hospicyjnej) definiuje kto jest jej adresatem, jak wygląda procedura uzyskania dostępu do wszystkich wariantów tej usługi oraz jakie warunki kadrowe i lokalowe muszą być spełnione, aby mogła być realizowana na terenie placówki zbiorowego zakwaterowania.

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. Świadczenie to jest dostępne w trzech wariantach: stacjonarnym domowym oraz najrzadziej realizowanym ambulatoryjnym.

Hospicja stacjonarne są oddzielnymi placówkami, do których mogą być kierowane osoby bezdomne z medycznymi wskazaniami, jednocześnie posiadające prawo do świadczeń zdrowotnych. Innym wariantem opieki hospicyjnej, dedykowanej pacjentowi przebywającemu w placówce całodobowego zakwaterowania jest opieka hospicjum domowego.



Usługa ta jest realizowana w głównej mierze przez zewnętrzny zespół i jej część medyczna jest należycie wystandaryzowana. Standard definiuje jedynie ścieżkę dostępu do tej usługi przez placówki zbiorowego zakwaterowania.

## 4.2. Cele usługi

### Cel główny

Zwiększenie dostępności i skali korzystania przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, chorujące na niepoddające się leczeniu przyczynowemu i postępujące choroby, z 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.

## 4.3. Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

- osoby bezdomne przebywające w placówkach i wymagające opieki paliatywnej (hospicyjnej) (Pol-ETHOS: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13);
- pracownicy Ośrodków Opieki Społecznej i placówek zbiorowego zakwaterowania osób bezdomnych;

### Zakres przedmiotowy

- warunki (formalne) konieczne do spełnienia w celu zakwalifikowania osoby bezdomnej w terminalnej fazie nieuleczalnej choroby do opieki paliatywnej (hospicyjnej);
- zasady współpracy z hospicjami domowymi;
- elementy opieki paliatywnej realizowane bezpośrednio przez pracowników i zdrowych mieszkańców placówek zbiorowego zakwaterowania.

W celu objęcia bezdomnego pacjenta opieką paliatywną konieczne jest uzyskanie skierowania do hospicjum wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zawierającego rozpoznanie terminalnej fazy choroby oraz koniecznej informacji o braku możliwości dalszego leczenia przyczynowego. 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.

Kolejnym, niezbędnym elementem jest pisemna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego na objęcie opieką hospicyjną. Warunkiem koniecznym jest również posiadanie przez pacjenta prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Każdy zgłoszony chory w terminalnej fazie choroby musi zostać objęty opieką danego hospicjum stacjonarnego lub domowego. W sytuacji, gdy nie jest to świadczeniodawca powinien wskazać inny ośrodek właściwy dla stanu zdrowia pacjenta lub miejsca jego pobytu.

Pacjent przebywający w hospicjum domowym jest całkowicie objęty opieką przez personel placówki.

Dla właściwej realizacji opieki paliatywnej w warunkach hospicjum domowego, czyli 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 opiekujące się nim osoby (edukacja terapeutyczna).

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.

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.

## 4.4. Zasoby

### Zasoby personalne

W realizacji stacjonarnej opieki paliatywnej zaangażowanie osób spoza zespołu hospicjum dotyczy pomocy w skierowaniu osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością do właściwego hospicjum. Działanie to dotyczy najczęściej pracowników opieki społecznej (opiekunowie socjalni) lub placówki (pracownik socjalny, pielęgniarka, opiekun medyczny), w której aktualnie przebywa wymagająca pomocy osoba. W przypadku domowej opieki paliatywnej realizowanej na terenie placówki dla osób bezdomnych poza pracownikami hospicjum biorą w niej udział: pracownicy placówki, wolontariusze, współmieszkańcy, którzy przejmują obowiązki pełnione zazwyczaj przez bezpośrednie otoczenie chorego (w przypadku osób nie bezdomnych najczęściej jest to rodzina).

### Zasoby przestrzenne

W placówkach dla osób bezdomnych (np. schroniska specjalistyczne) wskazane jest wygospodarowanie sal 1-3 osobowych, w których byłyby zakwaterowane tylko osoby chore. Jest to podyktowane koniecznością zapewnienia spokoju, a także podstawowej intymności dla chorego, koniecznej przy wykonywaniu toalety, czy przeprowadzaniu rozmów. Wskazane wydaje się być udostępnienie oddzielnego pomieszczenia (lub kilku) umożliwiającego wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych oraz, spożywania posiłków.

Po stronie placówki dla bezdomnych leży także zapewnienie dostępu do środków medycznych takich jak: materace przeciwoleżynowe, wózki inwalidzkie, chodziki, czy kule.

Wszystkie te elementy są dostępne bezpłatnie w sklepach medycznych po wypełnieniu przez lekarza właściwego formularza indywidualnie dla każdego pacjenta.

Należy również zadbać o dostosowanie choć jednego węzła sanitarnego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dotyczy to głównie poszerzenia drzwi i przebudowy prysznic (zlikwidowanie brodzika i zainstalowanie krzeselka i uchwytu na ścianie, co umożliwi skorzystanie z prysznic osobie na wózku inwalidzkim), a także zamontowania uchwytów w toalecie.

W placówkach świadczących usługę potrzebne są także udogodnienia pozwalające na przemieszczanie się osób niepełnosprawnych między piętrami (windy, podjazdy i podnośniki dla wózków).

W przypadku osób korzystających z usług rehabilitacyjnych konieczne może okazać się zakupienie niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego.

### Zasoby finansowe

Koszty ponoszone przez placówki pomocy dla bezdomnych obejmują:

- wyżywienie (koszty leczenia dietetycznego),
- koszty osobowe i koszty obsługi,
- 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.

## 5

## ROZDZIAŁ 5

# 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.<sup>60</sup> 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 niniejszego standardu jest ułatwienie organizacjom i placówkom podnoszenia jakości oferowanych usług poprzez kompleksową opiekę, zarówno psychologiczną, medyczną, jak i prawną oraz współpracę ze specjalistycznymi placówkami zajmującymi się profilaktyką oraz terapią uzależnień. W materiale zaprezentowano szczegółowe wskazówki pomocy osobom bezdomnym oraz zagrożonym bezdomnością z perspektywy profilaktyki i terapii uzależnień, redukcji szkód oraz postrehabilitacji. System leczenia uzależnień w Polsce jest należycie wystandaryzowany, nie mniej jednak leczenie uzależnienia (terapia uzależnień) w oderwaniu od problematyki bezdomności, w sytuacji uzależnionej osoby bezdomnej, może nie przynieść oczekiwanych rezultatów.

Rolą pracowników placówek dla osób bezdomnych jest dokonanie wstępnego rozpoznania problemów z zakresu uzależnień, stworzenie optymalnych warunków do nawiązania kontaktu, motywowanie do podjęcia terapii w specjalistycznych podmiotach zajmujących się leczeniem, motywowanie do utrzymania abstynencji w procesie po terapeutycznym oraz aktywizacja osób bezdomnych w kierunku podejmowania różnego rodzaju inicjatyw służących utrzymaniu procesu zdrowienia. Ponadto do zadań pracowników należy prowadzenie działań z zakresu profilaktyki uzależnień oraz redukcji szkód.

## 5.1. Opis usługi

Terapia oraz profilaktyka uzależnień osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością polega na podejmowaniu kompleksowych działań przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów począwszy od rozpoznania zaburzeń, poprzez realizację programów

psychoterapeutycznych i indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych, po działania konsultacyjno-edukacyjne i przygotowanie planu postępowania po zakończeniu terapii. Osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, które są uzależnione, wymagają wytworzenia 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 terapii uzależnień przez osoby zmotywowane do zmiany polega na zaangażowaniu autentycznych wysiłków i korzystaniu z oferty różnych oddziaływań terapeutycznych, w zależności od potrzeb i możliwości. Skuteczność działań wymaga ścisłej współpracy pomiędzy instytucjami zajmującymi się pomocą osobom bezdomnym a 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 niejednorodne (składające się nie tylko z osób bezdomnych) grupy terapeutyczne.

## 5.2. Cele 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, biopsychosocjalnych 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.

## 5.3. Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

W ramach stacjonarnego długo- i krótkoterminowego oraz dziennego i ambulatoryjnego programu terapii leczenia uzależnień (w klasyfikacji Pol-ETHOS w kategoriach: 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 własnym 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 szkodliwych 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.

### Zakres 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 świadczenia usług jest zależny 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, 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.

## 5.4. Organizacja usługi

### Procedury postępowania:

Efektywna terapia uzależnień wymaga współpracy pomiędzy zespołem prowadzącym diagnozę i leczenie a zespołem realizującym z uzależnioną osobą bezdomną Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności lub w przypadku osób uzależnionych zagrożonych bezdomnością – Kontrakt Socjalny. Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności powinien być tworzony we współpracy ze specjalistą prowadzącym terapię uzależnień osoby bezdomnej. Powinien on zawierać następujące formy wsparcia terapeutycznego (w zależności od indywidualnych potrzeb): społeczności terapeutycznej, terapii grupowej, terapii indywidualnej, ergoterapii, terapii zajęciowej, zajęć psychoedukacyjnych z zakresu wiedzy na temat uzależnień, zajęć integracyjnych, rozwijających umiejętności konstruktywnego spędzania czasu wolnego, z zakresu deficytów związanych z bezdomnością, konsultacji lekarskich (psychiatrycznych i innych) oraz redukcji szkód i profilaktyki.

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 bezdomnym zażywającym środki psychoaktywne dożylnie;
- leczenie substytucyjne;
- dostęp do pokoi iniekcyjnych;
- 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:

- 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 oraz utrzymaniu efektów terapeutycznych.



### Formy doskonalenia zawodowego dla pracowników placówek dla osób bezdomnych, zagrożonych bezdomnością:

- szkolenia z zakresu dialogu motywującego;
- szkolenia z zakresu profilaktyki opartej na naukowych podstawach;
- zgodne z Europejskimi Standardami Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Uzależnień 2011.

### Sposoby postępowania:

Terapia uzależnień:

- stworzenie indywidualnego programu terapeutycznego obejmującego pracę nad uzależnieniem oraz nad wychodzeniem z bezdomności, a następnie przejście pełnego procesu terapeutycznego;
- motywowanie do uczestnictwa w działaniach terapeutycznych oraz w treningach zapobiegania nawrotom;
- motywowanie do uczestniczenia w programie postrehabilitacyjnym prowadzonym przez podmioty zewnętrzne;
- tworzenie działań postrehabilitacyjnych wewnątrz placówki dla osób bezdomnych, umożliwienie dostępu do usług świadczonych przez psychologa/specjalistę terapii uzależnień;
- tworzenie grup samopomocowych wewnątrz placówki dla osób bezdomnych (np. AA, NA).

### Redukcja szkód:

- działania informacyjno – edukacyjne na temat tego, czym jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz możliwości uzyskania pomocy przez osoby uzależnione bądź szkodliwie używających substancji psychoaktywnych;
- podjęcie terapii w zakresie uzależnienia przez odbiorców działania, potrzebujących dostępnych i adekwatnych form terapii,
- zainicjowanie procesu wychodzenia z bezdomności.

### Profilaktyka:

- działania informacyjno – edukacyjne 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.
- szkolenia dla pracowników placówek z zakresu prowadzenia dialogu (wywiadu) motywującego.

Jednym z podstawowych narzędzi w motywowaniu do zmiany zachowań i postaw jest wywiad motywujący – technika, która wskazuje sposób rozmowy w znacznym stopniu wpływający na motywację. Istotą wywiadu motywującego jest współpraca, sugestia i poszanowanie autonomii drugiej strony. Technika wywiadu motywującego może wpłynąć na długotrwałą zmianę postaw a w konsekwencji na poprawę stanu zdrowia oraz sytuacji życiowej osoby bezdomnej.

### 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.

## 5.5. Zasoby

### Zasoby personalne

- podmioty samorządowe,
- organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe,
- podmioty lecznicze,
- wspólnoty AA/NA,
- Ośrodki Pomocy Społecznej.

### Zasoby materialne

Pomieszczenia do realizacji spotkań terapeutycznych indywidualnych i grupowych oraz ich wyposażenie (patrz: Standard Mieszkalnictwo i Pomoc Doraźna).

### Zasoby 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

## 6

**ROZDZIAŁ 6**

# Tworzenie warunków do świadczenia usług z zakresu pielęgniarstwa długoterminowej domowej w placówkach zbiorowego zakwaterowania

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 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 i pomocy 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.

## 6.1. 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 pielęgniarstwa realizowanej w warunkach domowych we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

## 6.2. Cele usługi

### Cel główny

Zmniejszenie lub likwidacja dolegliwości psychosomatycznych oraz zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego chorych przebywających w placówkach dla osób bezdomnych, nie kwalifikujących 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 wyżywienia dostosowanego do stanu zdrowia chorego.
- wzrost jakości realizacji zadań opiekuńczo–pielęgnacyjnych oraz zwiększenie zakresu oferowanego wsparcia osobom tego wymagającym.

## 6.3. Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

Osoby bezdomne (w klasyfikacji Pol-ETHOS w kategoriach: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13) wymagające pielęgniarstwa usługi długoterminowej w okresie zdrowienia.

### Zakres 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, uśmierzanie bólu, aktywizacja chorego poprzez stosowanie rehabilitacji ciągłej, kompleksowej, zapewnienie bezpieczeństwa podstawowych funkcji życiowych pacjenta poprzez monitorowanie stanu pacjenta pod kątem niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego i zaostrzeń choroby.

### Zakres przestrzenny

Usługa świadczona jest w miejscu pobytu osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością.

## 6.4. Organizacja usługi

### Procedury postępowania

Tryb kierowania chorego do pielęgniarstwa 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 przeciwoleżynowe. Istotnym elementem profesjonalnej pielęgnacji jest również udzielanie wsparcia emocjonalnego. Zadania organizatora świadczenia są komplementarne wobec usługi świadczonej przez pielęgniarkę. Ich celem jest tworzenie warunków umożliwiających realizowanie czynności pielęgniarstwa 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 przez pracownika placówki dla osób bezdomnych lub pracownika socjalnego OPS potrzeby świadczenia usługi do lekarza POZ,
- przygotowanie właściwych warunków zewnętrznych (patrz zasoby materialne) i pacjenta do uczestnictwa w zabiegach,

### Dokumentacja

Placówka powinna prowadzić dokumentację niezbędną podczas konsultacji medycznych. Dotyczy ona:

- wizyt pielęgniarstwa,
- wizyt rehabilitacyjnych,
- zaleceń pielęgniarstwa,
- 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).

## 6.5. Zasoby

### Zasoby personalne

Niezbędnym warunkiem do realizacji usługi pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa,
- przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych.

### Zasoby materialne

Placówki dla osób bezdomnych powinny spełniać warunki sanitarne wyszczególnione w standardzie mieszkalnictwo i pomoc doraźna.

### Zasoby 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)

### Zasoby instytucjonalne

- Podstawowa Opieka Zdrowotna
- Uczelnie medyczne
- Centrum wolontariatu
- Organizacje pozarządowe
- PFRON
- PUP
- PCPR

**Zasoby 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).

**Zasoby instytucjonalne:**

- podstawowa opieka zdrowotna,
- uczelnie medyczne,
- centrum wolontariatu,
- organizacje pozarządowe,
- PFRON,
- PUP,
- PCPR.



# 7

## ROZDZIAŁ 7

# Tworzenie warunków do świadczenia usług z zakresu opieki zdrowotnej skierowanej do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych w placówkach zbiorowego zakwaterowania.

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 pielęgniarstwa długoterminowej, etapem w świadczeniu dziennych, czasowych usług specjalistycznych.

### 7.1. Definicja i opis usługi

Usługa określa zakres kompleksowych działań służących uzyskaniu poprawy stanu zdrowia i usprawnieniu funkcjonowania osoby bezdomnej przebywającej w placówce lub zatrzymaniu 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 pielęgniarstwa. 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 i indywidualnych. Obejmuje również diagnozę psychologiczną, opracowanie i realizację indywidualnego planu terapeutycznego, zajęć psychoedukacyjnych i treningów podnoszących umiejętności społeczne uczestników. Psycholog wydaje również opinię 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 się usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacyjnych, terapeutycznych. Funkcjonujące placówki dla osób bezdomnych zróżnicowane pod względem infrastruktury, wyposażenia oraz zasobów kadrowych nie są w stanie zapewnić opieki wielu osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym.

## 7.2. 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.

## 7.3. Zakres usługi

### Zakres podmiotowy

Osoby bezdomne przebywające w placówkach dla osób bezdomnych (Pol-ETHOS: 3, 4, 5, 7), wymagające usług leczniczych, opiekuńczo – pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych

### Zakres przedmiotowy

W ramach usługi realizowane jest wsparcie w zapewnieniu dostępu do:

- usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- rehabilitacji ruchowej,
- leczenia,
- opieki psychologa/psychiatry,
- terapii zajęciowej,
- opieki socjalnej.

### Zakres przestrzenny

Usługi są świadczone w placówkach dla osób bezdomnych, do momentu poprawy stanu zdrowia podopiecznego.

## 7.4. Organizacja usługi

Procedury postępowania przewidują:

- 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

## 7.5. Zasoby

### Zasoby personalne

Organizatorem usługi jest kierownik placówki dla osób bezdomnych.

Realizatorami usługi są:

- pielęgniarzka,
- 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, terapeutą zajęciowego.

### Zasoby materialne

Placówka jest zobowiązana przygotować pomieszczenia zgodnie z potrzebami realizatora usługi (standard mieszkalnictwo i pomoc doraźna).

### Zasoby 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.

### Zasoby 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.



## ROZDZIAŁ 8

---

# Standardy Zdrowia w praktyce. Wskazówki.

### **Dlaczego wystandaryzowane świadczenia zdrowotne pozostają w obszarze zainteresowania organizatorów usług na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością?**

Konieczność tego działania wynika z faktu wykluczania tej grupy społecznej z dostępu do świadczeń zdrowotnych mimo zabezpieczeń legislacyjnych.

Zapis w artykule 68 Konstytucji gwarantuje równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych wszystkich obywateli RP. Warunki dostępu określa ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która nie w pełni uwzględnia specyfikę grupy osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Dlatego koniecznym jest opracowanie procedur uzyskiwania i egzekwowania równości w dostępie do świadczeń prezentowanych w Standardach Zdrowia.

### **Czy istnieje potrzeba edukacji społecznej w zakresie dostępu osób bezdomnych/ zagrożonych bezdomnością do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?**

Równe traktowanie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest pierwszym krokiem w przełamywaniu stereotypów dotyczących tej grupy osób. W wyniku edukacji społecznej nastąpi wzrost akceptacji, ograniczenie uprzedzeń i poprawa współpracy między osobami bezdomnymi/zagrożonymi bezdomnością a pracownikami pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

### **Czy istniejące rozwiązania prawne w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w pełni odpowiadają na potrzeby grupy?**

Zapisy prawne teoretycznie zapewniają dostęp do wszystkich usług, natomiast praktyka wskazuje na ogromne ograniczenia w tym zakresie. Rozbieżność ta jest wynikiem występujących niekiedy skrajnych postaw i szczególnych sytuacji wśród osób bezdomnych (uniemożliwiających jakkolwiek formalną współpracę), zbyt niskiego poziomu wiedzy i świado-

mości oraz uprzedzeń wśród pracowników ochrony zdrowia w odniesieniu do grupy osób bezdomnych/zagrożonych bezdomnością. Powstałe w standardach zdrowia rekomendacje uzupełniają obowiązujący stan prawny, dostarczając niezbędnych praktycznych rozwiązań.

### Na jakich obszarach koncentrują się standardy zdrowia?

Standardy zdrowia opisują siedem najważniejszych obszarów z zakresu ochrony zdrowia, koncentrując się na strefach edukacji, interwencji i integracji.

## Standard – Edukacja zdrowotna

Jednym z wyzwań dla polityki zdrowotnej państwa jest zmniejszenie nierówności w szeroko rozumianym zdrowiu. Budowanie oraz wdrażanie specyficznej strategii edukacji zdrowotnej, dostosowanej do możliwości i potrzeb grupy osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością jest efektywną metodą poprawy ich stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych. Wskazane jest zatem opracowanie zaleceń odnośnie do edukacji zdrowotnej w tej grupie osób, wynikających ze specyfiki potrzeb i możliwości. Osoby marginalizowane wykazują słabą wytrzymałość przy podejmowaniu działań mających na celu poprawę zdrowia, a systematyczna i bezpośrednia edukacja zdrowotna pozwoli zmienić istniejący stan rzeczy. Edukacja zdrowotna, zapobieganie chorobom oraz organizacja ochrony zdrowia stanowią elementy składowe promocji zdrowia. Osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością należą do grupy zwiększonego ryzyka, a działania z zakresu edukacji zdrowotnej mają zapobiec skutkom tych zagrożeń lub pozwolić na wykrycie choroby jeszcze przed wystąpieniem objawów.

Edukacja zdrowotna realizowana w grupie osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością powinna obejmować swoim zakresem zachowania człowieka w obszarze:

- a) działań związanych ze zdrowiem (profilaktyka prozdrowotna),
- b) działań w sytuacji złego samopoczucia,
- c) działań chorego (zmniejszenie zachorowalności i umieralności osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością).

Standard podkreśla konieczność wspierania aktywności osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością:

- uważającej się za zdrową – do podejmowania działań zmierzających do uzyskania wyższego poziomu zdrowia (promocja oraz profilaktyka pierwotna);
- w przypadku osób chorych – do podejmowania działań terapeutycznych i uzyskiwania właściwych środków zaradczych (terapia oraz profilaktyka wtórna).

Proponowany zakres edukacji zdrowotnej musi odpowiadać wcześniej dokonanej diagnozie dotyczącej:

1. Podejmowania działań na rzecz zdrowia, do których należą:
  - określanie zagrożeń zdrowotnych,
  - codzienna higiena osobista,
  - żywienie,
  - aktywność fizyczna,
  - radzenie sobie ze stresem,
  - systematyczne podejmowanie badań profilaktycznych mających na celu wczesne wykrycie choroby,
  - udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia.
2. Orientacji w zakresie pozyskiwania świadczeń zdrowotnych.
3. Wiedzy i umiejętności potrzebnych do radzenia sobie z chorobą.

## Standard – Uzyskanie prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Standard ten odnosi się do już istniejących narzędzi administracyjnych, określa także przestrzeń, w której one są niewystarczające i rekomenduje dwa nowe rozwiązania:

I. W zakresie sprzecznych zapisów dotyczących miejsca pobytu, zameldowania, zamieszkania w odniesieniu do możliwości uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych

*Przykład: osoba bezdomna, przebywająca poza ostatnim miejscem stałego zameldowania, której stan zdrowia wymaga podjęcia leczenia i jednocześnie uniemożliwia jej powrót do właściwej gminy. W tym przypadku pracownik najbliższego OPS przeprowadza wywiad środowiskowy w miejscu jej pobytu na podstawie wcześniej złożonego wniosku, który musi być dostępny w każdej placówce ochrony zdrowia. Prawo do świadczeń osoba taka nabywa już w momencie złożenia wniosku, a decyzję administracyjną po otrzymaniu pełnej dokumentacji wydaje gmina miejsca pobytu osoby bezdomnej.*

II. W przypadku pacjentów bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością, np. niewykazujących chęci współpracy, z zaburzeniami psychicznymi, podających nieprawdziwe dane osobowe, nieumiejących dostosować się do wymogów proceduralnych, istniejące procedury nie mogą zostać zrealizowane (brak możliwości uzyskania ubezpieczenia).

Proponuje się pozyskiwanie przez ambulatoryjne podmioty medyczne (przychodnie) środków pochodzących z programu „Zdrowie dla Osób Bezdomnych”. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub NFZ. Działania te zwiększą dostępność do ambulatoryjnej opieki medycznej, a w efekcie zmniejszy się liczba porad w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, oraz liczba hospitalizacji osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, co w konsekwencji zmniejszy obciążenie finansowe szpitali.

## Standard – Ochrona zdrowia psychicznego i postępowanie w przypadku kryzysów psychicznych

W trosce o zdrowie psychiczne osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, konieczne jest, aby nauczyć się współpracować na każdym etapie: promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki, leczenia i rehabilitacji, przeciwdziałania stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chorujące psychicznie, poprzez integrację społeczną oraz ochronę ich praw i godności.

To, co oceniamy jako „normalne”, zależy od kultury, oceny społeczności, w której żyjemy. Koniecznymi warunkami skutecznej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi są: wiedza na temat zaburzeń i też lokalnych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia, edukacji, rynku pracy i pomocy społecznej oraz wspólne budowanie sieci oparcia społecznego dla każdego członka w partnerstwie lokalnym. Członkowie zobowiązani są dokonywać okresowych diagnoz zasobów i potrzeb, w oparciu o Gminne Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego dotyczących dynamiki zaburzeń, ich rodzaju oraz osób chorujących, które, nie podejmując procesu leczenia, są wykluczane stopniowo z życia społecznego, zawodowego, przez co wchodzą w krąg bezdomności.

Wymaga to poszerzenia wiedzy, podnoszenia kwalifikacji i umiejętności kadry publicznej i niepublicznych podmiotów świadczących usługi osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością.

Pamiętać należy, że choroba psychiczna to w szczególności stan konkretnej osoby, któremu towarzyszą: cierpienie, irracjonalność, poczucie nieprzystosowania, nieprzewidywalność i brak kontroli, dyskomfort obserwatora oraz naruszanie norm.



## **Standard – Terapia i profilaktyka uzależnień**

Badania ewaluacyjne wskazują, że kompleksowe i dobrze zaplanowane leczenie uzależnień może być bardzo skuteczne. Konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy różnego rodzaju placówkami, np. poradniami kierującymi na leczenie stacjonarne, ośrodkami terapii uzależnień, ośrodkami zdrowia, pomocą społeczną, członkami wspólnoty AA/NA, osobami zajmującymi się redukcją szkód, programami postrehabilitacyjnymi itp. Pozwoli to na odpowiednie kierowanie pacjenta od początku do końca procesu, np. od zmotywowania go przez streetworkerów, aby zgłosił się do noclegowni, gdzie z kolei zostanie skierowany do poradni, która po dokonaniu diagnozy wskaże najlepiej wyprofilowany dla tej właśnie osoby ośrodek, w którym zespół terapeutyczny interdyscyplinarny umożliwi mu równoległą pracę nad wychodzeniem z uzależnienia i bezdomności.

Opracowane standardy z zakresu terapii oraz profilaktyki uzależnień osób bezdomnych nawiązują do opisanych w diagnozie mocnych i słabych stron realizowanych w Polsce programów terapii oraz profilaktyki uzależnień adresowanych do osób bezdomnych. Lista wystandardyzowanych usług odwołuje 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 i placówkom podnoszenia jakości oferowanych usług.

## **Standard – Opieka paliatywna/hospicyjna dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością**

### **Standard – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa**

### **Standard – Opieka zdrowotna skierowana do osób bezdomnych wymagających usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych**

Wszystkie te standardy dotyczą osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji zdrowotnej, którą charakteryzują długotrwałość i nasilenie objawów chorobowych, zależność od osób trzecich oraz brak perspektyw na poprawę stanu zdrowia. Skierowane są również do osób hospitalizowanych, których stan zdrowia nie uzasadnia konieczności pozostania w szpitalu, ale wymaga kontynuacji zabiegów leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych po powrocie do placówek dla osób bezdomnych, co wymusza konieczność zorganizowania czasowej, specjalistycznej pomocy w miejscu pobytu. Jednocześnie konieczna jest kontynuacja starań o uzyskanie miejsca w placówkach specjalistycznych np. ZOL, ZOP czy DPS.

Wymagającym komentarza kryterium stosowanym w celu kwalifikacji do świadczeń opieki długoterminowej jest ocena wg skali Barthel. Służy ona do obliczania poziomu zapotrzebowania na opiekę i ustalania jej kosztów. Skala posiada punktację od 0–100 punktów, gdzie 0–20 punktów oznacza I stopień niesamodzielności całkowitej. Osoba taka kwalifikuje się do całodobowej opieki i pielęgnacji. Wynik 25–75 punktów wg skali Barthel oznacza II stopień niesamodzielności znacznej, w tym przypadku indywidualna pielęgnacja podstawowa może być świadczona o różnych porach dnia, co oznacza, że pacjent część z podstawowych czynności może wykonywać samodzielnie. III stopień to samodzielność umiarkowana, określana w przedziale punktów 80–100 wg skali Barthel. Jest to pacjent samodzielnie funkcjonujący, wymagający jedynie niewielkiej codziennej pomocy przy co najmniej dwóch czynnościach podstawowej pielęgnacji. W zakres rzeczowy podstawowej pielęgnacji wchodzi czynności związane z higieną ciała, odżywianiem, wydalaniem i poruszaniem się, a także z komunikowaniem się i zapewnieniem bezpieczeństwa.

Uzyskanie 40 punktów w skali Barthel, w przypadku chorych przebywających we własnym środowisku domowym, daje możliwość skutecznego rozwiązywania problemów przez bliskich. W przypadku osoby bezdomnej będącej w ww. sytuacji, która nie może liczyć na wsparcie rodziny, istnieje bezpośrednio niebezpieczeństwo zagrożenia jej życia, dlatego należy zweryfikować kryterium przyznawania świadczeń opieki długoterminowej, podnosząc kryterium np. o 10 punktów. Takim osobom niezbędna jest również pomoc wykwalifikowanej kadry świadczącej usługi na rzecz osób bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością.





STANDARDY  
ZATRUDNIENIA I EDUKACJI

---

# Wprowadzenie

## Misja

atrudnienie i edukacja to obszar usług społecznych niezbędnych do tego, by zapewnić osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością dostęp do edukacji, pracy, aktywności społecznej i możliwości rozwoju osobistego, dzięki czemu mogą one 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 dotyczących zatrudnienia i edukacji ukierunkowanych na aktywizację społeczną i zawodową,
- zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia, a także zmniejszenie kosztów społecznych<sup>61</sup>.

#### **Cele szczegółowe jednostkowe**

Cele w obszarze zatrudnienia i edukacji z perspektywy realizatora / wykonawcy usługi to cele indywidualne, 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; podjęcie i utrzymanie zatrudnienia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Stosowanie usług w ramach standardów „Zatrudnienie i edukacja” powinno być skorelowane z usługami w ramach 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 w kategoriach od 1 do 13.

## 1

**ROZDZIAŁ 1**

# 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 polepszenie przestrzegania norm moralnych i obyczajowych.

## 1.3. Zakres usługi

### 1.3.1. ZAKRES PODMIOTOWY

Odbiorcami usługi są osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością niezależnie od miejsca przebywania lub zamieszkania i gotowości do współpracy. Propozycje skorzystania z usługi Aktywizacja społeczna przedstawiają osobom bezdomnym lub zagrożonym bezdomnością:

- 1) pracownicy placówek, w których przebywają osoby bezdomne,
- 2) pracownicy i specjaliści zatrudnieni 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. ZAKRES 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”.

Efektem 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. ZAKRES 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 przeprowadzona w sposób planowy z uwzględnieniem zasobów i deficytów danej osoby.

Usługa jest realizowana poprzez:

#### 1) przeprowadzenie autodiagnozy

Autodiagnoza to inaczej samoopis, analiza siebie samego i motywów własnego postępowania, cech charakteru itp. Celem wprowadzenia autodiagnozy do zestawu 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 ubogiego zasobu słów, trudności z uogólnianiem, niedostatecznego wglądu w siebie, braku treningu. Tradycyjne metody opisu siebie samego 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 cech osobowości. Podczas swobodnej rozmowy specjalista pracujący z daną osobą przedstawia jej karty, prosząc o odpowiedź, które z nich najlepiej ją charakteryzują. Na jednej stronie każdej karty (na awersie) znajduje się zabawny rysunek sugerujący, że przedstawiony na nim człowiek ma szczególnie rozwiniętą jedną z cech osobowości przedstawionych w „wielkiej piątce” par cech przeciwstawnych: neurotyczność vs stałość emocjonalna, ekstrawersja 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. Nie ma ona charakteru stricte diagnostycznego, mimo, że oparta na modelu cech osobowości nie wymaga psychologicznej interpretacji (choć jej wyniki mogą być porównywane przez psychologa z wynikami znormalizowanego testu osobowości). Jej wprowadzenie ma podkreślić aktywny, podmiotowy udział osoby bezdomnej w przezwyciężaniu własnych trudności życiowych.

## **2) naukę, trening i praktyczne prowadzenie gospodarstwa domowego w mieszkaniu wspieranym**

Są to działania zmierzające do nabycia lub odzyskania umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego, w szczególności odnośnie do terminowego regulowania opłat za czynsz i media, utrzymania czystości i higieny osobistej, przygotowywania posiłków itp. (szerzej o mieszkaniach wspieranym w standardach „Mieszkalnictwo i pomoc doraźna”).

## **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, placówce 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 mają 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) pracę na rzecz placówki / domu / wspólnoty**

Ta forma usługi 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 przygotowywaniu posiłków, pranie ubrań itp. mają na celu rozwinięcie poczucia odpowiedzialności, społecznej solidarności i troski o dobro wspólne. To także przygotowanie do podejmowania 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 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 wzmacnianie 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 z 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 opracowywanie i realizację projektów skierowanych do grupy, z którą utożsamia się dana osoba.

## 8) udział w wolontariacie.

Ważnym elementem usługi *Aktywizacja 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). Świadczenie pracy w formie wolontariatu na rzecz społeczności lokalnej, innych grup zagrożonych wykluczeniem społecznym rozwija wśród osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością społeczną wrażliwość, poczucie obywatelskości i daje poczucie życiowego sprawstwa.

## 9) 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). 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., racjonalnego gospodarowania energią elektryczną, wodą itp. Trening ekonomiczny indywidualny lub grupowy prowadzony jest przez specjalistów. Monitorowanie nabywania umiejętności prowadzone jest przez pracownika socjalnego lub asystenta osoby bezdomnej.

## 10) socjalne doradztwo finansowe

Socjalne doradztwo finansowe to specyficzna forma w usłudze *Aktywizacja społeczna*. Jego 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. Celem jest weryfikacja rzeczywistej sytuacji finansowej opisywanej przez daną osobę oraz ułatwienie zredukowania jej obciążeń finansowych. Wskazane jest, aby edukacyjnie stosować tę formę wobec pozostałych osób bezdomnych, szczególnie podczas pierwszych miesięcy zatrudnienia.

### **11) edukację 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 możliwości 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. 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. według klauzul dostępności w przypadku diagnoz psychologicznych).

## **1.5. Zasoby**

### **1.5.1. 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 mogą realizować:

- 1) pracownik socjalny (wariant konieczny – bez asystenta osoby bezdomnej – 1 pracownik na nie więcej niż 10 osób (środowisk rozumianych jako np. rodziny bezdomne lub rodziny zagrożone bezdomnością), wariant rekomendowany – z asystentem osoby bezdomnej – 1 pracownik na 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 na 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 usługi osób wspiera superwizor.

#### **1.5.2. ZASOBY MATERIALNE**

W usłudze *Aktywizacja społeczna* wiele form wsparcia może odbywać się bez zaplecza bądź z minimalnym zapleczem materialnym. W zależności od potrzeb wszystkie zasoby materialne i przestrzenne gminy powinny być udostępniane realizatorom usługi nieodpłatnie, co wynika ze standardu *Partnerstwo lokalne*.

#### **1.5.3. ZASOBY 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. ZASOBY INSTYTUCJONALNE**

Ośrodki pomocy społecznej i placówki dla osób bezdomnych oraz wszystkie inne placówki publiczne na terenie gminy w zależności od potrzeb.

## 2

## ROZDZIAŁ 2

## 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 obok głównego systemu edukacji i zwykle nieprowadzącą 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 dopasowanie ich 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. ZAKRES 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. ZAKRES PRZEDMIOTOWY

Usługa polega na doprowadzeniu do zdobycia przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością odpowiedniej wiedzy i kwalifikacji, niezbędnych do rozwoju osobistego, podjęcia zatrudnienia i uzyskania samodzielności życiowej.

### 2.3.2. ZAKRES 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: podstawowym, gimnazjalnym, ponadgimnazjalnym (zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcące i profilowane, technika, szkoły policealne, szkoły specjalne) oraz wyższym. W edukacji nieformalnej wykorzystuje się instytucje spoza powszechnego systemu oświaty, takie jak: centra integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, uniwersytety trzeciego 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 formy 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 (centrach integracji społecznej),
- warsztatach terapii zajęciowej oraz uniwersytetach trzeciego wieku.

Osobom kontynuującym naukę mogą być przyznawane stypendia<sup>62</sup>.

### 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. ZASOBY 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. ZASOBY 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. ZASOBY 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, 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. ZASOBY 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 dokształcania i doskonalenia zawodowego oraz publicznego kształcenia praktycznego.

## 3

**ROZDZIAŁ 3**

# 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. ZAKRES 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 zawodowa*, a także późniejszego podjęcia zatrudnienia (wskazane jest dysponowanie odpowiednią opinią specjalisty, np. realizującego usługi aktywizacji społecznej, bądź pracownika socjalnego).

### 3.3.2. ZAKRES 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 udzielenia 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. ZAKRES PRZESTRZENNY

Usługa jest realizowana w placówkach lub instytucjach statutowo zajmujących 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 korzystania z instrumentów rynku pracy);
- 2) cykliczne, inicjowane przez pracownika socjalnego z udziałem doradcy zawodowego spotkania w urzędzie pracy (nie rzadziej niż 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, programów rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, PFRON i innych funduszy;
- 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:

- dodatku aktywizacyjnego<sup>63</sup>,
- finansowania 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<sup>64</sup>,
- prac społecznie użytecznych<sup>65</sup>,
- przygotowania zawodowego dorosłych<sup>66</sup>,
- refundacji kosztów opieki nad dzieckiem<sup>67</sup>,
- stażu – instrumentu rynku pracy<sup>68</sup>.

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 oraz będą łącznikami między 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. ZASOBY OSOBOWE:

- 1) pracownik socjalny,
- 2) doradca zawodowy,
- 3) pośrednik pracy,
- 4) asystent osoby bezdomnej (wariant minimalny bez trenera pracy – 1 asystent osoby bezdomnej na nie więcej niż 5 osób bezdomnych, wariant optymalny z trenerem pracy – 1 trener na nie więcej niż 10 osób bezdomnych),
- 5) trener pracy (1 trener na 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. ZASOBY 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. ZASOBY FINANSOWE

Środki finansowe na realizację usługi *Aktywizacja zawodowa* są gwarantowane 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. ZASOBY INSTYTUCJONALNE**

Usługa *Aktywizacja zawodowa* jest umiejscowiona przede wszystkim w instytucjach statutowo zajmujących się problematyką przeciwdziałania bezrobociu, np.: publicznych i niepublicznych służbach zatrudnienia, centrach i klubach integracji społecznej, spółdzielniach socjalnych, przedsiębiorstwach non-profit.

W grupie zasobów instytucjonalnych ważną rolę odgrywają lokalni przedsiębiorcy. Usługa *Aktywizacja zawodowa* może być także realizowana przez placówki pobytu osób bezdomnych prowadzone przez organizacje pozarządowe na zlecenie publicznych służb zatrudnienia.

**ROZDZIAŁ 4**

# 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. ZAKRES 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 nieposiadająca statusu osoby bezrobotnej, wobec której będą prowadzone działania zmierzające do jej zatrudnienia.

#### 4.3.2. ZAKRES PRZEDMIOTOWY

Zakres przedmiotowy usługi obejmuje przede wszystkim takie działania, które wykorzystują aktualnie obowiązujące instrumenty rynku pracy i 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 między instytucjami pomocy społecznej, publicznymi służbami zatrudnienia, organizacjami pozarządowymi a pracodawcami.

#### 4.3.3. ZAKRES PRZESTRZENNY

Zakres przestrzenny obejmuje przede wszystkim terytorium administracyjne odpowiadające podziałowi kompetencji między jednostkami organizacyjnymi samorządu terytorialnego szczebla 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:

- refundację podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą lub szkołę niepubliczną kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, a także refundację producentowi rolnemu kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego<sup>69</sup>,
- prace interwencyjne – organizowane przez publiczne służby zatrudnienia we współpracy z lokalnymi przedsiębiorcami<sup>70</sup>,
- przyznanie bezrobotnemu / absolwentowi centrum integracji społecznej środków na podjęcie działalności gospodarczej, na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej<sup>71</sup>,
- roboty publiczne – organizowane na terenie gminy przez publiczne służby zatrudnienia i przedsiębiorstwa<sup>72</sup>,
- refundację kosztów poniesionych z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego<sup>73</sup>,
- zwrot kosztów przejazdu i zakwaterowania<sup>74</sup>.

4.4.2. **WOBEC OSÓB BEZDOMNYCH I ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ** posiadających oraz nieposiadających statusu osoby bezrobotnej uzyskanie zatrudnienia może nastąpić w wyniku **bezpośredniego udziału podmiotów ekonomii społecznej**, w tym szczególnie takich jak **spółdzielnie socjalne** lub przedsiębiorstwa społeczne, spółki non-profit. Z uwagi na kompetencje spółdzielni socjalnych w zakresie wykonywania zadań publicznych<sup>75</sup> 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, u pracodawcy lub pracodawcy będącego przedsiębiorcą. W tym ostatnim przypadku mają zastosowanie także przepisy ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej<sup>76</sup>. Udzielana przedsiębiorcom pomoc publiczna na zatrudnienie wspierane stanowi pomoc de minimis w rozumieniu rozporządzenia Komisji Wspólnot Europejskich<sup>77</sup>. 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) między: pracodawcą, PUP a OPS/NGO, polegającej 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 a OPS/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 pracy świadczonej przez osobę bezdomną. Kontrakt trójstronny w wariantcie optymalnym zawierany byłby na okres nie krótszy niż 12 miesięcy, w wariantcie 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 obligatoryjnym partnerem jest instytucja, w gestii której znajduje się Fundusz Pracy, tj. starosta.

## 4.6. 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.

#### **4.7. Zasoby 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).

#### **4.8. Zasoby materialne**

Zasoby będące w dyspozycji pracodawcy, uzależnione od specyfiki miejsca pracy, a także zasoby instytucji współpracujących.

#### **4.9. Zasoby finansowe**

Środki finansowe niezbędne na organizację usługi „Zatrudnienie subsydiowane” są gwarantowane przez Fundusz Pracy oraz wspomagane innymi środkami zagwarantowanymi w porozumieniach o współpracy instytucjonalnej.

#### **4.10. Zasoby instytucjonalne**

Przedsiębiorstwa otwartego rynku pracy, przedsiębiorstwa sektora ES, podmioty administracji publicznej, organizacje pozarządowe, PUP, OPS.

# 6

## ROZDZIAŁ 6

---

# Standardy Zatrudnienia i edukacji w praktyce. Wytyczne

## I. Wytyczne adresowane do regionów wojewodów i marszałków województw

### WYTYCZNA Nr 1: Regionalna informacja o standardzie zatrudnienia i edukacji oraz regionalne punkty informacyjne

Wojewodowie i marszałkowie województw powinni zlecić właściwym swoim organom, tj. Wydziałom Polityki Społecznej oraz Regionalnym Ośrodkom Polityki Społecznej, przygotowanie informacji dla samorządów gminnych oraz lokalnych organizacji pozarządowych o opracowanym standardzie zatrudnienia i edukacji. Do tego celu konieczne jest wykorzystanie przede wszystkim własnych stron internetowych urzędów wojewódzkich oraz marszałkowskich urzędów wojewódzkich. Wskazane jest także przekazanie odrębnego komunikatu do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej szczebla gminnego i powiatowego danego regionu.

Celowe jest wyznaczenie regionalnych punktów informacyjnych. Sugeruje się ich umiejscowienie w strukturach organizacyjnych Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej, przy czym nie zachodzi konieczność tworzenia odrębnych stanowisk pracy. Zadanie informacyjne o standardzie zatrudnienia i edukacji (także o Modelu GSWB) powinno zostać powierzone Obserwatorium Integracji Społecznej, a jego elementami byłyby m.in.:

- a) utrzymywanie stałych kontaktów z Departamentem Pomocy i Integracji Społecznej w celu pozyskiwania bieżącej informacji o stanie wdrażania rekomendacji standardu zatrudnienia i edukacji,
- b) otrzymywanie z MPiPS wyjaśnień i interpretacji odnośnie do wdrażanych usług standardu zatrudnienia i edukacji,
- c) informowanie o regionalnych i krajowych „dobrych praktykach” stosowania usług standardu zatrudnienia i edukacji wobec osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością.

### WYTYCZNA Nr 2: Okresowe informacje dla przedsiębiorców w regionie

Marszałkowie województw powinni zlecić wojewódzkim urzędом pracy przeprowadzanie w regionie okresowych kampanii informacyjnych o działaniach na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością (wg scenariuszy standardu zatrudnienia i edukacji), a szczególnie o usługach aktywizacji zawodowej oraz o tworzeniu subsydiowanych miejsc pracy dla osób bezdomnych lub zagrożonych bezdomnością – skierowanych do przedsiębiorców.

Kampanie te powinny zmierzać do upowszechniania wiedzy o skoordynowanych działaniach prowadzonych na rzecz osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością przez instytucje oraz organizacje pozarządowe oraz przełamywać stereotypy.

### WYTYCZNA Nr 3: Regionalny bank informacji o powiatach i gminach korzystających ze standardu Zatrudnienia i Edukacji

Koordinacja zbierania informacji o powiatach i gminach, w których wykorzystuje się standard zatrudnienia i edukacji w działaniach na rzecz bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, powinna zostać powierzona Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej (Obserwatorium Integracji Społecznej). Jednymi z zadań ROPS-OIS byłyby współpraca (wymiana informacji i danych) z Regionalnymi Obserwatoriami Rynku Pracy działającymi przy Wojewódzkich Urzędach Pracy, a także stworzenie systemu przepływu informacji z powiatów i gmin. Do tego celu mogłyby być wykorzystane narzędzie informacyjne – formularz Oceny Zasobów Pomocy Społecznej (OZPS), umieszczony w elektronicznym systemie SAC, do którego jednostki organizacyjne pomocy społecznej gminy, powiatu oraz regionu mają dostęp. Ponieważ ocena zasobów pomocy społecznej jest sporządzana rokrocznie, w dodatkowych częściach opisowych mogłyby być umieszczane odpowiednie wpisy o gminach i powiatach wykorzystujących standard zatrudnienia i edukacji.

System informacyjny (meldunki roczne z powiatów i gmin) powinien obejmować m.in. takie dane jak: liczba osób objętych działaniem standardu zatrudnienia i edukacji, liczba partnerów instytucjonalnych stosujących standard zatrudnienia i edukacji, liczba kontraktów socjalnych, liczba indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności oraz liczba osób, które zostały skierowane do miejsc pracy dla osób bezdomnych.

## II. Wytyczne adresowane do powiatów, gmin i ich jednostek organizacyjnych

### WYTYCZNA Nr 4: Standard Zatrudnienia i Edukacji znany w powiecie i gminie

Każdy starosta powinien wystosować informację, skierowaną do dyrektorów jednostek organizacyjnych pomocy społecznej szczebla powiatowego (PCPR) oraz do dyrektorów powiatowych urzędów pracy, przedstawiającą ideę standardu zatrudnienia i edukacji, zakres merytoryczny usług oraz schemat postępowania partnerów instytucjonalnych w obliczu problemów osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

Ponadto starosta powinien skierować list intencyjny do wójtów oraz burmistrzów, aby w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (OPS) zapoznano się z treścią merytoryczną standardu zatrudnienia i edukacji oraz stosowano wybrane jego elementy poprzedzone lokalną diagnozą problemu bezdomności lub zagrożenia bezdomnością.

Każda jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego powinna uzyskać kilka kompletów elektronicznej wersji Modelu GSWB oraz standardu zatrudnienia i edukacji wraz z innymi pomocniczymi materiałami.

### **WYTYCZNA Nr 5: Przygotowanie pracowników socjalnych powiatu i gmin do stosowania standardu Zatrudnienia i Edukacji**

Starosta oraz wójtowie gmin powinni zalecić swoim jednostkom organizacyjnym stosowanie przez pracowników socjalnych trybów i sposobów współpracy z innymi specjalistami oraz pracownikami partnerskich instytucji i organizacji pozarządowych, określonych w standardzie zatrudnienia i edukacji, w tym szczególnie:

- 1) w ramach sposobów realizacji poszczególnych usług:
  - a) prowadzenia dokumentacji przewidzianej w standardzie zatrudnienia i edukacji,
  - b) zawierania koniecznych porozumień o współpracy instytucjonalnej dla wzmocnienia odpowiedzialności za rozwiązywanie na obszarze gminy problemów bezdomności;
- 2) w ramach zasobów określonych dla poszczególnych usług:
  - a) wariantów pracy z osobami bezdomnymi, czyli zachowywania relacji pomiędzy liczbą specjalistów a liczbą osób objętych ich działaniami,
  - b) wykorzystywania potencjału organizacyjnego wszystkich instytucji oraz organizacji działających na obszarze gminy.

### **III. Wytyczne pod adresem pracowników OPS, NGO i innych instytucji zajmujących się bezpośrednią pracą z osobami bezdomnymi**

Zakres tych wytycznych dotyczy specjalności pracowników bezpośrednio pracujących z osobami bezdomnymi lub zagrożonymi bezdomnością.

#### **WYTYCZNA Nr 6: Praktyczna organizacja pracy asystenta osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością**

Asystowanie to metoda pracy oparta na indywidualnym towarzyszeniu i wspieraniu osoby zmotywowanej do osiągnięcia samodzielności życiowej, zgodnie z obraną przez nią drogą dochodzenia do tego celu, w czasie, jakiego ona potrzebuje. Asystent towarzyszy klientowi w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego, motywuje i dopinguje go do podejmowania działań mających na celu poprawę i zmianę jego sytuacji socjalno-bytowej oraz monitoruje postępy w realizacji kontraktu socjalnego/IPWzB.

Asystent stanowi wsparcie dla pracowników socjalnych.

Asystent osoby bezdomnej powinien pracować z maksymalnie 10 osobami bezdomnymi jednocześnie. Zakres czynności asystenta i czas pracy, jaki powinien przeznaczać na spotkania z konkretnym klientem, są ściśle uzależnione od diagnozy sytuacji klienta i planu pomocy opracowanego przez pracownika socjalnego. Asystent osoby bezdomnej powinien pracować w zadaniowym czasie pracy, tak aby mógł elastycznie dostosować godziny pracy do indywidualnej sytuacji klienta.

Asystent nie powinien rozpoczynać swojej pracy z więcej niż 3 klientami jednocześnie. Klienci powinni być przyjmowani przez asystenta stopniowo, w takich odstępach czasowych, żeby mógł on wnikliwie zapoznać się z ich sytuacją. Zakres czasowy pracy asystenta z klientem nie powinien być krótszy niż 6 miesięcy.

#### **WYTYCZNA Nr 7: Praktyczna organizacja pracy „trenera pracy” osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością**

Podstawowym zadaniem „trenera pracy” jest udzielanie pomocy w zdobyciu i utrzymaniu pracy oraz adaptacji w miejscu pracy. Trener pracy lub osoba pełniąca taką funkcję (np. asystent osoby bezdomnej) aktywnie uczestniczą w pozyskaniu dla swojego klienta ofert pracy dobranych jakościowo i zakresowo do jego potrzeb, możliwości i umiejętności, z uwzględ-

nieniem deficytów/dysfunkcji. Trener pracy pomaga przygotować dokumenty aplikacyjne, motywuje klienta do odbycia rozmowy kwalifikacyjnej (może wspierać klienta, idąc z nim na taką rozmowę). Od chwili podjęcia zatrudnienia przez klienta trener powinien monitorować sytuację przez okres 2–3 miesięcy (na pewno w trakcie okresu próbnego) poprzez kontakt z pracodawcą, częste spotkania i rozmowy z klientem, motywowanie go do utrzymania zatrudnienia, wskazywanie korzyści z pracy (finansowych i pozafinansowych) itd. Ramy czasowe współpracy trenera pracy z osobą bezdomną wyznaczane są indywidualnie. Zawsze jest to sytuacja jednostkowa i zależy od tego, jak długo klient pozostawał bez pracy, od jego kwalifikacji zawodowych, osobowości i predyspozycji. W opinii praktyków (np. osób asystujących osobom bezdomnym) okres ten nie powinien być krótszy niż 6 miesięcy i powinien trwać aż do uzyskania zatrudnienia oraz później przez okres od 2 do 4 miesięcy. Trener powinien zakończyć współpracę w momencie, kiedy będzie pewny, że klient samodzielnie, bez żadnego wsparcia z zewnątrz, będzie w stanie utrzymać podjęte zatrudnienie.

### **WYTYCZNA Nr 8: Propozycja organizacji prac społecznie użytecznych dla osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością**

Ważnymi przesłankami korzystania z tej formy aktywizacji zawodowej jest fakt wykonywania pracy do 10 godzin tygodniowo, uzyskiwanie dochodu, który nie jest ujmowany przy wyliczaniu dochodu uprawniającego do ubiegania się o świadczenia z pomocy społecznej.

Ta forma zatrudnienia może stanowić potencjalne źródło edukacji nieformalnej w obszarze kontaktów międzyludzkich „pracownik – pracownik, będący osobą bezdomną” (np. praca w zespole, wzajemna pomoc, rozmowy prywatne o charakterze osobistym), a także obserwacji zależności pomiędzy zakresem obowiązków a odpowiedzialnością za wykonywane zadania.

Prace społecznie użyteczne wymagają współdziałania ze sobą różnych instytucji rynku lokalnego, co może wydatnie przyczynić się do wzrostu przepływu informacji pomiędzy podmiotami, i wymusza konieczność kontaktu ze sobą ich pracowników, np. OPS-u i PUP, co niewątpliwie powoduje spadek anonimowości klientów oraz pojawienie się mechanizmu wspólnej troski o konkretne osoby. Ponadto prace wykonywane na rzecz społeczności lokalnej np. przy sprzątanii miasta czy pielęgnacji terenów rekreacyjnych mogą być przez nią właśnie zauważone i docenione, co może spowodować wzrost przychylności dla wykorzystania potencjału osób długotrwale bezrobotnych, zwłaszcza bezdomnych.

Wykorzystanie prac społecznie użytecznych jako obowiązkowego elementu pracy z osobami bezdomnymi zdecydowanie pomaga w przełamaniu schematu działania OPS, który tylko realizuje obowiązki ustawowe, przyznając środki finansowe. Kierowanie osób bezdomnych na prace społecznie użyteczne powoduje, że osoba zainteresowana, chcąc zakupić odzież czy obuwie, miałaby możliwość legalnego zarobienia pieniędzy na ten cel, zamiast składać wnioski o zasiłek.

Zgodnie z przepisami do prac społecznie użytecznych mogą być skierowani bezrobotni bez prawa do zasiłku, korzystający ze świadczeń z pomocy społecznej. Wykonują oni prace społecznie użyteczne na terenie gminy, w której zamieszkują lub przebywają.

Osoby bezdomne powinny być kierowane do placówek usytuowanych poza terenem właściwej miejscowo dla siebie gminy (szczególnie w mniejszych gminach, które nie posiadają na swoim terenie żadnej placówki dla osób bezdomnych). Jest to jednak w sprzeczności z obowiązującymi przepisami o trybie i organizacji prac społecznie użytecznych.

Wyklucza to całkowicie możliwość skorzystania przez te osoby z tego instrumentu rynku pracy. Dlatego też proponuje się, do czasu ewentualnej zmiany przepisów o trybie i organizacji prac społecznie użytecznych wobec osób bezdomnych, stosowanie szczególnego rodzaju porozumień pomiędzy ośrodkami pomocy społecznej a powiatowymi urzędami

pracy. Szczególny tryb takiego porozumienia zmierzałby do kierowania osób bezdomnych, objętych kontraktami socjalnymi lub indywidualnymi programami wychodzenia z bezdomności, do prac społecznie użytecznych na terenie gminy macierzystej lub w wyjątkowych sytuacjach (duża odległość) na terenie gminy, do której osoba bezdomna została skierowana z powodu schronienia.

#### **WYTYCZNA Nr 9: Partnerskie wsparcie dla standardów Zatrudnienia i Edukacji w różnych instytucjach działających w gminie**

Dla efektywnej realizacji usług standardu zatrudnienia i edukacji na obszarze gminy niezbędne jest korzystanie z metody partnerskiego współdziałania wielu instytucji. Najprostszym wariantem partnerskiego współdziałania jest skoncentrowanie wokół jednostki organizacyjnej pomocy społecznej takich partnerów jak: placówki kulturalne, edukacyjne, kluby sportowe, ośrodki społecznej aktywności, organizacje pozarządowe działające w środowisku lokalnym, jak również osoby fizyczne.

#### **WYTYCZNA Nr 10: Przekazanie informacji organizatorom zatrudnienia subsydiowanego osoby bezdomnej**

Wszystkie instytucje i podmioty uczestniczące w realizacji usługi „Zatrudnienie subsydiowane” powinny otrzymać informację („okólnik”) od Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej o tym, że brak stałego meldunku nie jest dla osoby bezdomnej przeszkodą w rejestracji i uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej i zorganizowaniu zatrudnienia subsydiowanego. Wymagane jest przy tym spełnienie jednego z następujących warunków: zameldowanie tymczasowe w miejscu faktycznego pobytu, zaświadczenie z placówki, w której przebywa osoba bezdomna, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o udzielonej pomocy lub imienna decyzja o przyznaniu pomocy np. w formie schronienia wraz z adresem placówki dla osób bezdomnych.







STANDARD  
STREETWORKINGU

## 1

**ROZDZIAŁ 1**

# Wprowadzenie

## 1.1. Misja streetworkingu w środowisku osób bezdomnych

Streetworking w środowisku osób bezdomnych jest usługą społeczną, która tworzy pomost między osobą bezdomną a społeczeństwem, pozwalający osobie bezdomnej przywrócić możliwość pełnienia ról społecznych oraz odtworzyć dobrostan psychiczny, społeczny i bytowy przez 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 prowadzonej przez odpowiednio przygotowanych i przeszkolonych pracowników z osobą bezdomną pozostającą poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywającą w miejscach niemieszkalnych, odbywającej się w jej środowisku, na akceptowanych obustronnie zasadach, w jej tempie i w oparciu o wspólnie wypracowany plan<sup>78</sup>.

## ROZDZIAŁ 2

## Cele usługi

PERSPEKTYWA ORGANIZATORA<sup>79</sup>

## Cele systemowe

PERSPEKTYWA REALIZATORA<sup>80</sup>

## Cele jednostkowe

**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 / zlecniodawcy 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 społecznych<sup>81</sup>,
- 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 ryzykowanych i zminimalizowanie szkód oraz zwiększenie świadomości w zakresie profilaktyki innych zjawisk współwystępujących z bezdomnością.

## 3

## ROZDZIAŁ 3

# Zakres usługi

## 3.1. Zakres podmiotowy

Streetworking w środowisku osób bezdomnych swym oddziaływaniem obejmuje osoby pozostające poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywające w miejscach niespełniających kryteriów lokalu mieszkalnego (szczegółowa kategoryzacja patrz punkt „Zakres przestrzenny”).

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 jest tożsame z dostępem do szerokiego wachlarza świadczeń rozpoczynającego się od informacji i poradnictwa.

## 3.2. Zakres 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 z 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. Zakres 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 takich jak markety, centra handlowe – galerie, sklepy, złomowiska, lotniska, dworce, metro, centra miast – skupiska ludzi, parkingi, przystanki i wiaty autobusowe, plaże.

## 4

## ROZDZIAŁ 4

## Organizacja usługi

PERSPEKTYWA ORGANIZATORA	PERSPEKTYWA REALIZATORA
	1. OBSZARY PRACY
	2. DOKUMENTACJA USŁUGI
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprawozdania / raporty zawierające ilościowe i jakościowe informacje na temat wdrażanej usługi w aspekcie finansowym i rzeczowym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ plan pracy</li> <li>■ sprawozdanie z realizacji dyżurów</li> <li>■ rejestr osób bezdomnych</li> <li>■ rejonizacja pracy</li> <li>■ notatki służbowe</li> </ul>
	Mapy miejsc niemieszkalnych
	3. WARUNKI REALIZACJI
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ okres, w jakim świadczona jest usługa streetworkingu</li> <li>■ superwizja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ czas pracy streetworkera</li> <li>■ pory, w jakich usługa streetworkingu może być świadczona</li> <li>■ czas świadczenia usługi</li> </ul>
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 działającego 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 utrzymywania 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 chodzi np. o zagrożenie zdrowia lub życia). W sytuacjach interwencyjnych, ratowania zdrowia lub życia próba nawiązania kontaktu i relacji jest 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 przez streetworkera prawa osoby do samostanowienia.

Aby praca streetworkera przyniosła właściwe rezultaty, streetworker i instytucja / organizacja go zatrudniająca powinni działać w wymienionych niżej 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 miejsce swojej pracy, ocenia, które z dzielnic i rejonów miasta powinny stać się docelowymi miejscami jego działań prowadzonych na rzecz osób bezdomnych. Należy tutaj uwzględnić naturalną specyfikę miasta, rejonu biedy, ubogie dzielnice, ogródki działkowe, gdyż w takich rejonach streetworkerzy pracujący z osobami bezdomnymi będą intensyfikować swoje działania.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie badania środowiska to:

- rozeznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów

*Jeżeli w instytucji pracuje więcej niż jedna para streetworkerów, ważne jest, aby każda para poznała całość terenu; wynika to głównie z konieczności utrzymania ciągłości pracy w danym rejonie, jeżeli jedna z par będzie nieobecna;*

- ustanowienie hierarchii ważności dzielnic miasta, w którym pracować będą streetworkerzy z osobami bezdomnymi

*Należy zwrócić uwagę, że np. na nowo powstałych osiedlach osoby bezdomne lub zagrożone bezdomnością będą raczej zbierały surowce wtórne (żłom, makulaturę) aniżeli przebywały na klatkach schodowych, w piwnicach czy zsypach (ponieważ te są zwykle objęte monitoringiem, a 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 tzw. blokowiska (a w nich na klatki, zsypy na śmieci, piwnice) oraz osiedla, na których występują ogródki działkowe;*

- zebranie istniejących map miejsc niemieszkalnych<sup>82</sup> / 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 korzystać będą 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.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie obecności / monitorowania środowiska to:

- 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 jesteśmy 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. Nawiązuje on 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 w obliczu zjawiska kryzysowego.

Podstawowe działania podejmowane przez streetworkera w czasie nawiązania kontaktu to:

- 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 wtedy, kiedy sama osoba bezdomna otwórzy się na pomagającego, 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 mu-

szą aktywnie uczestniczyć obie jego strony – osoba bezdomna i streetworker. Dzięki takiej współpracy możliwe będzie ustanowienie więzi, rozumianej jako pomost pomiędzy streetworkerem, reprezentującym instytucje pomocy społecznej, a osobą bezdomną, przebywającą w miejscach niemieszkalnych, możliwa będzie motywacja do zmiany stylu / poprawy jakości życia osoby bezdomnej czy obalanie stereotypów, którymi posługują się osoby bezdomne na temat pomocy społecznej i pomagających. 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, powinny się opierać 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) i zdrowotnych (wizyty u lekarza i towarzyszenie w drodze do niego), a także zakładać 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 to:

- cykliczne odwiedzanie 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 przy załatwianiu ważnych spraw dla osoby bezdomnej,
- 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 jej sprawa została przekazana do innej, bardziej zaawansowanej instytucji pomocy.

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 okresie kończenia 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 to:

- 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.

#### 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 to:

- 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 w 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 (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 niemieszkalnych mogą latami nie przynosić efektu w postaci chęci danej osoby do zmiany swojej sytuacji życiowej. Nie znaczy to jednak, że opracowanie, wdrożenie i realizacja jakiegoś planu nie są 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 minimalizowania 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 nie tylko pojedynczych osób bezdomnych). Programy redukcji szkód, jako działania szersze od codziennej praktyki, wzbogacone zostają o pogłębione akcje i 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, a same programy mogą być wysoce szczegółowe, kompleksowe i rozbudowane. Przykładowy zakres takich specjalistycznych programów redukcji szkód znajduje się w standardzie zdrowia (usługa „Terapia uzależnień”). Pamiętajć jednak trzeba, że głównymi realizatorami tych programów nie są streetworkerzy pracujący

w środowisku osób bezdomnych, ale dodatkowo są włączani do streetworkerskich zespołów specjaliści (terapeuci uzależnień, edukatorzy seksualni) i to oni (a nie streetworkerzy) są odpowiedzialni za ich realizację.

Programowanie i realizacja działań z zakresu redukcji szkód wymaga od streetworkera głębokiego poszanowania woli osoby do zachowania stylu życia, który można określić jako degradujący. 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 – 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 to:

- 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 opisujących konsekwencje zachowań ryzykownych,
- motywowanie do zmiany stylu życia,
- dostarczanie narzędzi materialnych zawartych w „pakiecie”<sup>83</sup>, adekwatnych do zidentyfikowanego zagrożenia (część praktyczna standardu).

**TABELA 8 | Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych – cele, zadania dokumenty**

OBSZARY PRACY STREETWORKERA	DZIAŁANIA	METODY I TECHNIKI REALIZACJI DZIAŁAŃ	NARZĘDZIA I DOKUMENTY
<b>Badanie środowiska, w tym poszukiwanie i docieranie do osób bezdomnych,</b> czyli zapoznanie się i uzyskanie informacji o środowisku osób bezdomnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rozeznanie specyfiki każdego z rejonów objętych pracą zespołu streetworkerów</li> <li>■ ustanowienie hierarchii ważności dzielnic miasta, w którym pracować będą streetworkerzy z osobami bezdomnymi</li> <li>■ zebranie istniejących map miejsc niemieszkalnych od ewentualnych koalicjantów</li> <li>■ ustalenie i/lub opracowanie jednolitych dla wszystkich koalicjantów wytycznych dotyczących zbierania danych do mapy miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ opracowanie wstępnej mapy miejsc przebywania osób bezdomnych na danym terenie, wytypowanie miejsc najbardziej zagrożonych</li> <li>■ monitorowanie środowiska pod kątem występowania miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ poszukiwanie i identyfikowanie osób bezdomnych w miejscach niemieszkalnych</li> <li>■ zapoznanie się z rolą, zakresem obowiązków i możliwościami organizacji oraz instytucji działających na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności i łagodzenia jego skutków – nawiązanie współpracy</li> <li>■ dokumentowanie podejmowanych działań</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ analiza istniejących dokumentów</li> <li>■ spotkania zespołu</li> <li>■ spotkania i rozmowy z koalicjantami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ narzędzia techniczne (narzędzia i materiały biurowe, telefon, internet)</li> <li>■ mapa miasta</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ lokalne diagnozy</li> <li>■ istniejące bazy danych o osobach bezdomnych</li> </ul>
<b>Obecność, monitoring,</b> czyli wejście w środowisko przebywania osób bezdomnych, z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności wcześniej zdobytych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regularny, systematyczny i cykliczny monitoring miejsc niemieszkalnych określonych na etapie badania środowiska</li> <li>■ uzupełnianie bieżącej dokumentacji, w tym mapy miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ realizacja postanowień partnerstwa / koalicji na rzecz pomocy osobom bezdomnym pozostającym w miejscach niemieszkalnych (spotkania ze służbami lub instytucjami, wspólne patrole) – aktywny udział w partnerstwie</li> <li>■ działania edukacyjno-informacyjne skierowane do lokalnej społeczności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ praca w terenie</li> <li>■ obserwacja</li> <li>■ wspólne patrole ze służbami miejskimi</li> <li>■ kampanie informacyjne</li> <li>■ spotkania ze społecznością lokalną</li> </ul>	<p>Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ odpowiednie do pory roku odzież i obuwie</li> <li>■ plecak</li> <li>■ latarka</li> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ telefon komórkowy</li> <li>■ ulotki, plakaty i informatory</li> <li>■ materiały biurowe (notes, długopis)</li> <li>■ identyfikatory</li> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> </ul>
<b>Nawiązanie kontaktu,</b> czyli pierwszy kontakt z osobą bezdomną i próba nawiązania relacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ przedstawienie się i próba nawiązania rozmowy z osobą bezdomną</li> <li>■ wysłuchanie historii i rozmowa na temat potrzeb osoby bezdomnej</li> <li>■ informowanie o możliwościach uzyskania pomocy</li> <li>■ dokumentowanie podejmowanych działań, w tym po kontakcie wypełnienie karty kontaktu, która będzie uzupełniana po każdym kolejnym kontakcie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ praca w terenie</li> <li>■ rozmowa motywacyjna</li> <li>■ rozmowa informacyjna</li> </ul>	<p>Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ odpowiednie do pory roku odzież i obuwie</li> <li>■ plecak</li> <li>■ latarka</li> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ telefon komórkowy</li> <li>■ ulotki, plakaty i informatory</li> <li>■ materiały biurowe (notes, długopis)</li> <li>■ identyfikatory</li> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ baza koalicjantów</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> </ul>



<b>Budowanie i utrzymywanie relacji, w tym tworzenie i realizacja planu zmian,</b> poznawanie potrzeb i deficytów osób bezdomnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ cykliczne odwiedzanie osób przebywających w miejscach niemieszkalnych</li> <li>■ przedstawianie oferty pomocy adekwatnej do bieżącej sytuacji osoby bezdomnej</li> <li>■ rozmowy wsparcia w chwilach kryzysu</li> <li>■ motywowanie osób bezdomnych do zmiany stylu życia</li> <li>■ pomoc w zabezpieczeniu bieżących potrzeb</li> <li>■ szukanie konkretnych rozwiązań pod kątem indywidualnej sytuacji osoby bezdomnej</li> <li>■ towarzyszenie osobom bezdomnym w dotarciu do adekwatnych dla ich sytuacji placówek pomocy</li> <li>■ asystowanie i/lub pośredniczenie osobie bezdomnej przy załatwianiu ważnych dla niej spraw</li> <li>■ skierowanie do placówki odpowiedniego typu (jeżeli streetworker jest odpowiedzialny za udzielanie skierowań)</li> <li>■ dokumentowanie przeprowadzonych działań</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ praca w terenie</li> <li>■ rozmowa motywacyjna</li> <li>■ rozmowa informacyjna</li> <li>■ rozmowa wspierająca</li> <li>■ towarzyszenie osobie bezdomnej</li> <li>■ asystowanie osobie bezdomnej</li> </ul>	<p>Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ odpowiednie do pory roku odzież i obuwie</li> <li>■ plecak</li> <li>■ latarka</li> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ telefon komórkowy</li> <li>■ ulotki, plakaty i informatory</li> <li>■ materiały biurowe (notes, długopis)</li> <li>■ identyfikatory</li> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ baza koalicjantów</li> </ul>
<b>Zakończenie relacji,</b> czyli praca z osobą w kierunku zmiany stylu życia – wygaszenie kontaktu z osobą bezdomną	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rozmowa wsparcia</li> <li>■ rozmowa informacyjna</li> <li>■ towarzyszenie / asystowanie osobie bezdomnej do miejsc noclegowych lub innych instytucji adekwatnych w jej sytuacji</li> <li>■ wspieranie w nowej sytuacji i stopniowe wygaszanie kontaktu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ praca w terenie</li> <li>■ rozmowa motywacyjna</li> <li>■ rozmowa informacyjna</li> <li>■ rozmowa wspierająca</li> <li>■ towarzyszenie osobie bezdomnej</li> <li>■ spotkania / rozmowy z innymi podmiotami udzielającymi wsparcia</li> </ul>	<p>Zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ odpowiednie do pory roku odzież i obuwie</li> <li>■ plecak</li> <li>■ latarka</li> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ telefon komórkowy</li> <li>■ ulotki, plakaty i informatory</li> <li>■ materiały biurowe (notes, długopis)</li> <li>■ identyfikatory</li> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ baza koalicjantów</li> </ul>
<b>Interwencja,</b> czyli działania w celu ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ udzielenie pierwszej pomocy</li> <li>■ wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ praca w terenie</li> <li>■ udzielenie pierwszej pomocy</li> <li>■ wezwanie pomocy adekwatnej do sytuacji danej osoby bezdomnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ telefon komórkowy</li> <li>■ notatka służbowa</li> </ul>
<b>Redukcje szkód,</b> czyli minimalizacja skutków zachowań ryzykownych związanych z bezdomnością	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rozpoznanie zachowań wymagających działań redukujących</li> <li>■ edukacja i informacja w zakresie konsekwencji zachowań ryzykownych i możliwości im zapobiegania</li> <li>■ motywowanie do zmiany stylu życia</li> <li>■ tworzenie planów działań z zakresu redukcji szkód</li> <li>■ dostarczanie narzędzi materialnych zawartych w „pakiecie”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ praca w terenie</li> <li>■ wywiad</li> <li>■ spotkania zespołu</li> <li>■ rozmowa informacyjna</li> <li>■ rozmowa edukacyjna</li> <li>■ rozmowa wspierająca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ telefony komórkowe</li> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ ulotki</li> <li>■ plecaki</li> <li>■ baza koalicjantów</li> <li>■ mapa miejsc niemieszkalnych</li> <li>■ tzw. pakiet</li> </ul>

## 4.2. Dokumentacja usługi

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 postępuje 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 elastyczny i dynamiczny, 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 powinien być ograniczony do minimum na rzecz pracy w środowisku osób bezdomnych, partnerstwa, koalicji itp.

Celami tworzenia dokumentacji pracy streetworkera są:

- zarządzanie i koordynowanie pracy,
- utrzymanie ciągłości i systematyki pracy,
- monitorowanie pracy streetworkera,
- monitorowanie sytuacji osoby bezdomnej,
- umożliwienie przygotowania odpowiednich sprawozdań.

Tworzona dokumentacja streetworkera powinna zawierać następujące elementy:

- kartę kontaktu – dokument zawierający **podstawowe** dane osoby bezdomnej;
- mapę miejsc Niemieszkalnych – bazę miejsc Niemieszkalnych, zawierającą 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;
- rejonizację 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"> <li>■ karta kontaktu</li> <li>■ mapa miejsc Niemieszkalnych</li> <li>■ plan pracy</li> <li>■ sprawozdanie z realizacji dyżurów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rejestr osób bezdomnych</li> <li>■ rejonizacja pracy</li> <li>■ notatki służbowe</li> </ul>

---



## Mapy miejsc niemieszkalnych

Mapa miejsc niemieszkalnych jest jednym z najważniejszych narzędzi pracy streetworkera działającego wśród osób bezdomnych, a jednocześnie niezwykle istotnym dokumentem dla organizatorów usługi streetworkingu, dzięki któremu możliwe są:

- poznanie skali zjawiska bezdomności pozainstytucjonalnej;
- poznanie i monitorowanie miejsc przebywania osób bezdomnych, w tym miejsc szczególnie dla nich niebezpiecznych;
- zaplanowanie pomocy adekwatnej do sytuacji osób bezdomnych, w tym wprowadzenie działań streetworkingowych;
- ograniczenie w okresie zimowym skali zamarzeń osób bezdomnych przebywających z dala od skupisk ludzkich (centrów miast, osiedli itp.);
- efektywna współpraca z innymi służbami działającymi na rzecz pomocy osobom bezdomnym;
- koordynacja działań skierowanych do osób w stanie bezdomności ulicznej;
- utrzymanie ciągłości pracy w terenie.

Mapa miejsc niemieszkalnych spełnia swoje funkcje, pod warunkiem że jest ona 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 streetworkerów w terenie. 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 jej określenie);
- numer budynku lub miejsca, w którym przebywa osoba bezdomna (jeśli możliwe jest jego określenie);
- opis miejsca (szczególnie istotne dla miejsc, wobec których trudno o określenie adresu) – znaki szczególne, które są charakterystyczne dla danego miejsca, które powinny pomóc trafić do danego miejsca;
- kategoria miejsca (działka, altanka działkowa, pustostan, dworzec kolejowy, altanka śmietnikowa, piwnica, zsył 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 (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.

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

- **Straż Miejska / Straż 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 / właściwego zespołu ośrodka pomocy społecznej);

Podstawową formą mapy miejsc niemieszkalnych jest tabela, zawierająca ww. 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. mieszkańców 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 – patrz: zasoby osobowe). Wymóg ten dotyczy wszystkich realizujących usługę streetworkingu (nie tylko gmin, które są zobowiązane do realizacji usługi ustawowo).

#### 4.3.1. OKRES ŚWIADCZENIA USŁUGI STREETWORKINGU

Decyzja o długości okresu, w którym będzie świadczona usługa streetworkingu wśród osób bezdomnych, 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. w gminach dużych), sezonowo (w gminach atrakcyjnych turystycznie – kurortach, uzdrowiskach itp.) lub incydentalnie (np. przy okazji dużych kilkudniowych imprez masowych). Przyjmując za punkt odniesienia taką specyfikę ulicznej bezdomności, wyodrębnić można odpowiednie formy organizacji streetworkingu:

##### ■ Streetworking 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).

---

Streetworking całoroczny może jednak nie być w pełni uzasadniony w gminach małych, o znikomej skali bezdomności lub w gminach, w których jedynie sezonowo pojawiają się osoby bezdomne.

---

##### ■ Streetworking sezonowy

Wariant możliwy do zastosowania jako pewnego rodzaju stały element systemu, ale wdrażany jedynie w pewnych okresach roku, związanych np. z wzmożeniem ruchu turystycznego. Jeżeli atrakcyjność pewnych gmin dla ludzi bezdomnych ogranicza się np. do okresów wakacyjnych, to w tych właśnie okresach aktywność gmin powinna być także ukierunkowana na wsparcie ludzi, którzy wtedy będą w nich przebywać w warunkach dla nich samych niebezpiecznych. Należy jednak pamiętać, że ta forma ma jedynie wymiar doraźny i nie daje możliwości osiągnięcia takich rezultatów, jakie są możliwe w przypadku streetworkingu realizowanego całorocznie (budowania relacji i stymulowania procesu zmiany), a tym samym jej wdrażanie ma sens jedynie w gminach, w których poza sezonem bezdomność uliczna nie istnieje lub ma

wymiar marginalny. Nie oznacza to jednak, że nawet nieliczne osoby bezdomne pozostające w przestrzeni ulicznej poza sezonem mogą zostać pozostawione bez wsparcia.

#### ■ Streetworking akcyjny

Akcyjny charakter ulicznej bezdomności związany może być ze szczególnymi wydarzeniami na terenie gminy. Wyróżnić tu głównie można cykliczne wielodniowe imprezy wpisane na stałe do kalendarza gminnych wydarzeń (np. festiwale, jarmarki), jak i jednorazowe, ale o wyjątkowym charakterze (np. wielodniowe zawody sportowe rangi międzynarodowej – mistrzostwa świata, mistrzostwa Europy). Charakter takiej bezdomności jest podobny do bezdomności sezonowej, ale trwa zdecydowanie krócej.

Zaznaczyć tu trzeba, że streetworking akcyjny 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, a tym samym ich wspieranie nie może się ograniczać tylko do okresu zimowego.

### 4.3.2. CZAS PRACY I FORMA ZATRUDNIENIA STREETWORKERA

Podobnie jak przy ustalaniu okresu świadczenia usługi, decyzja o wyborze systemu czasu pracy streetworkera oraz formy jego zatrudnienia musi zostać poprzedzona diagnozą środowiska osób przebywających w miejscach niemieszkalnych i wynikać z rzeczywistych lokalnych uwarunkowań problematyki bezdomności. Za rekomendowaną formę zatrudnienia należy uznać umowę o pracę w wymiarze pełnego 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 wczesnorannych do popołudniowych;
  - od południa do godzin wieczornych.

Praca w takich okresach dnia, zakładająca jej rotację (praca od godzin wczesnorannych lub popołudniowych i trwająca do godzin wieczornych – na zmianę), jest wariantem 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;
- 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:

- w czasie przebywania / obecności w nich osób bezdomnych – regularne monitorowanie sytuacji osób przebywających w miejscu niemieszkalnym;
- do czasu opuszczenia przez osoby bezdomne zdiagnozowanego miejsca – regularnie, ale z mniejszą częstotliwością (monitorowanie miejsca niemieszkalnego, sprawdzanie, czy nie powróciły tam osoby bezdomne);
- do czasu likwidacji miejsca niemieszkalnego (zburzenia pustostanu, spalenia działki itp.). 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 wystarczą, 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 warsztaty / ćwiczenia) i obejmować zagadnienia podane w tabeli 9.

**TABELA 9 | Plan nauczania określający nazwę zajęć edukacyjnych**

LP.	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 obejmować przynajmniej 30 godzin zajęć w terenie. Stanowi ona uzupełnienie wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkolenia. Najlepiej, jeżeli będzie się 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 to:

- 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 ich przypadku 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 ze strony samego streetworkera i ze strony 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 bardziej trafnej diagnozy i przyjęcia lepszych strategii w wykonywanej pracy.

**Superwizor** nie jest osobą pracującą w danym zespole lub organizacji, tylko jego konsultantem.

## 5

## ROZDZIAŁ 5

## Zasoby

## 5.1. Zasoby personalne

Zespół osób realizujących usługę

Ze względu na 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, wymagane jest prowadzenie takiej pracy w zespole. W skład zespołu realizującego streetworking wchodzi:

- **koordynator**, często lider zespołu, którym może być jeden ze streetworkerów – do najważniejszych jego zadań należą: 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 i rejonach miasta.

Zespół realizujący streetworking w danej gminie powinien spotykać się systematycznie w celu omówienia bieżących problemów, zaplanowania pracy, uzupełnienia dokumentacji, omówienia trudnych przypadków czy wymiany informacji w ramach koalicji. Spotkania zespołu powinny odbywać się przynajmniej raz w tygodniu. Streetworkerzy przede wszystkim pracują z osobami bezdomnymi, ale w swojej pracy powinni także znaleźć czas na sporządzenie 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**, opartym na pracy osób, które doświadczyły wykluczenia (w odniesieniu do streetworkingu – doświadczyły sytuacji bycia bez dachu nad głową). Nurt ten zwany bywa też neofickim;

- **zawodowym**, opartym na pracy osób o wysokich kwalifikacjach formalnych związanych przede wszystkim z wykształceniem z zakresie nauk społecznych lub w zawodzie pracownika socjalnego;
- **mieszanym**, opartym na pracy zespołów minimum dwuosobowych, 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 na konkretne wykształcenie formalne. Rekomendujemy jednak uzupełnienie wykształcenia do poziomu średniego.

Tabele 10, 11 i 12 przedstawiają profil kandydata na streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych. Składają się na niego kwalifikacje formalne, czyli wykształcenie i wiedza specjalistyczna oraz doświadczenie kandydata, a także kwalifikacje psychospołeczne, czyli cechy osobowościowe oraz postawa osobista.

**TABELA 10 | 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 przez 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 powinno być ukończenie programu własnej terapii. W przypadku osób, które w przeszłości doświadczyły bezdomności, wymogiem koniecznym jest zakończenie procesu reintegracji społecznej, rozumiane 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.



**TABELA 11 | 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, okazywać zainteresowanie odczuciami osób bezdomnych, a także posiadać gotowość do akceptowania i rozumienia reakcji innego człowieka.
Odporność na stres i wytrzymałość	Streetworker jest osobą odporną na stres. W trudnych sytuacjach nie wycofuje się, lecz 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.
Sumienność i samodzielność w działaniu	Streetworker jest osobą samodzielną i sumienną. Można na nim polegać. Potrafi samodzielnie rozwiązywać problemy. Zna granice swoich kompetencji. W razie trudności potrafi zwrócić się o pomoc i skorzystać z doświadczeń osób o większej wiedzy i doświadczeniu.
Zaangażowanie i inicjatywa	Streetworker jest osobą zaangażowaną w swoją pracę i do niej silnie wewnętrznie zmotywowaną. Przejawia inicjatywę w poszukiwaniu miejsc przebywania osób bezdomnych i podejmuje działania mające na celu niesienie im pomocy i wsparcia.
UMIĘTNOŚCI 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. Streetworker 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 decyzji	Streetworker potrafi ocenić sytuację, w której się znajduje, oraz sytuację osoby bezdomnej. W oparciu o analizę sytuacji podejmuje racjonalne decyzje. Potrafi znaleźć i zaproponować różne opcje rozwiązania problemów, z którymi borykają się ludzie bezdomni.
Umiejętność motywowania	Streetworker potrafi zmotywować innych do przeprowadzenia pozytywnych zmian w swoim życiu.
Umiejętność planowania i organizowania 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. Zasoby materialne

**TABELA 12 | Narzędzia materialne pracy streetworkera**

WYMAGANE	REKOMENDOWANE
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zapewnienie możliwości przemieszczania się po danym terenie</li> <li>■ odpowiednie do pory roku odzież i obuwie</li> <li>■ plecak</li> <li>■ latarka</li> <li>■ apteczka (w tym rękawiczki jednorazowe)</li> <li>■ telefon komórkowy</li> <li>■ ulotki, plakaty i informatory</li> <li>■ materiały biurowe (notes, długopis)</li> <li>■ identyfikatory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ termos</li> <li>■ koce lub folia ratunkowa</li> <li>■ ciepły napój</li> <li>■ inne przedmioty i rzeczy służące redukcji szkód („pakiet”)</li> <li>■ wielofunkcyjny scyzoryk</li> <li>■ odstraszacz psów / gaz pieprzowy</li> </ul>

## 5.3. Zasoby niematerialne

Narzędzia niematerialne:

- superwizja,
- sieć koalicjantów,
- wsparcie merytoryczne,
- monitorowanie i nadzór,
- szkolenia.

## 5.4. Zasoby 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, punkty skupu surowców wtórnych, firmy prywatne, członkowie lokalnej społeczności i osoby prywatne;
- organizacje pozarządowe działające w obszarze polityki społecznej.

## 5.5. 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 (koordynatora, streetworkerów);
- wynagrodzenie osób wspierających zespół realizujący streetworking (np. wynagrodzenie superwizora czy pielęgniarki, psychologa, którzy mogą brać udział w patrolach razem ze streetworkerami);
- koszty wyposażenia stanowisk pracy wyżej wymienionych osób (personelu) m.in. w 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 sprzątanía pomieszczeń (w tym środków do utrzymania czystości) oraz dezynsekcji, dezynfekcji, deratyzacji itp.;
- koszty archiwizacji dokumentacji;
- koszt amortyzacji sprzętu i wartości niematerialnych.

# 6

## ROZDZIAŁ 6

---

# Standard Streetworkingu w praktyce. Pytania i odpowiedzi

Przyczyny, które prowadzą do coraz większego wykluczenia społecznego osób bezdomnych, wynikają przede wszystkim z postępującego zaburzenia relacji w określonym kontekście społecznym, co ze względu na kumulowanie się problemów pogarsza dodatkowo sytuację danej osoby. Zarówno z tego powodu, jak i z konieczności podjęcia działań na wielu płaszczyznach, system wsparcia powinien opierać się i koncentrować przede wszystkim na relacjach. To podstawa działań streetworkingowych, które często stanowią pierwszy krok w wychwyceniu osób żyjących na ulicy i narażonych na ryzyko wykluczenia. Oto trzy proponowane makroobszary:

1. Relacje z osobami bezdomnymi.
2. Relacje między streetworkerami.
3. Relacje między organizacjami współpracującymi (koalicjantami).

# WYSTĘPUJĄ:

**STANDARIUSZ**



**BARTEK**  
osoba bezdomna



**KAZIK**  
streetworker



**KASIA**  
streetworker



**Kazik i Kasia: Czy wychodząc w teren, w celu badania środowiska, mogą podejmować też inne działania niezwiązane z tym obszarem, a dotyczące np. nawiązania kontaktu?**

*Standard pkt IV.1. Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych. Podejmowane działania*

**Odp.:** Tak, wychodząc w teren, możesz podejmować działania związane z innymi obszarami. Podział na obszary pracy streetworkera jest podziałem umownym mającym na celu usystematyzowanie działań w trakcie streetworkingu wśród osób bezdomnych. Obszary pracy streetworkera przenikają się i uzupełniają, rzadko kiedy zdarza się sytuacja, że w terenie streetworker tylko podejmuje działania związane np. z obecnością w środowisku i jego monitoringiem czy tylko z badaniem środowiska. Pamiętaj też, że praca w terenie wymaga elastyczności i umiejętności dostosowania się do zaistniałej sytuacji.

**Kazik: Czy podczas nawiązania kontaktu rozmowę z klientem prowadzi obaj streetworkerzy, czy od początku do końca może prowadzić jedna osoba z pary?**

*Standard pkt IV.1.3. Nawiązanie kontaktu*

**Odp.:** Mimo że streetworkerzy pracują w parach, to inicjatywę kontaktu i jego przebieg powinna podejmować i prowadzić jedna osoba z pary. Z jednej strony daje to poczucie prywatności, poufności osobie bezdomnej, a streetworkerowi prowadzącemu rozmowę możliwość skupienia się tylko na treści prowadzonej konwersacji, a z drugiej daje poczucie bezpieczeństwa streetworkerom, ponieważ druga osoba może obserwować otoczenie i reakcje klienta.

**Kasia: W jaki sposób mam zacząć rozmowę z osobą bezdomną?**

*Standard pkt IV.1.3. Nawiązanie kontaktu*

**Odp.:** Spróbuj spokojnie podejść do osoby bezdomnej, jeżeli siedzi/leży, to przykucnij/pochyl się, przedstaw się (podaj nazwę organizacji, którą reprezentujesz, pokaż identyfikator, opowiedz krótko o programie streetworkerskim) i zapytaj, czy możesz porozmawiać. Obserwuj, w jakim stanie jest osoba bezdomna, np. czy nie wymaga natychmiastowej interwencji ze względu na stan zdrowia zagrażający życiu lub czy tobie nic nie grozi, np. czy osoba bezdomna nie przejawia zachowań agresywnych. Rozmowę zacznij od pytań wskazujących na zainteresowanie np. stanem zdrowia, powodem przebywania w danym miejscu itp.

**Kazik: Pan Bohdan poprosił mnie o załatwienie spraw związanych z wyrobieniem dowodu osobistego. Czy powinienem mu pomóc ?**

*Standard pkt IV.1.4. Budowanie i utrzymanie relacji*

**Odp.:** Jednym z zadań streetworkera jest asystowanie osobie bezdomnej przy załatwianiu ważnych spraw. Należy jednak pamiętać, aby nie wyręczać klientów, tylko wspierać ich i pomagać im w podejmowaniu aktywności i wszelkich działań, których celem jest poprawa ich sytuacji. Dlatego powinieneś podpowiedzieć panu Bohdanowi, jakie działania należy podjąć, aby wyrobić dokument, ewentualnie towarzyszyć mu podczas wizyty w urzędzie, ale nie podejmować działań za klienta.

**Kazik: Podczas monitorowania terenu w altance śmietnikowej znaleźliśmy nieprzytomnego mężczyznę. Jakie działania powinniśmy podjąć?**

*Standard pkt IV.1.6. Interwencje*

**Odp.:** Streetworker w swojej pracy jest zobowiązany do udzielenia natychmiastowej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia. Działania, które podejmuje w czasie interwencji, to przede wszystkim udzielanie pierwszej pomocy i wezwanie odpowiednich służb. W tej konkretnej sytuacji, jeśli osoba bezdomna nie wykazuje podstawowych czynności życiowych

(oddech i tętno), jeden ze streetworkerów powinien podjąć podstawowe zabiegi resuscytacyjne, natomiast drugi wezwać pogotowie ratunkowe.

### **Kazik: Kiedy należy wezwać pogotowie? Jak to zrobić?**

*Standard pkt IV.1.6. Interwencje*

**Odp.:** Wezwanie pogotowia ratunkowego lub zgłoszenie się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego powinny mieć miejsce wyłącznie w **sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia** lub **stanach nagłych** mogących prowadzić do istotnego uszczerbku zdrowia.

Podczas telefonicznego wzywania pogotowia powinienes:

- przedstawić się,
- opisać problem: czy osoba ma podstawowe funkcje życiowe czy np. jest na coś chora (jeśli posiadasz taką wiedzę),
- wskazać miejsce – zastanów się, czy karetka będzie w stanie podjechać bezpośrednio do was, czy być może będzie musiała zatrzymać się np. przed ogrodzeniem, jeśli są to ogródki działkowe i nie da się na nie wjechać. Podając miejsce wypadku, powinienes wskazać charakterystyczne punkty dojazdu/dojścia np. Ogród Działkowy im. Karola Wybickiego, ul. Źródłana 80. Po przejściu przez bramę główną, alejką akacjową prosto i w lewo przy domu z zielonym dachem po lewej stronie,
- poczekać do przybycia służb.

### **Kasia: Spotkałam na ulicy bezdomnego mężczyznę: leży na ławce pod wiatą przystankową i ma obie nogi owinięte brudnymi bandażami. Co mam zrobić?**

*Standard pkt IV.1. Obszary pracy streetworkera pracującego w środowisku osób bezdomnych. Podejmowane działania*

**Odp.:** Podejdź spokojnie do tej osoby, przedstaw się i zapytaj, czy nie potrzebuje natychmiastowej pomocy. Dopytaj, co się dzieje z nogami, od kiedy ma te bandaże. Zaproponuj wizytę w najbliższej przychodni celem sprawdzenia stanu zdrowia i zmiany opatrunku lub zaproponuj mu towarzyszenie podczas tej wizyty. Jeżeli mężczyzna odmawia kontaktu ze służbą zdrowia, a posiadasz przy sobie materiały opatrunkowe, możesz mu je wręczyć, aby mógł samodzielnie zmienić sobie opatrunek.

### **Kazik: Pan Karol, z którym pracujemy od kilku tygodni, jest w ciągu alkoholowym, poprosił o przyniesienie butelki piwa, widzę, że pan Karol bardzo cierpi, cały się trzęsie, ma silne objawy abstynencyjne. Czy w ramach redukcji szkód można dostarczać podopiecznym potrzebne produkty?**

*Standard pkt IV.1.7. Redukcja szkód*

**Odp.:** W przypadku osób bezdomnych minimalizacja rozmaitych szkód i zagrożeń związana jest przede wszystkim z rozwiązywaniem problemu bezdomności. Istotą pracy streetworkera w ramach redukcji szkód nie jest dostarczanie klientom potrzebnych produktów, tylko redukcja negatywnych konsekwencji szkodliwych zachowań, w tym przypadku picia alkoholu. Przyniesienie butelki piwa byłoby utrwalaniem negatywnych groźnych dla zdrowia zachowań, a nie uczynieniem obecnych warunków życia klienta bardziej znośnymi i bezpieczniejszymi. Dlatego np. w przypadku uzależnienia od alkoholu nie należy częstoawać alkoholem, tylko rozmawiać o szkodliwości fizycznej, psychicznej i społecznej nałogu, informować o możliwościach podjęcia leczenia oraz motywować do ograniczenia spożywania alkoholu.



### Kasia: Jakie informacje powinna zawierać karta kontaktu? Czy mogę ją wypełnić przy kliencie?

Standard pkt IV.2. Dokumentacja

**Odp.:** Kartę kontaktu możesz wypełnić podczas pierwszego kontaktu przy osobie bezdomnej, ale dopuszcza się również sytuację, kiedy uzupełnisz ją w biurze. Osoba bezdomna może niechętnie reagować na widok jakichkolwiek formularzy (np. z powodu bycia poszukiwanym przez komornika, sąd, policję itd.). Dlatego po zakończeniu rozmowy i odejściu od osoby bezdomnej możesz zrobić notatki, a potem na ich podstawie uzupełnić kartę. Ważne jest, aby indywidualna karta kontaktu była umiarkowanie krótka. Dane, które zbieramy, mają na celu m.in. identyfikację osoby bezdomnej oraz monitorowanie jej sytuacji. Dlatego karta powinna zawierać podstawowe dane osoby bezdomnej:

- imię i nazwisko, adres ostatniego miejsca zameldowania, datę urodzenia, płeć,
- adres obecnego miejsca pobytu,
- przebieg kontaktu – należy krótko napisać, jakie informacje zostały przekazane osobie bezdomnej, jak przebiegał kontakt oraz dodać wszelkie informacje, które streetworker uzna za ważne.

Należy pamiętać, że dane zbierane do karty to dane deklaratywne, uzupełniamy tylko te informacje, które przekaże nam klient. Czasem mogą to być tylko imię czy adres miejsca, w którym spotkaliśmy osobę bezdomną.



rys. Davide Danielli

### Kazik: Jak mam motywować osobę bezdomną do podjęcia jakichkolwiek zmian w życiu?

Standard pkt IV 1.4 i 1.5

**Odp.:** Proces motywacji jest czasami długotrwały i mozolny. Głównym narzędziem motywowania osoby bezdomnej jest rozmowa. Proponuj kontakt (ale nie nachalnie), czasami

rozmowa na tematy poboczne może być bardzo ważna w budowaniu wzajemnego zaufania. Skoncentruj się na obecnych i potencjalnych zasobach osoby bezdomnej. Podejmij próbę stymulowania tych zasobów, pokazując mu cele, które mógłby osiągnąć. Zaakceptuj jego wybory, doceniaj i wspieraj drobne kroki podejmowane przez podopiecznego. Wskazuj mu możliwości korzystania z różnych ofert pomocowych adekwatnych do jego potrzeb. Zostawiaj ulotki dotyczące programów i form pomocy. Sprawdzaj, dopytując podopiecznych, czy chcą rozmawiać na temat np. podjęcia leczenia – tym samym zgłaszasz swoją gotowość pomocy.

**Nawiązałam dobry kontakt z Bartkiem, osobą bezdomną, z którą zaczęliśmy pracować dwa miesiące temu. Początki były trudne. Bartek był wobec nas nieufny. Teraz sytuacja radykalnie się zmieniła: Bartek okazuje wobec mnie wręcz nadmiar uwagi, „przyczepia” się do nas na dyżurze i chodzi wszędzie za nami. Mam wrażenie, że się we mnie zakochał. Także Kazik, kolega, z którym pracuję, nie za bardzo wie, jak reagować w tej sytuacji.**

*Standard V – Zasoby personalne*

**Odp.:** Twój podopieczny prawdopodobnie nabrał do ciebie dużego zaufania. Ważne jest, abyś pokazała podopiecznemu granice, tzn. powiedz mu jasno, grzecznie, że nie może z wami realizować waszych dyżurów. Doceniasz jego chęć pomocy, ale niestety musisz odmówić i prosić, aby za wami nie chodził. Bądź asertywna. Jeżeli chodzi o zakochanie, jest to niezrządki mechanizm. Nie ma na to magicznej recepty, ale na pewno trzeba bardzo uważnie podchodzić do tej sytuacji. W takim przypadku i w wielu podobnych bardzo ważna jest rozmowa z superwizorem.



rys. Davide Danielli



**Kasia: Kiedy mam przestać spotykać się z moim podopiecznym? Czy zerwać z nim kontakt, gdy zamieszka w placówce?**

*Standard IV.1.5. Realizacja planu i zakończenie relacji*

**Odp.:** Przystajesz spotykać się ze swoim podopiecznym w momencie, kiedy sprawa osoby zostaje przekazana do innej instytucji pomocowej, która adekwatniej odpowiada na potrzeby klienta. To ty pierwsza nawiązałaś z nim kontakt i ty pierwsza go zmotywowałaś, aby w ogóle coś ze sobą zrobił. Fakt, że dopytujesz się, co u niego słychać, i motywujesz go do dalszej pracy, może być dla niego niezmiernie ważny w pierwszym okresie pobytu w placówce.

**Kazik: Czy wolno mi przyjąć prezent na ulicy od podopiecznego? I czy wolno mi coś jemu ofiarować?**

*Standard V. Zasoby personalne – asertywność*

**Odp.:** Relacja z podopiecznym na ulicy jest taka sama jak z pacjentem/podopiecznym w placówce pomocowej. Nie przyjmuj prezentów, bo jest to przede wszystkim trudna sytuacja dla podopiecznego i nie ofiarowuj niczego, co nie jest wpisane w zakres realizacji programu (może powodować konflikty i nieporozumienia).

**Kazik: Pan Marek, z którym pracuję już jakiś czas, poprosił mnie o pożyczenie pieniędzy i obiecał, że odda za tydzień. Co mam robić?**

*Standard V. Zasoby personalne – asertywność*

**Odp.:** W żadnym przypadku nie pożyczaj ani nie dawaj pieniędzy klientowi. Oprócz tego, że będziesz narażony na straty finansowe, pamiętaj, że dawanie pieniędzy na ulicy nie pomaga, a tylko przyzwyczajają osobę bezdomną do dotychczasowego stylu życia. Jeśli osoba bezdomna jest w stanie zaspokoić wszystkie swoje podstawowe potrzeby na ulicy, ma mniejszą motywację do podjęcia zmiany. W takiej sytuacji skieruj pana Marka do OPS lub innej organizacji pomocowej.

**Kasia: Jakie narzędzia mogę wykorzystywać w pracy z osobą bezdomną w obszarze redukcji szkód?**

*Standard – Obszary pracy*

**Odp.:** Poniżej znajduje się tabela, która może pomóc Ci w doborze odpowiednich narzędzi ze względu na istniejący problem. Pamiętaj, że nie musisz nosić ze sobą wszystkich wymienionych poniżej narzędzi, niektóre z nich są jedynie rekomendowane, np. pakiet.

POTENCJALNE SZKODY/ SKUTKI PRZYCZYNY	POTENCJALNE REZULTATY	DZIAŁANIE	NARZĘDZIA	INFORMACJE/UWAGI
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zakażenia bakteryjne,</li> <li>■ pasyżyty,</li> <li>■ stany zapalne,</li> <li>■ infekcje wirusowe,</li> <li>■ próchnica zębów,</li> <li>■ nieprzyjemny zapach,</li> <li>■ szkody społeczne np. utrudniony kontakt z innymi, brak akceptacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ poprawa stanu zdrowia,</li> <li>■ poprawa stanu higieny,</li> <li>■ wzrost samoakceptacji</li> <li>■ poprawa wizerunku</li> </ul>	<p>Informacja i edukacja – standard wymagany</p> <hr/> <p>Wręczanie pakietu – standard rekomendowany</p>	<p>Rozmowa informacyjno-edukacyjna</p> <hr/> <p>Ulotki, plakaty, materiały informacyjne</p>	<p>Podstawowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ dlaczego warto zachować minimum higieny,</li> <li>■ jak zachować podstawowe zasady higieny,</li> <li>■ podstawowe zachowania profilaktyczne (np. jeśli masz możliwość – rozbiierz/przebiierz się do snu lub przynajmniej zdejmij buty),</li> <li>■ propozycja skorzystania z łaźni.</li> </ul> <p>Treści w ulotce/rozmowie nie mogą być dyrektywne – jeśli coś proponujesz, napisz, co ktoś zyskuje lub czemu zapobiega.</p> <p>Szare mydło</p> <hr/> <p>Obcinaczki do paznokci</p> <hr/> <p>Nożyczki</p> <hr/> <p>Płyn p. wszawicy</p> <hr/> <p>Bielizna (ślipy, skarpetki)</p> <hr/> <p>Apteczka</p>
<b>BRĄK HIGIENY</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ wychłodzenie,</li> <li>■ przegrzanie,</li> <li>■ poparzenia słoneczne,</li> <li>■ zamrażnięcia,</li> <li>■ odmrożenia,</li> <li>■ zgon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ograniczenie sytuacji wymagających interwencji medycznych,</li> <li>■ zapobieganie zgonom</li> </ul>	<p>Informacja i edukacja – standard wymagany</p> <hr/> <p>Pakiet – standard rekomendowany</p>	<p>Rozmowa informacyjno-edukacyjna</p> <hr/> <p>Ulotki, plakaty, materiały informacyjne</p>	<p>Podstawowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ konsekwencje wychłodzenia,</li> <li>■ konsekwencje przegrzania (udar),</li> <li>■ jak zabezpieczyć się przed mrozem (wychłodzeniem),</li> <li>■ jak zabezpieczyć się przed upałem (przegrzaniem/udarem),</li> <li>■ objawy ww. stanów,</li> <li>■ jak sobie radzić z ww. stanami.</li> </ul> <p>Węglowodany np. cukier/batonik</p> <hr/> <p>Ciepły napój</p> <hr/> <p>Koc lub folia termiczna</p> <hr/> <p>Środki natłuszczające</p> <hr/> <p>Woda</p>
<b>WARUNKI ATMOSFERYCZNE</b>				

<p><b>SPECYFIKA MIEJSCA PRZEBYWANIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>poparzenia ogniem, zacczadzenia, okaleczenia,</li> <li>zachowania agresywne ze strony innych, zagrożenia ze strony zwierząt,</li> <li>usunięcie z miejsca przebywania,</li> <li>zagrożenie życia i zdrowia związane ze złym stanem technicznym schronienia,</li> <li>zgon</li> </ul>	<p>ograniczenie sytuacji wymagających interwencji medycznych,</p> <p>podniesienie świadomości w zakresie prawa do przebywania w danym miejscu,</p> <p>podniesienie świadomości w zakresie własnego bezpieczeństwa,</p> <p>zapobieganie zgonom</p>	<p>Informacja i edukacja – standard wymagany</p>	<p>Rozmowa informacyjno-edukacyjna</p> <p>Ulotki, plakaty, materiały informacyjne</p>	<p>Podstawowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zagrożenia związane z przebywaniem w różnorodnych typach miejsc niemieszkalnych np. dworcach, ogródkach działkowych, pustostanach, piwnicach,</li> <li>zagrożenia związane z niesprawnymi urządzeniami technicznymi np. niesprawne grzejniki, nieszczelne kuchenki gazowe,</li> <li>zagrożenia wynikające z użycia otwartego ognia.</li> </ul>
<p><b>KONTAKTY SEKSUALNE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>choroby weneryczne, AIDS,</li> <li>niechciane ciążę, potencjalne konflikty z prawem (oskarżenia o gwałt, wykorzystanie nieletnich)</li> </ul>	<p>zmniejszenie ryzyka zachorowań,</p> <p>ograniczenie niechcianych ciąż,</p> <p>podniesienie świadomości w zakresie własnego bezpieczeństwa</p> <p>Partnera/ki</p>	<p>Informacja i edukacja – standard wymagany</p>	<p>Rozmowa informacyjno-edukacyjna</p> <p>Ulotki, plakaty, materiały informacyjne</p> <p>Przerwytywa</p>	<p>Podstawowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bezpieczne zachowania seksualne, choroby przenoszone drogą płciową, niechciane ciążę,</li> <li>prawne skutki niebezpiecznych zachowań seksualnych.</li> </ul> <p>Zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową.</p>
<p><b>NIEODPOWIEDNIE ZYWIENIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>niedożywienie, głód,</li> <li>obniżenie odporności organizmu,</li> <li>zatrucia pokarmowe, konflikt z prawem (np. nielegalne zdobywanie pożywienia)</li> </ul>	<p>wzrost świadomości w zakresie skutków nieprawidłowego odżywiania się,</p> <p>ograniczenie sytuacji wymagających interwencji medycznych,</p>	<p>Informacja i edukacja</p>	<p>Rozmowa informacyjno-edukacyjna</p> <p>Ulotki</p>	<p>Podstawowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>konsekwencje aktualnej diety,</li> <li>czego unikać (np. produktów bardzo przetworzonych),</li> <li>co należy jeść,</li> <li>wskazanie punktów wydawania żywności.</li> </ul>
<p><b>UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (NP. ALKOHOLU, NARKOTYKÓW ITP.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>uzależnienia, uszkodzenie narządów ruchu i narządów wewnętrznych,</li> <li>zatrucia, zakażenia i infekcje,</li> <li>uszkodzenia płodu, zaburzenia psychiczne, agresja,</li> <li>konflikty z prawem, szkody społeczne,</li> <li>zgon</li> </ul>	<p>wzrost świadomości w zakresie sposobu używania i negatywnych skutków (fizycznych, psychicznych i społecznych) używania substancji psychoaktywnych,</p> <p>ograniczenie używania bądź zmiana sposobów używania substancji psychoaktywnych,</p> <p>zapobieganie uzależnieniom</p> <p>uzależnienia,</p> <p>ograniczenie sytuacji wymagających interwencji medycznych,</p> <p>zapobieganie zgonom</p>	<p>Informacja i edukacja – standard wymagany</p>	<p>Rozmowa informacyjno-edukacyjna</p>	<p>Podstawowe informacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>codzienne i dalekosiężne konsekwencje picia szkodliwego, picie kontrolowane, co to jest, jak realizować,</li> <li>czego unikać (jakich alkoholi/płynów zawierających alkohol),</li> <li>informacja na temat podjęcia leczenia i terapii,</li> <li>wskazanie placówek prowadzących terapię uzależnień.</li> </ul> <p>Picie kontrolowane, zwłaszcza w odniesieniu do osób już uzależnionych, jest zagadnieniem wciąż budzącym kontrowersje. Może się jednak ono stać pierwszym krokiem w procesie „dojrzwania” do woli abstynencji.</p>

**Kazik: Mamy zamiar w naszej miejscowości zatrudnić parę streetworkerów oraz koordynatora streetworkingu. Czym taki koordynator może się zajmować? Jak wygląda jego zakres obowiązków?**

*Standard V. Zasoby personalne*

**Odp.:** Musicie zastanowić się, czy planujecie zatrudnić osobę tylko jako koordynatora pracy streetworkerów, czy chcecie podzielić czas pracy tej osoby na koordynację i streetworking. Do głównych zadań (nie jest to zamknięty katalog) koordynatora streetworkingu należą:

- bezpośrednia koordynacja pracy streetworkerów,
- odpowiedzialność za planowanie pracy,
- kierowanie bieżącą pracą zespołu,
- nadzór nad dokumentacją prowadzonego streetworkingu,
- utrzymywanie kontaktów w partnerami zewnętrznymi – OPS, NGO, służby itp.
- prowadzenie bieżącego monitoringu pracy streetworkerów.

**Kasia: Zamierzamy w gminie realizować streetworking. Ile osób musimy zatrudnić? Od ilu streetworkerów jest potrzebny koordynator?**

*Standard V. Zasoby personalne – zespół*

**Odp.:** Zgodnie z założeniami standardu streetworking powinien być zawsze realizowany przez dwie osoby, podyktowane jest to bezpieczeństwem pracy. Nad pracą streetworkerów powinien czuwać koordynator. Może to być osoba zatrudniona wyłącznie do tego zadania, ale możliwe jest również powierzenie obowiązków koordynatora jednemu ze streetworkerów (w tym przypadku będzie on pełnił dwie funkcje). To, ile par streetworkerów powinniście zatrudnić, zależy od wielkości problemu w gminie.

**Kasia: Podczas rekrutacji na stanowisko streetworkera zgłosiła się osoba, która kiedyś była osobą bezdomną. Czy może ona zostać streetworkerem?**

*Standard V. – Zasoby personalne – kwalifikacje streetworkera*

**Odp.:** Jeżeli kandydat spełnia wymogi kwalifikacyjne określone w standardzie oraz w ogłoszeniu o rekrutacji na to stanowisko, to nie powinnaś odrzucać takiej kandydatury. Doświadczenie praktyków podpowiada, że w przypadku osób mających własne doświadczenia z uzależnieniem wymogiem koniecznym powinien 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.

**Kasia: Mój współpracownik jest nieobecny (choroba, urlop). Czy mogę wyjść w teren?**

*Standard V. Zasoby personalne*

**Odp.:** Niewskazane jest samodzielne wychodzenie w teren. Gdy jesteś sama, skup się na:

- wykonywaniu prac biurowych, uzupełnianiu kart kontaktów i innych dokumentów,
- wspólnych wyjściach z innymi służbami np. strażą miejską, strażą ochrony kolei itp.
- dołączeniem do innej pary streetworkerów.

Praca w parach pozwala na zapewnienie większego bezpieczeństwa streetworkerom i klientom, w zespole zachodzi mniejsze ryzyko popełnienia błędów, można liczyć na wsparcie w sytuacjach trudnych i stresowych, rozkład odpowiedzialności czy większą elastyczność w kontaktach z klientami.

**Kasia: Streetworkerzy pracujący w innym rejonie planują urlop, poprosili o zastępstwo. Czy para streetworkerów powinna pracować zawsze w tym samym rejonie?**

*Standard pkt IV.1.1. Badanie środowiska, w tym poszukiwanie osób bezdomnych i docieranie do nich*

**Odp.:** Streetworkerzy powinni znać specyfikę całości terenu, ponieważ może dojść do sytuacji, w której będą zmuszeni zastąpić kolegów czy koleżanki i podjąć działania streetworkerskie na innym terenie niż pierwotnie przydzielony. Jednak z punktu widzenia budowania relacji i pracy z klientem dobrze, aby para streetworkerów miała przydzielony konkretny rejon pracy.

**Kazik: Na jakie elementy związane z bezpieczeństwem pracy powinienem zwrócić uwagę podczas monitorowania terenu?**

*Standard IV.1.2. Obecność w środowisku i jego monitorowanie*

**Odp.:** Podczas monitorowania terenu powinieneś zwrócić uwagę na swoje bezpieczeństwo, zwłaszcza podczas wchodzenia w nowe, nieznanne ci miejsca, takie jak np. pustostany, które mogą grozić zawaleniem. Powinieneś szanować przestrzeń prywatną, bez zgody właściciela nie wolno wchodzić na tereny prywatne np. tereny działek. Powinieneś dokładnie spisać adres miejsca Niemieszkalnego lub znaki szczególne umożliwiające ponowne dotarcie do niego. Pamiętaj, że niektóre tereny lepiej dla własnego bezpieczeństwa patrolować wspólnie z funkcjonariuszem policji, SOK-u czy strażą miejską.

**Kasia: Pracując z osobami bezdomnymi na ulicy, często borykam się z poczuciem braku wpływu na sytuację. Mam wrażenie, że jest to syzyfowa praca, i myślę, że może się nie nadać. Co powinnam zrobić w tej sytuacji? A może to wypalenie zawodowe?**

*Standard pkt IV.3.6. Superwizja*

**Odp.:** To prawda, to bardzo ciężka praca i niosąca ze sobą duże obciążenie psychiczne. W takiej sytuacji niezbędne są spotkania zespołu w celu wymiany wzajemnych doświadczeń oraz superwizja, która pozwoli ci się odciążyć i obiektywnie przyjrzeć własnym problemom w pracy. Proces aktualizowania i pogłębiania wiedzy oraz umiejętności związanych ze specyfiką pracy streetworkera umożliwia ciągły rozwój pracownika i bardziej skuteczną pomoc osobom bezdomnym.

**Kazik: Zamierzamy w gminie realizować streetworking. Kto powinien go realizować: OPS czy inne podmioty?**

*Standard pkt IV.4. Zasoby instytucjonalne*

**Odp.:** Podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie streetworkingu jest gmina, która decyduje, czy będzie realizowała streetworking własnymi zasobami, czy zleci usługę streetworkingu na zewnątrz.

**Kasia: Jest zima i noce są wyjątkowo mroźne. Mój pracodawca postanowił wdrożyć zapisy naszej umowy o pracę dotyczące pracy w systemie wielozmianowym i polecił nam takie planowanie pracy, by przynajmniej 2 razy w tygodniu każdy streetworkerski zespół pracował w godz. 22:00–6:00. Czy praca w takiej porze czymś się różni?**

*Standard IV. Warunki realizacji usługi*

**Odp.:** Praca w okresie zimowym nocą ma przede wszystkim charakter interwencyjny. Nie daje możliwości pełnej diagnozy środowiska i stwarza duże ryzyko dla zdrowia i życia streetworkera. Dlatego konieczne jest organizowanie nocnych patroli TYLKO wspólnie ze służba-

mi mundurowymi. Miejsca, które doskonale znacie, mogą stać się niebezpieczne w nocy. Starajcie się uszanować potrzebę spokoju i odpoczynku. Warto patrolować miejsca, w których mogą przebywać osoby bezdomne w warunkach zagrożenia ich zdrowia i życia.

**Kazik: Od dwóch lat pracuję jako streetworker. W naszym mieście są dwa zespoły streetworkerskie. Od pewnego czasu dalsze finansowanie tej usługi stoi pod znakiem zapytania – słyszymy, że jesteśmy nieskuteczni, bo ludzi na ulicach jest wciąż sporo, więc dalsze wydatkowanie środków na naszą pracę jest bezcelowe. Co mamy robić? Jak rozmawiać?**

*Standard II. Cele usługi*

**Odp.:** Często gminy błędnie uznają streetworking za narzędzie do „oczyszczania” wizerunku miasta z ludzi bezdomnych. Co do zasady, w trakcie procesu wdrażania streetworkingu w gminie powinien jej przyświecać (w odniesieniu do skali) cel sukcesywnego zmniejszania skali bezdomności ulicznej (ilości osób przebywających na ulicy i w innych miejscach niemieszkalnych). Kluczowe jest tu pojęcie sukcesywności. Dwa lata mogą być okresem niewystarczającym, by w człowieku, który w sytuacji bezdomności żyje czasem już kilkanaście lat, dojrzała chęć zmiany stanu, który doskonale zna.

Nie mniej ważnym czynnikiem jest sama dynamika bezdomności – czy na ulicach są wciąż te same osoby, czy skala zjawiska się nie zmniejsza, ale spotykacie wciąż nowych ludzi? Czy przypadkiem nie istnieje jakiś inny problem powodujący zamieszkiwanie na ulicy nowych osób (np. upadek dużego przedsiębiorstwa)?

Argumentacja finansowa również może się okazać dalece nietrafiona. Bezpośrednia praca streetworkera jest wciąż trudna do oszacowania, ale daje sporą oszczędność kosztów społecznych – to mniej interwencji służb mundurowych i służb medycznych, a same interwencje są podejmowane szybciej (we wczesnych stadiach chorób, gdy leczenie jest mniej kosztowne).

**Kasia: Od 3 lat nasze zespoły streetworkerskie blisko współpracują z policją. Ostatnio po raz pierwszy zapytali nas, czy znamy pewną osobę i wiemy, gdzie przebywa. Okazało się, że jest nam dobrze znana, regularnie u niej bywamy, ale nie wiedzieliśmy, że jest poszukiwana przez policję. Nie wiem, co powinniśmy zrobić – czy możemy naszą wiedzę przekazać policji?**

*Standard: brak zapisów w tym zakresie*

**Odp.:** Taka sytuacja w pracy streetworkera może się zdarzyć i zrozumiałe są rozterki – potencjalne aresztowanie klienta może zniweczyć ogrom pracy, jaki włożyli zarówno streetworker, jak i sama osoba bezdomna. Streetworker tak jak każdy obywatel ma obowiązek udzielić organom ścigania każdej niezbędnej informacji dotyczącej poszukiwanego. W przeciwnym razie w skrajnym przypadku może mu grozić oskarżenie i skazanie za przestępstwo poplecznictwa (przestępstwo przeciwko wymiarowi sprawiedliwości).

**Kazik: Skończyła się zima, która w tym roku była wyjątkowo mroźna i długa. Pomimo naszej intensywnej pracy nie udało się uniknąć przypadków zamarznięcia. Jak efektywnie przygotować się do kolejnej zimy?**

*Standard pkt IV.1. Obszary pracy streetworkera, pkt V.4. Zasoby instytucjonalne*

**Odp.:** Przygotowania powinniście rozpocząć odpowiednio wcześniej. Początek jesieni jest ostatnim momentem, w którym trzeba zacząć planowanie i przygotowywanie akcji zimowej. Działania powinniście planować i wdrażać wspólnie ze swoimi koalicjantami, takimi jak np. służby mundurowe, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe. W ramach działań przygotowujących można rozpocząć zbiórkę potrzebnych rzeczy (np. koce,

ciepła odzież itp.) zarówno od osób fizycznych, jak i firm prywatnych. Działania w tym okresie powinny mieć przede wszystkim charakter prewencyjny i polegać na monitorowaniu miejsc przebywania osób bezdomnych. Ważna jest też intensyfikacja tych działań np. poprzez wprowadzenie dodatkowych patroli, dyżurów. Patrole powinny być prowadzone w większym zakresie w godzinach wieczornych i nocnych. Poinformujcie osoby bezdomne o dostępnych formach pomocy, zasadach jej udzielania oraz zachęcajcie do skorzystania ze schronienia w placówkach. W sytuacjach niecierpiących zwłoki pamiętajcie, aby zapewnić osobie bezdomnej miejsce noclegowe w placówkach (wcześniej należy zaktualizować wspólnie z koalicjantami potencjalne miejsca interwencyjne). W uzasadnionych sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia wezwijcie pogotowie. W rozmowach z osobami bezdomnymi zwróćcie im uwagę na zagrożenia związane z niewłaściwym ogrzewaniem pomieszczeń oraz nadużywaniem alkoholu (wychłodzenie organizmu).





CZEŚĆ



STRATEGIA WDRAŻANIA  
MODELU  
GMINNY STANDARD  
WYCHODZENIA  
Z BEZDOMNOŚCI

**ROZDZIAŁ 1**

# Wprowadzenie – Model GSWB, krok w stronę całościowej polityki społecznej zapobiegania i rozwiązywania problemu bezdomności

Bezdomność to w Polsce ważny społecznie problem. Jednak równie niepokojące staje się coraz powszechniejsze zagrożenie bezdomnością. Trudno nie zauważyć niekorzystnych zmian społecznych, które zachodzą w naszym kraju: starzenia się społeczeństwa, zwiększającego się bezrobocia, ubożenia nawet osób aktywnych zawodowo. Nie wszyscy radzą sobie ze zwiększającymi się kosztami leczenia, utrzymania czy spłatą zaciągniętych kredytów. Według GUS w 2012 roku poniżej granicy ubóstwa znajdowało się ponad 2 mln gospodarstw domowych. Grupa osób, która już tę stabilizację utraciła, też jest niepokojąco duża. Statystyki wskazują, że ich liczba stale się zwiększa. W pomoc osobom bezdomnym zaangażowane są głównie organizacje pozarządowe i ośrodki pomocy społecznej. Już od dawna badacze zjawiska bezdomności wskazywali na potrzebę opracowania działań strategicznych obejmujących nie tylko pomoc osobom bezdomnym, ale przede wszystkim politykę przeciwdziałania temu zjawisku. Ich postulaty wpłynęły na politykę polskiego rządu. Chociaż większość tych inicjatyw utknęła w sferze zamierzeń tak, jak np. „Projekt Krajowej Strategii Wychodzenia z Bezdomności 2008–2015” czy też późniejszy: „Krajowy Program Wychodzenia z Bezdomności i Rozwoju Budownictwa Socjalnego 2009–2015”, to już samo podejmowanie tych inicjatyw świadczy o wadze problemu. W pewien sposób próbuje mu sprostać „Program Wspierający Powrót Osób Bezdomnych do Społeczności”. Dzięki programowi od 2000 roku zrealizowano wiele inicjatyw, które pozwoliły nie tylko bezpośrednio pomóc osobom bezdomnym, lecz także gromadzić wiedzę na temat wykluczenia w Polsce. Jednak program ten nie spełnia postulatów programu strategicznego, okazał się raczej zamkniętym katalogiem usług niż modelem rozwiązywania problemu bezdomności. Istniejące w Polsce regulacje prawne i systemowe stanowią zaledwie elementy niezintegrowanej polityki społecznej, faktycznie bardziej zorientowanej na dostarczanie interwencyjnej i doraźnej pomocy ludziom bezdomnym niż na zapobieganie i rozwiązywanie problemu bezdomności.

W polskiej rzeczywistości drugiej dekady XXI wieku brakuje więc spójnej, skutecznej, opartej na rzetelnej diagnozie, zintegrowanej strategii polityki społecznej w odniesieniu do bezdomności i zagrożenia nią. Do opracowania takiej strategii motywuje nas również członkostwo w Unii Europejskiej. Komisja Europejska w 2010 roku opracowała „Wspólny Raport o Zabezpieczeniu Społecznym i Włączeniu Społecznym”, który rekomenduje krajom

unijnym opracowanie i realizowanie takiej strategii. 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 m.in. dokument roboczy służb Komisji UE dotyczący przeciwdziałania problemowi bezdomności, w którym wyjaśnia się sytuację bezdomności w Unii Europejskiej i możliwe strategie rozwiązań. Dokument rekomenduje konkretne działania do podjęcia na poziomie krajowym, które pozwolą skutecznie rozwiązywać problem bezdomności z wykorzystaniem dostępnych środków europejskich.

Wszystkie te czynniki wewnętrzne (skala zjawiska, brak skutecznych programów) i zewnętrzne (unijne rekomendacje) miały wpływ na podjęcie wysiłku opracowania Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB) oraz standardów usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, które stanowią krok w kierunku stworzenia całościowej polityki społecznej zapobiegania problemowi bezdomności i rozwiązywania go.

Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB) jest modelem 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 w proces rozwiązywania problemu i partycypacji w nim. Aby mówić o modelu, konieczne jest wdrażanie usług we wszystkich obszarach, wzajemnie powiązanych, tworzących lokalny system rozwiązywania problemu. Model GSWB zawiera także definicję i typologię bezdomności i zagrożenia bezdomnością oparte o ETHOS, opracowanie dotyczące etyki pomagania, opis partnerstwa lokalnego, opis całego modelu jego umiejscowienie i rolę, informacje o diagnozowaniu bezdomności i systemie wsparcia oraz opis monitorowania i ewaluacji.

Wdrożenie Modelu GSWB oraz standardów usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością wymaga zrealizowania działań w kilku kluczowych obszarach:

- przygotowania i wprowadzenia wielu zmian prawnych umożliwiających wdrożenie modelu GSWB i standardów usług;
- przygotowania i wprowadzenia wielu zmian systemowych, w tym umocowania i wdrożenia strategii lub programu krajowego w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemu bezdomności;
- przygotowania i realizacji szerokich działań edukacyjnych i upowszechniających w zakresie Modelu GSWB i standardów usług.

Niniejszy dokument stanowi niejako załącznik do Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności, przedstawia strategię jego wdrożenia, opisuje sposoby jego implementacji, rysuje perspektywę zaniechań w tej materii, a co najważniejsze, prezentuje konkretne propozycje aktów prawnych oraz zmian systemowych w zakresie zwalczania problemu bezdomności w Polsce.

## 2

## ROZDZIAŁ 2

# Wyniki i rekomendacje z badań – zarys diagnostyczny

Planowanie zmian w jakiejś dziedzinie, wycinku rzeczywistości winna poprzedzać diagnoza jej aktualnego stanu. Podejmowano wiele prób diagnozowania zarówno skali jak i przyczyn zjawiska bezdomności w Polsce. Okazało się, że jest to materia bardzo „niewdzięczna”, z trudem poddająca się statystycznej obróbce. Trudna jest do ustalenia dokładna liczba osób bezdomnych w Polsce ze względu na brak wystarczającej ilości i wysokiej wiarygodności ogólnopolskich badań a także problemy definicyjne. Ostatnie Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych przeprowadzone w nocy z 7 na 8 lutego 2013 roku (koordynowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej), wskazuje skalę bezdomności, którą należy uznać za minimalną, na poziomie 30,7 tys. osób bezdomnych w tym ok. 22 tys. osób przebywało w placówkach instytucjonalnych, a ok. 8,5 tys. osób przebywało poza placówkami instytucjonalnymi, dodatkowo 1,3 tys. osób bezdomnych przebywało w mieszkaniach wspieranych lub wynajmowanych\*. Partnerstwo organizacji pozarządowych złożone z Pomorskiego Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta, Caritas Kielce, Związku Organizacji Sieć Współpracy BARKA, Stowarzyszenia MONAR oraz Stowarzyszenia Otwarte Drzwi przyjmuje na podstawie istniejących badań ogólnopolskich i regionalnych, badań reprezentatywnych, baz danych oraz szacunków eksperckich, że liczba osób bezdomnych kształtuje się na poziomie 30-70 tysięcy osób<sup>101</sup>. W zakresie charakterystyki osób bezdomnych, pomimo tego, że brakuje wystarczających badań o charakterze ogólnopolskim, można posługiwać się danymi fragmentarycznymi z badań ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych<sup>102</sup>.

- Osoby bezdomne to głównie mężczyźni (około 80%).
- Dominuje przedział wiekowy między 40. a 60. rokiem życia, odnotowuje się wyraźną tendencję starzenia się zbiorowości (w niektórych rejonach główny przedział wiekowy to 51–60 lat).
- Około 80% osób bezdomnych żyje samotnie (w tym osoby rozwiedzione, owdowiałe, w separacji).

\* Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2012 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (7/8 luty 2013), MPiPS, Warszawa, lipiec 2013

- 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 ma wykształcenie zasadnicze zawodowe lub niższe.
- Osoby bezdomne zwykle pozostają bierne zawodowo i/lub bezrobotne, a osoby pracujące nie posiadają najczęściej umowy o pracę.
- Około 60% ludzi bezdomnych przebywa w różnego rodzaju placówkach instytucjonalnych. Reszta osób żyje w miejscach niemieszkalnych (dworce, kanały, zsypy itp.), zamieszkuje tymczasowo, bez meldunku i nie z własnej woli, u znajomych lub rodziny, dużą część tych osób przebywa na działkach i w altankach.
- Głównym źródłem dochodu osób bezdomnych są świadczenia socjalne, w tym z pomocy społecznej.
- Przyczyny problemu bezdomności mają cztery 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).

Brak rzetelnej diagnozy utrudnia całościową ocenę sprawności systemu pomocy osobom zagrożonym bezdomnością i bezdomnym. Trudno więc prognozować, w jakim zakresie powinien on być ukierunkowany na interwencję, a w jakim na integrację. Poza sporem pozostaje, że zawsze powinien on uwzględniać prewencję. Pomysłodawcy Modelu Gminny Standardu Wychodzenia z Bezdomności rekomendowali opracowanie rzetelnej oceny zjawiska bezdomności. Przyjęli taką ścieżkę postępowania, jaką postulują w Modelu – rozpoczęli więc od diagnozy. To oczywiste, że bez względu na ogólne tendencje, wskaźniki itp. każda gmina korzystająca z Modelu GSWB powinna dokonać diagnozy poziomu bezdomności na własnym terenie. Wszystkie partnerstwa, które przystąpiły do etapu sprawdzania przydatności Modelu Gminnego Standardu Wychodzenia z Bezdomności w praktyce (zwanego pilotażem GSWB), miały taką diagnozę. Jest to warunek konieczny, bez którego dalsze korzystanie z modelu jest po prostu nieprzydatne. Wystarczy przyjrzeć się diagnozom lokalnym 19 partnerstw, które przystąpiły do pilotażu, aby zauważyć, jak różne wyzwania przed nimi stoją. Nie jest zaskoczeniem, 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 31 osób bezdomnych. 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. We wszystkich diagnozowanych gminach realizowane były pewne projekty o charakterze typowo akcyjnym, którym brak było skoordynowania. Niestety, wiele tych wysiłków jedynie umacniało wykluczone osoby w pozostawaniu petentem pomocy, a nie mobilizowało do wzmocnienia wysiłków, aby wyjść z bezdomności. Z kolei kluczowi interesariusze pomocy i wsparcia osób bezdomnych – tak jak to pokazuje diagnoza w Gdańsku – często nie mają niezbędnej wiedzy na temat całościowego funkcjonowania systemu. Często dlatego, że takiego systemu po prostu nie ma, podobnie jak zadowalającej współpracy instytucji sektora samorządowego oraz organizacji pozarządowych i innych służb i instytucji z terenu danego miasta czy gminy. Być może z tego powodu wynika tak duża rozbieżność w korzystaniu przez osoby bezdomne w różnych gminach z darmowych posiłków: są gminy, na których terenie z pomocy korzysta ponad 85% bezdomnych, w innych niewiele ponad 30%. Znaczne różnice dotyczą też korzystania przez osoby bezdomne z pomocy OPS. Ważną informacją uzyskaną z diagnoz są również dane o sytuacji osób bezdomnych przebywających na obszarze działania danego partnerstwa. Struktura wiekowa, uzależnienia czy 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.

Publikacja diagnoz pod redakcją naukową Macieja Dębskiego<sup>103</sup> usystematyzowała wskazówki odnoszące się do wielowymiarowych form wsparcia osób bezdomnych. Zespół badawczy postulował konieczność wprowadzenia:

- rekomendacji indywidualnych, odnoszących się do samych osób w sytuacji bezdomności,
- rekomendacji systemowych,
- rekomendacji legislacyjnych.

Wprowadzenie zaleceń pierwszej grupy oznacza przede wszystkim wzbudzenie u osób bezdomnych odpowiedzialności za swoje życie i wybory, poczucia podmiotowości. To proces niemożliwy do przeprowadzenia bez współpracy z pracownikami socjalnymi, doradcami zawodowymi, trenerami pracy i wszystkimi osobami profesjonalnie zaangażowanymi w proces wychodzenia z bezdomności. Jak wskazuje codzienna praktyka, w tej materii panuje wiele utartych schematów, które umacniają nierównoległą, zależnościową relację między osobą świadczącą pomoc a tą, która się po nią zgłasza. Rekomendacje systemowe dotyczą przeorientowania polityki radzenia sobie z bezdomnością na aktywną politykę rozwiązania problemu bezdomności, a przede wszystkim budowanie systemu prewencyjnego dla osób zagrożonych bezdomnością. Z kolei rekomendacje legislacyjne powinny dotyczyć przede wszystkim zmian w prawie, które niwelowałyby brak spójności między poszczególnymi rozwiązaniami prawnymi i które sprzyjałyby szukaniu rozwiązań w celu przeciwdziałania bezdomności i ułatwiłyby proces wychodzenia z bezdomności.



## 3

## ROZDZIAŁ 3

# Cel wprowadzenia Modelu GSWB

Stan pożądany po wprowadzeniu Modelu GSWB to zmniejszenie ogólnej liczby bezdomnych, jak również ograniczanie ryzyka zaistnienia bezdomności. Osiągnięcie tego stanu będzie możliwe dzięki wprowadzaniu aktywnych metod wsparcia, wykorzystaniu odpowiednich usług interwencyjnych i integracyjnych zaproponowanych w Modelu GSWB. Zastosowanie tych usług pozwoli nie tylko wyjść z bezdomności tym osobom, które już stały się bezdomne, ale zwrócić uwagę na rosnącą grupę osób zagrożonych bezdomnością. Polityka zmniejszania bezdomności jest integralną częścią szerszych działań wpisanych w strategię zapobiegania wykluczeniu społecznemu. Model GSWB wskazuje przede wszystkim, jak na poziomie gminy prowadzić działania prewencyjne, wyprzedzające pojawienie się problemu i w efekcie niedopuszczające do jego zaistnienia.

Misja Modelu GSWB zakłada, że jego wdrożenie doprowadzi 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.

Cel główny Modelu GSWB zakłada: 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 zakładają:

- 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.

**ROZDZIAŁ 4**

# Opis Modelu GSWB

Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności (GSWB) 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 upodmiotowieniu, włączeniu w proces rozwiązywania problemu i partycypacji w nim.

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.

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. Na podstawie szerokiej diagnozy lokalnej identyfikującej 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. Są to obszary:

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

Kluczowy i nadrzędny 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, na podstawie diagnozy potrzeb, deficytów i zasobów, zależą dobór i realizacja usług w obszarze zdrowia, streetworkingu, zatrudnienia i edukacji oraz mieszkalnictwa i pomocy doraźnej.

Modelu 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. Jej najważniejsze elementy to:

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

Podsumowując, Model GSWB jest scenariuszem proponowanych działań, a więc zbiorem wskazówek, jak rozwiązywać problemy bezdomności i zagrożenia bezdomnością na najniższym poziomie. W Polsce jest około 2,5 tys. gmin, z czego najwięcej gmin miejsko-wiejskich. Na tym podstawowym wspólnotowym szczeblu organizacji samorządowej percepcja problemów społecznych jest najlepsza. To tutaj wykluczeni nie są anonimową masą poddającą się wspólnemu mianownikowi „bezdomni”, ale pozostają nadal konkretnymi, znanymi z sąsiedztwa, pracy, sklepu czy kościoła osobami. Wobec takich osób – nawet z pozycji burmistrza, wójta, dyrektora czy prezesa – łatwiej niż w przypadku jednostki z anonimowego tłumu uruchomić empatię, osobiste zaangażowanie, współodczuwanie. Przyznajmy, że opis tych emocjonalnych stanów niezbyt często gości w oficjalnych pismach czy strategicznych rozwiązaniach. Model GSWB jest modelem, który zakłada i zaleca podmiotowe traktowanie osoby w sytuacji kryzysu: bezdomnej lub zagrożonej wykluczeniem. Model można z powodzeniem implementować w każdej gminie w Polsce. Nie jest istotne, czy będzie to największa w Polsce gmina – Warszawa czy też najmniejsza – podkarpacka Cisna. Model Gminnego Standardu 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 uwypuklone zostało „wychodzenie z bezdomności”, to model jest w równej mierze modelem jej zapobiegania.

## 5

## ROZDZIAŁ 5

# Wdrożenie Modelu GSWB w Polsce

## Kluczowymi czynnikami mającymi wpływ na wdrożenie Modelu GSWB są:

1. wprowadzenie wielu zmian legislacyjnych obejmujących całą sferę polityki społecznej umożliwiających wdrożenie Modelu GSWB i standardów usług;
2. wprowadzenie wielu zmian systemowych, w tym umocowania i wdrożenia strategii lub programu krajowego w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemu bezdomności oraz wydanie Modelu GSWB i standardów w formie wytycznych MPiPS;
3. przygotowanie i realizacja szerokich działań edukacyjnych i upowszechniających w zakresie Modelu GSWB i standardów usług.

**Ad. 1.** Zmiany legislacyjne *sine qua non* Modelu GSWB powinny dotyczyć niemal wszystkich sfer polityki społecznej, w tym pomocy i integracji społecznej, zatrudnienia i rynku pracy, edukacji, mieszkalnictwa, a także ochrony zdrowia. Przygotowane w ramach projektu propozycje aktów prawnych oraz zmian istniejących regulacji prawnych obejmują m.in:

### Zmiany ustaw

Zmiany ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 182 ze zm.) oraz zmiany niektórych innych ustaw, w tym:

- ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 674);
- ustawy z 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (tekst jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225);
- ustawy z 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 150);
- ustawy z 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 1222);
- ustawy z 24 czerwca 1994 r. o własności lokali (tekst jedn. Dz.U. z 2000 r. Nr 80, poz. 903 ze zm.);

- ustawy z 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych (Dz.U. Nr 251, poz. 1844 ze zm.);
- ustawy z 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1385 ze zm.);
- ustawy z 21 listopada 2008 r. o wspieraniu termomodernizacji i remontów (Dz.U. Nr 223, poz. 1459 ze zm.);
- ustawy z 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 1409 ze zm.);
- ustawy z 5 grudnia 2002 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów mieszkaniowych o stałej stopie procentowej (Dz.U. Nr 230, poz. 1922 ze zm.);
- ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn. Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.);
- ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.);
- ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.);
- ustawy z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 101).

Zmiany ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (tekst jedn. Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 ze zm.) oraz innych ustaw, w tym:

- ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.);
- ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 595 ze zm.).

Wydanie nowych rozporządzeń normujących kwestie m.in.:

- mieszkań wspieranych,
- noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, centrów dziennego wsparcia i ogrzewalni,
- wzoru rejestru noclegowni i innych placówek zapewniających miejsca noclegowe, schronisk dla osób bezdomnych, centrów dziennego wsparcia i ogrzewalni spełniających wymogi określone w odrębnym rozporządzeniu oraz zakresie zbieranych danych,
- szczegółowych zasad opracowywania Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności, zakresu i sposobu jego realizacji oraz wzoru Indywidualnego Programu Wychodzenia z Bezdomności,
- zakresu gminnego programu rozwiązywania problemu bezdomności, diagnoz lokalnych oraz strategii rozwiązywania problemów społecznych w zakresie bezdomności i zagrożenia bezdomnością,
- streetworkingu w środowisku osób bezdomnych oraz mapy miejsc niemieszkalnych,
- trybu, sposobu i organizacji szkoleń na asystenta osoby bezdomnej i zagrożonej bezdomnością.

Zmianę obowiązujących rozporządzeń:

- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 8 czerwca 2012 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. z 2012 r., poz. 712),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. z 2012 r., poz. 734),
- rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach o opróżnienie lokalu lub pomieszczenia albo o wydanie nieruchomości (Dz.U. z 2012 r., poz. 11),
- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 marca 2009 r. w sprawie programów specjalnych (Dz.U. Nr 50, poz. 401 ze zm.),

- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. Nr 82, poz. 537 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 26 października 2009 r. w sprawie finansowego wsparcia na tworzenie noclegowni i domów dla bezdomnych (Dz.U. Nr 183, poz. 1432 ze zm.),
- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 29 lipca 2009 r. w sprawie finansowego wsparcia na tworzenie lokali socjalnych, mieszkań chronionych i lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy niestanowiących lokali socjalnych (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 1277),
- rozporządzeniu z 30 grudnia 1999 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Obiektów Budowlanych (PKOB) (Dz.U. Nr 112, poz. 1316 ze zm.),
- rozporządzeniu z 10 grudnia 2010 r. w sprawie Klasyfikacji Środków Trwałych (KŚT) (Dz.U. Nr 242, poz. 1622),
- rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. Nr 14, poz. 67 ze zm.),
- rozporządzeniu Rady Ministrów z 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U. Nr 251, poz. 1885 ze zm.).

Zaproponowana lista zmian legislacyjnych z pewnością nie jest wyczerpująca i w toku wdrażania Modelu GSWB powinna zostać zmodyfikowana i uzupełniona.

**Ad. 2.** Zmiany systemowe umożliwiające wdrożenie Modelu GSWB oraz standardów usług skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością powinny obejmować kilka obszarów, w tym m.in.:

- Przyjęcie i wdrożenie Krajowego Programu Rozwiązywania Problemu Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego 2014–2020, projekt dokumentu został opracowany jako partnerska inicjatywa oddolna, mająca odpowiedzieć na powyższe wyzwania. Stanowi ona także rozszerzenie, rozbudowanie i zoperacjonalizowanie pewnych zapisów zawartych w projekcie „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”, który w jednym z priorytetów obejmuje kwestie niepewności mieszkaniowej i bezdomności.
- Przyjęcie przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej opracowania Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności oraz standardów usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością w sześciu obszarach: partnerstwo lokalne, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, zdrowie, zatrudnienie i edukacja, streetworking w formie wytycznych. Zaproponowanego Modelu GSWB i standardów nie można w pełnym zakresie wdrożyć rozwiązaniami legislacyjnymi, stąd uważamy, że całość Modelu GSWB powinna stać się oficjalnymi wytycznymi, natomiast elementy Modelu i standardów powinny zostać wdrożone drogą ustawową.
- Zmodyfikowanie i zweryfikowanie istniejących programów, w tym programu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „Program wspierający powrót osób bezdomnych do społeczności” oraz Programu wsparcia budownictwa socjalnego ze środków Funduszu Dopłat.
- Przyjęcie założeń i rozpoczęcie prac nad regulacją ustawową w zakresie prowadzenia polityki społecznej, a także regulacją ustawową w zakresie krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa.
- Przygotowanie i wdrożenie wielu rozwiązań umożliwiających wdrożenie Modelu GSWB oraz standardów usług w nowej perspektywie finansowej środków strukturalnych Unii Europejskiej 2014–2020.
- Stworzenie mechanizmów weryfikacji i aktualizacji Modelu GSWB i standardów usług w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności.



Zmiany systemowe powinny mieć wymiar krajowy, regionalny, powiatowy oraz gminny, jednym z elementów zmian systemowych jest stworzenie ram finansowanych do wdrażania Modelu GSWB i standardów na poziomie lokalnym.

**Ad. 3.** Przygotowanie i realizacja szerokich działań edukacyjnych i upowszechniających są niezbędnym i kluczowym elementem wdrażania Modelu GSWB i standardów usług dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Zmiany prawne i systemowe nie zagwarantują wdrożenia standardów. Niezbędne w tym zakresie jest zainteresowanie samorządów gminnych, powiatowych i regionalnych, ośrodków pomocy społecznej, instytucji rynku pracy, placówek oświatowych, organizacji pozarządowych oraz podmiotów sektora gospodarczego wdrożeniem Modelu GSWB. W tym celu należałoby opracować strategię działań edukacyjnych i upowszechniających model i standardy.

#### **Upowszechnianie czyli informowanie o rezultatach wdrażania Modelu GSWB**

Głównym celem upowszechniania Modelu jest przekazywanie wiedzy na temat zalet stosowania tej strategii rozwiązywania problemu bezdomności i zachęcanie do szerszego stosowania produktów finalnych. Upowszechnianie powinno poprzedzać, a także odbywać się równolegle do włączania Modelu GSWB i standardów do głównego nurtu polityki społecznej. Edukacja i upowszechnianie powinny być kontynuowane po wdrożeniu zmian legislacyjnych i systemowych.

Grupy docelowe w działaniach upowszechniających GSWB:

- decydenci: Prezydent i Premier RP; Minister Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia, Minister Edukacji, Minister Infrastruktury i Rozwoju, inni ministrowie, a także posłowie – m.in. członkowie Sejmowej Komisji Polityki Społecznej,
- użytkownicy: samorzady gmin, powiatów, województw, pracodawcy, organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego, ośrodki pomocy społecznej, regionalne ośrodki polityki społecznej,
- grupy docelowe: osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością.

Edukacja w zakresie wdrażania Modelu GSWB i standardów usług, podobnie jak upowszechnianie, powinna obejmować zarówno decydentów, użytkowników, jak i same osoby bezdomne i bezdomnością zagrożone.

#### **Interesariusze zmian – zaangażowanie – stymulacja procesu (siła oddziaływania)**

Wdrożenie Modelu GSWB wymaga bezwzględnie spełnienia drugiego warunku, po zmianach legislacyjnych, który wiąże się ze stworzeniem szerokiej koalicji instytucji, organizacji oraz osób indywidualnych. Innymi słowy, warunkiem tym jest partnerstwo, nie tylko lokalne.

Katalog interesariuszy musi zostać podzielony na początku wdrażania modelu na trzy podstawowe grupy, a mianowicie na:

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

We wdrażaniu Modelu GSWB istotnym elementem będzie zminimalizowanie pól oddziaływania interesariuszy przeciwników, pozyskanie interesariuszy neutralnych. To zadanie powinni realizować interesariusze sojusznicy, prowadząc szeroko zakrojoną kampanię informacyjną i edukacyjną.



### **Role interesariuszy**

Kluczowi dla wdrożenia Modelu GSWB są partnerzy i sojusznicy na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym. Partnerzy ci pochodzić powinni ze wszystkich sektorów – publicznego, obywatelskiego i prywatnego. Zadaniem tej grupy jest wspieranie wdrażania zmian legislacyjnych i systemowych, a także wsparcie procesów edukacji i upowszechniania. Organizacje pozarządowe, jako główni użytkownicy i odbiorcy, muszą przyjąć tezę o tym, że Model GSWB jest punktem wyjścia dla ich dalszych indywidualnych działań. Innymi słowy, muszą uznać Model GSWB jako powszechnie obowiązujący punkt startu do swoich działań. Stając się partnerem we wdrażaniu Modelu GSWB, muszą też spełniać funkcje „pierwszego diagnosty” wobec instytucji centralnych i samorządów lokalnych, a także funkcję promotora zbioru usług proponowanych przez model. W gronie partnerów wdrażających model nie może zabraknąć podmiotów całej polityki społecznej – nie tylko pomocy i integracji społecznej, mowa zatem o instytucjach zatrudnienia i rynku pracy, edukacji, zdrowia, mieszkalnictwa, a także podmiotach wymiaru sprawiedliwości i służb bezpieczeństwa publicznego i więziennictwa. Głównym zadaniem tego grona partnerów jest wsparcie procesu wdrażania, a także profilaktyka, edukacja i przekaz informacyjny o możliwościach skorzystania z rozwiązań Modelu GSWB.

### **Mainstreaming Modelu GSWB w nurt obowiązującej polityki**

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).

Mainstreaming horyzontalny Modelu GSWB odnosi się do działań praktycznych prowadzonych na poziomie lokalnym. To właśnie w gminach standardy będą włączane do głównego nurtu przyjętych sposobów działania odnośnie do rozwiązywania problemów społecznych. Zakładając, że będą przeprowadzane zgodnie z zasadami ewaluacji i monitoringu określonymi w modelu, wpiszą się w obszar dobrych praktyk danej gminy.

Ten rodzaj mainstreamingu musi być jednak poprzedzony mainstreamingiem wertykalnym, kiedy to innowacyjne rozwiązania zaproponowane w modelu doprowadzą do zmian w polityce państwa. Przygotowany pakiet zmian legislacyjnych jest pierwszym krokiem uczynionym w tym kierunku. Ten rodzaj mainstreamingu jest trudny, wieloetapowy i czasochłonny, wymaga zaangażowania i współpracy wielu środowisk.

**ROZDZIAŁ 6**

# Monitoring i ewaluacja

Przygotowanie i wdrożenie Modelu GSWB i standardów usług dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością nie oznacza końca pracy nad niniejszymi zagadnieniami. Model i standardy wymagają monitorowania, a także ewaluacji, co powinno się przekładać na mechanizmy weryfikowania i ich aktualizowania. Aby stworzyć takie mechanizmy, konieczne będzie uruchomienie działań monitorujących i ewaluacyjnych na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Ewaluacja i monitoring Modelu GSWB powinny być opracowane i 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 powinny być dopasowane do potrzeb i możliwości partnerstwa lokalnego, tak aby nie tylko rozwiązywać lokalne problemy, lecz także sukcesywnie doskonalić Model Gminnego Standardu.

Ewaluacja Modelu GSWB, czyli proces zmierzający do stwierdzenia, w jakim stopniu założone cele dotyczące rozwiązywania problemu bezdomności są rzeczywiście realizowane, powinna być oparta o kryteria adekwatności, efektywności, skuteczności i trwałości.

Prawidłowo przeprowadzona ewaluacja modelu stymuluje usprawnienia w zakresie rozwoju organizacyjnego, rozliczania i egzekwowania odpowiedzialności, spełnia funkcje kształtowania motywacji i uzyskiwania poparcia społeczeństwa dla takiego sposobu rozwiązywania jego problemów. Z kolei monitoring Modelu GSWB to proces systematycznego, regularnego zbierania informacji o realizowanych w ramach partnerstwa lokalnego działaniach. Monitoring ma na celu bieżące weryfikowanie ich zgodności z wcześniej zatwierdzonym harmonogramem. Na poziomie regionalnym, a także na poziomie krajowym należy stworzyć mechanizmy i procedury koordynacji, jak również agregowania i analizowania danych płynących z monitorowania i ewaluacji wdrażania Modelu GSWB.

## 7

## ROZDZIAŁ 7

# Konsekwencje „zaniechania” wdrożenia Modelu GSWB

Jak już wcześniej zasygnalizowano, podejmowane próby w postaci m.in.: projektu „Krajowej Strategii Wychodzenia z Bezdomności 2008–2015” czy też późniejszego „Krajowy Programu Wychodzenia z Bezdomności i Rozwoju Budownictwa Socjalnego 2009–2015”, kończyły się zaniechaniem prac. Opracowanie Modelu GSWB wraz ze standardami usług oraz jego wdrażanie jest kolejną szansą na zintegrowanie kilku obszarów polityki społecznej prowadzonej wobec osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. A co w przypadku zaniechania wdrożenia Modelu GSWB? Zdaniem środowisk opracowujących model konsekwencje zaniechania skoncentrują się wokół następujących osi tematycznych:

- nadal polityka społeczna wobec tych grup ryzyka wykluczenia społecznego nie będzie nosiła znamion skoordynowania, a raczej będzie uprawiana tak, jak zidentyfikowano to w projekcie „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”, w sposób „logiki branżowej”;
- pozostawanie na poziomie zarządzania problemem bezdomności, a nie realne jego rozwiązywanie, potencjalny wzrost liczby osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, wzrost różnorodnych kosztów społecznych związanych z problemem;
- samorząd terytorialny, a szczególnie samorząd gminny, pozostanie sam z wyznaczonymi zadaniami, bez wyraźnego przekazania wskazówek do budowania lokalnych systemów pomocy i wsparcia dla osób bezdomnych, a także zagrożonych bezdomnością, a przede wszystkim zintegrowanego katalogu usług, których konsekwentne stosowanie może przynieść lepsze rezultaty niż pojedyncze gminne strategie rozwiązywania problemów społecznych, obowiązkowe z mocy ustawy o pomocy społecznej;
- nadal będzie występowała indywidualność działań prowadzonych przez organizacje pozarządowe, dysponujące co prawda własnymi rozwiązaniami, często skutecznymi, ale z drugiej strony rozproszonymi terytorialnie, bez uwzględniania konieczności budowania lokalnych partnerstw międzyinstytucjonalnych, bez konieczności tworzenia szerokich koalicji – a więc innymi słowy, daleko będzie do komplementarności i spójności;
- w dalszym ciągu brak będzie perspektywy strategicznej dla kraju, regionów i gmin w zakresie rozwiązywania problemu bezdomności, w tym brak odpowiednich zasobów finansowych niezbędnych do zmniejszania liczby osób zagrożonych bezdomnością i doświadczających bezdomności;

- utrzymywanie stanu legislacyjnego w niezmienionej formie, często nieuwzględniającego zmieniającej się sytuacji w obszarze problematyki bezdomności, wykluczenia mieszkaniowego itd.

Oczywistą konsekwencją zaniechania wdrażania Modelu GSWB będą utrzymywanie się dotychczasowej statystyki dotyczącej liczby osób bezdomnych, jak również zwiększanie społecznych skutków bezdomności. W ostatnich latach odnotowujemy taką właśnie tendencję, mimo że problemem bezdomności zajmuje się wiele organizacji pozarządowych i liczne instytucje polityki społecznej. Niewątpliwe zaangażowanie wielu podmiotów i niekiedy nawet „poświęcanie się dla sprawy” działaczy pozarządowych i samorządowców jest godne uznania. Jednak ich wysiłki nie przynoszą pozytywnych zmian poziomu problemu bezdomności. Można powiedzieć, że dotychczasowe sposoby działania nawet umacniają *status quo*. Często dotyczą jedynie dbania o jakość świadczonych usług w danej noclegowni czy schronisku, koncentrują się na horyzoncie „jednego podwórka”. Paradoksalnie ograniczanie pomocy bezdomnym właśnie do troski o lepsze warunki pobytu przyczynia się do wzmacniania postaw sprzyjających bezdomności.

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 Modelu GSWB, który postuluje konieczność działań prewencyjnych, może być – w poczuciu źle pojętej oszczędności – rezygnowanie z inicjatyw służących przeciwdziałaniu bezdomności.

**ROZDZIAŁ 8**

# Analiza ryzyka

Przeszkodą w implementacji Modelu GSWB w wymiarach krajowym, regionalnym i lokalnym mogą być powszechne 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 D. Oldroyd i T. Tiller. Naukowcy ci stwierdzili, że niechęć wobec zmiany ma 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 Modelu GSWB najczęściej wskazywana będzie bariera materialna, ale jak wynika chociażby z pilotażu Modelu GSWB i wdrażania innych innowacyjnych projektów, najtrudniejszą do pokonania barierą są przyzwyczajenie do utartych schematów postępowania i sposób sprawowania władzy.

Jednym z istotnych zagrożeń, które mogą zakłócić wdrażanie Modelu GSWB, są też inne psychologiczne czynniki utrudniające pomaganie i wprowadzanie 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.

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.

W wymiarze krajowym i regionalnym zagrożeniem dla wdrożenia Modelu GSWB jest niewielkie zainteresowanie polityczne zagadnieniem zagrożenia bezdomnością i samą bezdomnością. Niezbędne w tym zakresie jest stworzenie szerokiej koalicji decydentów wspierających zmiany w polityce rozwiązywania problemu bezdomności. Pewnymi przeszkodami są także rozległość i obszerność zagadnień podejmowanych i regulowanych w Modelu GSWB i standardach usług. Wdrożenie zmian zaproponowanych w niniejszym dokumencie wymaga koordynacji i współdziałania różnorodnych podmiotów w wymiarze całej polityki społecznej, a nie tylko pomocy i integracji społecznej. Ostatnim poważnym problemem we wdrażaniu Modelu GSWB jest zabezpieczenie środków finansowych na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, umożliwiających zmiany w zakresie polityki zwalczania bezdomności. Wierzimy jednak, że proponowane przez nas zmiany legislacyjne i systemowe ułatwią rozwiązanie tego problemu, natomiast samo wdrożenie Modelu GSWB i standardów usług w perspektywie czasowej może przynieść wymierne oszczędności i korzyści finansowe.





CZEŚĆ



EWALUACJA I MONITORING  
MODELU  
GMINNY STANDARD  
WYCHODZENIA  
Z BEZDOMNOŚCI



## ROZDZIAŁ 1

---

# Wprowadzenie

Konglomerat wystandaryzowanych usług dla ludzi bezdomnych i zagrożonych bezdomnością, jaki buduje Model GSWB, wymaga podczas wdrażania wiele uwagi. Szczególnie jest ona wskazana przy wyborze usług, które będą tworzyć lokalne modelowe rozwiązania, a są odpowiedzią na problemy określone w diagnozie. Równie istotne są: nieustające sprawdzanie jakości wdrażanych rozwiązań oraz ocena ich skuteczności i sensowności. Dlatego też ewaluacja i monitoring w Modelu GSWB zajmują 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.

## 2

## ROZDZIAŁ 2

# 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)”<sup>84</sup>. Ważnym wymiarem ewaluacji jest jej demokratyczny charakter. Co 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”<sup>85</sup>. Na każdym etapie procesu ewaluacji należy – w miarę możliwości – spełnić wymóg partycypacji w tym procesie wszystkich kluczowych grup (np. bezpośrednich i pośrednich adresatów, przedstawicieli organizacji i instytucji zajmujących się bezdomnością, członków lokalnej społeczności i władz, sponsorów). 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”<sup>86</sup>. Wielość uwzględnianych perspektyw może odnosić się nie tylko – jak to wspomniano powyżej – do angażowania w proces ewaluacji przedstawicieli różnych grup interesów, ale także do różnych perspektyw teoretycznych (triangulacja teoretyczna) i metodologicznych (zróżnicowanie jakościowych i ilościowych metod oraz technik badawczych)<sup>87</sup>.

W niniejszym opracowaniu zastosowano trójpodział na: **ewaluację procesu** (zwaną też monitoringiem), **ewaluację formatywną**<sup>88</sup> i **ewaluację konkluzywną**<sup>89</sup>. Rozróżnienie to odnosi się do funkcji (celów, zadań), jakie 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”<sup>90</sup>. **Ewaluacja formatywna** „(*formative evaluation*) – jej celem jest optymalizacja ewaluowanego programu – podniesienie jakości, doskonalenie, wybór rozwiązań ocenianych za najwłaściwsze”<sup>91</sup>. **Ewaluacja konkluzywna** „(*summative evaluation*) – koncentruje się na analizie rezultatów lub skut-

ków programu poprzez wykrycie wszystkich znajdujących się w polu analizy konsekwencji o planowanym i nieplanowanym charakterze. Wnioski z tych analiz w postaci konkluzji uzupełnione są często rekomendacjami dotyczącymi przyszłych programów lub decyzji<sup>92</sup>.

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?
- Jakże 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 nieprzynoszących 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 angażowanie w ewaluację osób spoza grona twórców i realizatorów ocenianego projektu. Najbardziej efektywne jest tworzenie zespołów składających się z ewaluatorów wewnętrznych i zewnętrznych, z ważnym 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. Dlatego monitoring jest prowadzony na bieżąco, wraz z realizowanymi działaniami. Ewaluacja natomiast koncentruje się na weryfikowaniu, czy są osiągnięte cele długoterminowe, np. 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** – rozumianą 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** – rozumianą jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy zaangażowane zasoby, określone w poszczególnych usługach standardu (osobowe, materialne, finansowe oraz instytucjonalne) są wystarczające do uzyskania zmiany sytuacji osoby bezdomnej / zagrożonej bezdomnością oraz Modelu GSWB realizowanego przez PL?”;
- **skuteczność** – rozumianą jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy sposób realizacji poszczególnych usług standardu (narzędzia oddziaływania, udział w zajęciach, współpraca specjalistów itp.) jest określony jako minimalnie wystarczający do gwarantowania uzyskania niezależności osoby bezdomnej / zagrożonej bezdomnością od systemu pomocy społecznej?”;
- **trwałość** – rozumianą jako udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy realizowane działania w ramach systemu pomocy społecznej oraz Modelu GSWB realizowanego przez PL przyniosą efekty, które będą trwałe i w długim horyzoncie czasowym przyniosą wymierne efekty dla osoby bezdomnej / zagrożonej bezdomnością?”.

Jednym z kluczowych elementów procesu ewaluacji jest zdefiniowanie wskaźników. Są to „mierniki służące do oceny skuteczności programu lub realizacji działań programu”<sup>93</sup>. Wskaźniki mogą odnosić się m.in. do monitoringu (ewaluacja procesu) i odpowiadać na pytanie: „Czy / w jakim zakresie podjęto zaplanowane działania?” lub do rezultatów (ewaluacja formatywna i konkluzywna): „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) wskaźniki wkładu, mierzące nakłady finansowe, rzeczowe i ludzkie; 2) wskaźniki produktu, mierzące ilość poszczególnych działań; 3) wskaźniki rezultatu, mierzące bezpośrednie (następujące bezpośrednio po usłudze) efekty; 4) wskaźniki 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) być mierzalne; 3) być akceptowalne (przez osoby, które będą je oznaczały); 4) być istotne dla partnerstwa (każdego podmiotu w partnerstwie, jak i dla gminy) z punktu widzenia celów, które system realizuje; 5) mieć jasno wskazane momenty, kiedy należy dokonywać pomiaru.

## 3

## ROZDZIAŁ 3

# 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 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 i 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.

# 4

## ROZDZIAŁ 4

# 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 w zakresie 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 dla 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), a następnie opracowanie strategii i programów, które wyznaczą sposoby rozwiązywania zidentyfikowanych problemów (i określą miary sukcesu).** Wyniki diagnozy i zapisy strategii i programów będą stanowiły punkty wyjścia do opracowania pytań badawczych i określenia bazowej wartości wskaźników.



**TABELA 13 | Cele, pytania badawcze, przykładowe wskaźniki dla Modelu GSWB**

CEL MODELU	PRZYKŁADOWE PYTANIA DLA BADAWCZE DLA PREWENCJI, INTERWENCJI I INTEGRACJI	PRZYKŁADOWE WSKAŹNIKI (WARTOŚCI W NAWIASACH OZNACZAJĄ WARTOŚĆ DOCELOWĄ WSKAŹNIKA; TREŚĆ PO ŚREDNIKU OZNACZA ŹRÓDŁO DANYCH)
<b>Rozwiązywanie problemu bezdomności i zagrożenia bezdomnością</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ile osób objęto pomocą?</li> <li>■ Ile osób się usamodzielnilo?</li> <li>■ Ile osób otrzymało mieszkania społeczne?</li> <li>■ Ile osób podjęło zatrudnienie?</li> <li>■ Ile osób zostało objętych pracą socjalną?</li> <li>■ Ile osób korzystało z zaawansowanych rozwiązań mieszkaniowych?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liczba osób bezdomnych objętych wsparciem (pełna ich liczba w ramach gminnej populacji; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób zagrożonych bezdomnością objętych wsparciem (pełna ich liczba w ramach gminnej populacji; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób bezdomnych, które wróciły do rodziny (5% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób bezdomnych, które przeszły do samodzielnego zamieszkania (15% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób, które otrzymały lokal socjalny lub komunalny (5% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób, które korzystają z zaawansowanych rozwiązań mieszkaniowych – mieszkania wspierane, <i>housing first</i> (25% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób bezdomnych, które podjęły zatrudnienie (w oparciu o umowę o pracę, umowę cywilnoprawną) (50% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób zagrożonych bezdomnością, które podjęły zatrudnienie (50% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością objętych wsparciem pracownika socjalnego (90% liczby osób objętych wsparciem w ciągu roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> </ul>
<b>PREWENCJA</b> <b>Zmniejszenie skali zagrożenia oraz zahamowanie wzrostu liczby osób pierwszy lub kolejny raz doświadczających bezdomności</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Czy zostało zawiązane partnerstwo na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności oraz zagrożenia nią?</li> <li>■ Czy gmina posiada aktualną diagnozę lokalną?</li> <li>■ Czy partnerstwo opracowało strategię oraz programy kierunkujące i systematyzujące jego zamierzenia?</li> <li>■ Czy partnerstwo wdraża strategię i programy?</li> <li>■ Czy prowadzone są zgodnie z wymogami monitoring i ewaluacja podejmowanych działań?</li> <li>■ Czy programowo są aktualizowane strategię i programy?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek gmin, które przyjęły plan rozwoju mieszkalnictwa (100% gmin; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Odsetek mieszkań społecznych oddanych do użytku w TBS-ach (szacowanie w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</li> <li>■ Odsetek mieszkań społecznych oddanych do użytku (szacowanie w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</li> <li>■ Odsetek najmców mieszkań komunalnych opuszczających mieszkania komunalne z powodu przekroczenia kryterium dochodowego (5% rocznie; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba mieszkań komunalnych na 100 tys. mieszkańców (szacowanie w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</li> <li>■ Liczba mieszkań społecznych na 100 tys. mieszkańców (szacowanie w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</li> <li>■ Toczące się postępowania eksmisyjne (w danym roku), w tym z powodu zadłużenia (spadek o 20% w stosunku do 2013 roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Zasadzone eksmisyje (w danym roku), w tym z powodu zadłużenia (spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Wykonane eksmisyje (w danym roku), w tym z powodu zadłużenia (spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Odsetek zagrożonych kredytów mieszkaniowych (spadek o 30% w stosunku do 2013 roku; KNF).</li> <li>■ Odsetek osób zalegających z czynszami w mieszkaniach (spadek o 40% w stosunku do 2013 roku; GUS).</li> <li>■ Kwota zaległości osób zalegających z czynszami w mieszkaniach (spadek o 20% w stosunku do 2013 roku; GUS).</li> <li>■ Odsetek objętych programami przygotowującymi do wyjścia z instytucji osób opuszczających placówki: zakłady penitencjarne, placówki resocjalizacyjne, formy pieczy zastępczej, placówki ochrony zdrowia (60%; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Odsetek osób opuszczających zakłady karne objętych pracą socjalną na 6 miesięcy przed opuszczeniem zakładu karnego (70%; dane służby więziennej).</li> <li>■ Odsetek gmin, które wdrożyły programy redukcji zadłużenia (70% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; <i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Liczba osób / rodzin objętych programami redukcji zadłużenia (<i>Ocena zasobów</i>).</li> <li>■ Średni czas oczekiwania na mieszkanie komunalne (2 lata).</li> <li>■ Liczba osób zamieszkujących przeludnione mieszkania (GUS).</li> <li>■ Liczba osób zamieszkujących substandardowe mieszkania (GUS).</li> </ul>
<b>PREWENCJA</b> <b>Zmniejszenie skali zagrożenia oraz zahamowanie wzrostu liczby osób pierwszy lub kolejny raz doświadczających bezdomności</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jak przebiega współpraca między instytucjami w zakresie interwencji?</li> <li>■ W jaki sposób są koordynowane działania?</li> <li>■ Jak zorganizowany jest przepływ informacji?</li> <li>■ Jaka jest zdolność reagowania systemu na nowe problemy i wyłapywania nowych zjawisk (wrażliwość na potrzeby)?</li> <li>■ Jakie zasoby są zaangażowane?</li> <li>■ Jak przebiega „zarządzanie kryzysowe” (Jaka jest zdolność reagowania systemu na kryzysowe sytuacje)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Czy zostało zawiązane partnerstwo na rzecz rozwiązywania problemu bezdomności oraz zagrożenia nią?</li> <li>■ Czy gmina posiada aktualną diagnozę lokalną?</li> <li>■ Czy partnerstwo opracowało strategię oraz programy kierunkujące i systematyzujące jego zamierzenia?</li> <li>■ Czy partnerstwo wdraża strategię i programy?</li> <li>■ Czy prowadzone są zgodnie z wymogami monitoring i ewaluacja podejmowanych działań?</li> <li>■ Czy programowo są aktualizowane strategię i programy?</li> <li>■ Czy zmniejszyły się: <ul style="list-style-type: none"> <li>- skala zagrożenia eksmisyją?</li> <li>- liczba osób żyjących w niezabezpieczonym (niepewnym) mieszkaniu?</li> <li>- liczba osób zagrożonych przemocą?</li> <li>- liczba osób żyjących w tymczasowych, niekonwencjonalnych lub niertwałych konstrukcjach (strukturalach)?</li> <li>- liczba osób mieszkających w warunkach przeludnienia (zagęszczenia mieszkaniowego)?</li> </ul> </li> <li>■ Jaka jest skala powrotu do bezdomności?</li> <li>■ Czy istnieją programy gospodarowania mieszkaniami społecznymi?</li> <li>■ Czy monitorowana jest skala zadłużeń?</li> </ul>

<p>■ Jaki jest zakres diagnozowania deficytów osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością?</p> <p>■ Czy monitorowana jest skala eksmisji?</p> <p>■ Czy prowadzone są programy przeciwdziałania wchodzeniu w bezdomność?</p> <p>■ Czy prowadzone są programy obejmowania wsparciem osób opuszczających zakłady karne, domy dziecka itp.?</p> <p>■ Czy prowadzone są programy redukcji zadłużenia?</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) (szacowanie w ramach krajowego programu rozwoju mieszkalnictwa społecznego; GUS).</p> <p>■ Stosunek procentowy liczby 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 o 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 2013 roku; Ocena zasobów).</p>
<p>■ Czy nastąpiła poprawa zdrowia (lub utrzymanie go na dotychczasowym poziomie) u 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>■ Jakie są zakres i skala interwencji w zakresie sfer: socjalno-bytowej, mieszkaniowej, 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 niskoprogramowe 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>■ Odsetek gmin posiadających aktualną mapę bezdomności (100% gmin; Ocena zasobów).</p> <p>■ Liczba streetworkerów w gminach powyżej 50 tys. mieszkańców (2; Ocena zasobów).</p> <p>■ Odsetek gmin, w których pracują streetworkerzy (100% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>■ Odsetek gmin posiadających usługi niskoprogramowe zakwaterowania dla osób bezdomnych (100% gmin powyżej 50 tys. mieszkańców; Ocena zasobów).</p> <p>■ Odsetek gmin posiadających usługi doradczego 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>■ Liczba osób bezdomnych, które poniosły śmierć w wyniku wychłodzenia (zimą) lub przegrzania (latem) (spadek o 20% w stosunku do 2013 roku; 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 i inne).</p> <p>■ Liczba osób bezdomnych przebywających / mieszkających na ulicy / w miejscach niemieszkalnych / w przestrzeni publicznej (spadek o 50% w stosunku do 2013 roku; Ocena zasobów).</p> <p>■ Dynamika liczby przestępstw na osobach bezdomnych zgłoszona / deklarowana (spadek o 20 procent w stosunku do 2013 roku; dane policji, dane panelowe).</p> <p>■ Odsetek jednostek samorządu terytorialnego posiadających na stronie www wyzerpującą 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 zajmujących się osobami bezdomnymi, które wymieniają się informacjami (100%; Ocena zasobów).</p>
<p><b>INTERWENCJA</b></p> <p>Zredukowanie zagrożenia zdrowia i życia osób bezdomnych oraz zmniejszenie liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych i/lub publicznych</p>	

**INTEGRACJA**

<b>INTEGRACJA</b>		
Zwiększenie poziomu	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Czy zmniejsza się liczba osób bezdomnych?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek osób objętych indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności (40%; Ocena zasobów).</li> </ul>
integracji społecznej, skali	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Czy zwiększyła się liczba osób bezdomnych, w przypadku których miało miejsce ustabilizowanie sytuacji mieszkaniowej i uzyskanie własnej przestrzeni życiowej, którą można nazwać domem?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liczba osób, które trwale wyszły z bezdomności w wyniku objęcia indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności (Ocena zasobów).</li> </ul>
wychodzenia z bezdomności i uzyskiwania	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jaka jest liczba osób, u których odbudowano, zwiększono zdolność do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liczba gmin powyżej 50 tys. mieszkańców, które zakontraktowały kompleksowy program wychodzenia z bezdomności (100%; Ocena zasobów).</li> </ul>
samodzielności życiowej osób bezdomnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jaka jest liczba osób o zmniejszonych (zlikwidowanych?) deficytach w poszczególnych sferach: mieszkaniowej, zdrowotnej, społecznej itd.?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Średni czas pozostawiania osoby bezdomnej w schronisku (30% w stosunku do 2013 roku; Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Czy skrócił się czas przebywania w stanie bezdomności?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Średni czas pozostawiania w mieszkaniu wspieranym (Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jaka jest skala podejmowania indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liczba uczestników programu Najpierw mieszkanie (szacowanie na podstawie projektu pilotażowego; Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jaka jest skuteczność indywidualnych programów wychodzenia z bezdomności?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Średni czas pozostawiania w stanie bezdomnym (skrócenie o 50% w stosunku do 2013 roku; Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Czy zmienia się średni czas pozostawiania osobą bezdomną?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek osób bezdomnych uczestniczących w placówkach gwarantujących zakwaterowanie, uczestniczących w treningu społecznym (50%).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jaka jest liczba placówek dla osób bezdomnych?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liczba osób, które opuściły mieszkania komunalne i społeczne w wyniku trwałej poprawy sytuacji finansowej (szacowanie przez KOBiWiM; Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jakże rozwiązania dla osób bezdomnych dominują w gminie?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek osób długotrwale bezdomnych (Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ile osób bezdomnych usamodzieliło się w ciągu roku?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek osób bezdomnych uczestniczących w programach aktywnej integracji (50%; Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jakże są rodzaje usamodzielenia?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek osób bezdomnych uczestniczących w przedsięwzięciach społecznych (2000; Ocena zasobów).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jak kształtuje się skala bezrobocia wśród osób bezdomnych?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Odsetek osób bezdomnych przez okres poniżej 1 roku (Ocena zasobów).</li> </ul>

**ROZDZIAŁ 5**

---

# Realizacja ewaluacji i monitoringu

Ewaluacja i monitoring są prowadzone za pomocą różnorodnych narzędzi badawczych, w szczególności: kwestionariuszy (ankiet), wywiadów pogłębionych i grupowych oraz danych zastanych<sup>94</sup>. Każde z narzędzi 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 14 |** 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 <sup>95</sup> , 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 stopniu kompetencje realizatorów są zgodne z założeniami (ewaluacja procesu).	Kompetencje realizatorów dotyczące: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wykształcenia formalnego (w tym udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego);</li> <li>■ doświadczenia w realizacji podobnych projektów;</li> <li>■ specyficznych umiejętności i wiedzy związanych z prowadzeniem danego projektu (np. umiejętności pracy z grupą, wiedzy z zakresu tematyki podejmowanej w projekcie).</li> </ul>	Diagnoza kompetencji realizatorów.	Ankieta, test wiedzy i 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).	Forma, czas trwania i układ <sup>96</sup> 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 (ewaluacja procesu i/lub ewaluacja formatywna).	Subiektywna ocena warunków lokalowych (np. sal wykładowych, sal do warsztatów), jakości obsługi, wyżywienia, noclegów itp.	Ewaluacja <i>ex post</i> w grupie adresatów.	Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy.
Ocena jakości realizacji projektu dokonywana z perspektywy adresatów (ewaluacja procesu i/lub ewaluacja formatywna i/lub ewaluacja konkluzyjna).	Subiektywna ocena kompetencji kadry i sposobu realizacji projektu (np. przygotowania do zajęć, wiedzy, zaangażowania w prowadzenie, komunikatywności).	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 ewaluacja 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 postaw adresatów (ewaluacja formatywna i/lub ewaluacja konkluzywna).	Postawy adresatów, których modyfikacja była celem interwencji.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Schemat z dwukrotnym pomiarem w tej samej grupie adresatów: pretest (przed rozpoczęciem ewaluowanego projektu) i posttest (po jego zakończeniu).</li> <li>2) Schemat szeregów czasowych: kilkukrotne pomiary przed rozpoczęciem projektu i po jego zakończeniu wśród adresatów.</li> <li>3) Schemat pretest–posttest z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</li> <li>4) Schemat pretest–posttest 1–posttest 2 (i ewentualnie kolejne) z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</li> <li>5) Ewaluacja <i>ex post</i>.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1–4) Test (deklarowanych) postaw (ocena subiektywizowana).</li> <li>5) Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy – ocena subiektywna (dokonywana przez odbiorców).</li> <li>6) Arkusz obserwacji (wielokrotnej).</li> </ol>
Sprawdzenie, czy udział w projekcie wiązał się ze spodziewaną zmianą dotyczącą zachowań adresatów w perspektywie krótko- i długoterminowej (ewaluacja formatywna i/lub ewaluacja konkluzywna).	Zachowania, których zmiana była celem interwencji.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Schemat z dwukrotnym pomiarem w tej samej grupie adresatów: pretest (przed rozpoczęciem ewaluowanego projektu) i posttest (po jego zakończeniu).</li> <li>2) Schemat szeregów czasowych: kilkukrotne pomiary przed rozpoczęciem projektu i po jego zakończeniu wśród adresatów.</li> <li>3) Schemat pretest–posttest z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</li> <li>4) Schemat pretest–posttest 1–posttest 2 (i ewentualnie kolejne) z (losowym) podziałem na grupę eksperymentalną (ekspozycja na oddziaływanie projektu) i kontrolną (brak ekspozycji).</li> <li>5) Ewaluacja <i>ex post</i>.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1–4) Ankieta na temat (deklarowanych) zachowań (ocena subiektywizowana).</li> <li>5) Ankieta, wywiad kwestionariuszowy, indywidualny wywiad pogłębiony, zogniskowany wywiad grupowy – ocena subiektywna (dokonywana przez odbiorców).</li> <li>5) Arkusz obserwacji (wielokrotnej).</li> </ol>



## 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 stosowanych 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 nie akceptowane.

Użycie metod ilościowych pozwala na odpowiedź, jak często zachodzi badane zjawisko. Centralną cechą badań ewaluacyjnych używających metod ilościowych jest możliwość dokonania pomiaru stopnia osiągniętych celów. Za pomocą metod ilościowych możemy ustalić np. liczbę dokonanych interwencji na rzecz bezdomnych, liczbę bezdomnych uczestniczących w indywidualnych programach pomocy w danej gminie, liczbę przypadków korzystania z noclegowni czy usług medycznych, poznać najczęściej występujące problemy w dotarciu z pomocą do bezdomnych.

W przypadku metod jakościowych używanych w badaniach ewaluacyjnych wymieniane są: 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 do pomiaru uzyskiwanych efektów przez dany program czy projekt.



# 6

## ROZDZIAŁ 6

# Ewaluacja poszczególnych standardów. Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji

## Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji

Tabela 15 zawiera wybrane (przykładowe) cele ewaluacji według kryteriów: adekwatności, efektywności, skuteczności, trwałości i rezultatu. W zależności od zaprogramowanych przez partnerstwo działań odpowiednich dla realizacji celu, dla którego się ono zawiązało (np. ograniczenia / likwidacji zjawiska lokalnej bezdomności), powinno 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) zależą 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, i 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, to 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 rozwiązania jego problemów?
- czy klient otrzymał pomoc, jakiej oczekiwał?
- które działanie / forma wsparcia okazało się najskuteczniejsze, a które najmniej skuteczne?
- czy potrzebne jest dalsze wsparcie pomocowe dla klienta, a jeśli tak, to w jakim zakresie?

**TABELA 15 | Kryteria i przykładowe pytania ewaluacji dla poszczególnych standardów**

USŁUGA KRYTERIUM	PYTANIA BADAWCZE
<b>PARTNERSTWO LOKALNE</b>	
<b>REALIZACJA WIZJI SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ</b>	
ADEKWATNOŚĆ	Czy wybrane zmiany w społeczności lokalnej odpowiadają jej potrzebom rozwojowym, potrzebom podniesienia spójności społecznej i potrzebom dotyczącym 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.
<b>MISJA: POTRZEBA POWSTANIA I ZAMIERZONE CELE PARTNERSTWA LOKALNEGO</b>	
ADEKWATNOŚĆ	Czy powstanie PL odpowiada potrzebom społeczności lokalnej, w tym osób bezdomnych? Czy przyjęte cele odpowiadają potrzebom 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 są trwałe?
REZULTAT	Uzyskanie trwałej akceptacji i wsparcia w środowisku lokalnym.
<b>ZAKRES PODMIOTOWY PARTNERSTWA LOKALNEGO</b>	
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.
<b>ZAKRES PRZEDMIOTOWY PARTNERSTWA LOKALNEGO</b>	
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	Stale podejmowanie analiz, badań na rzecz planowania i realizowania działań w zakresie prewencji, interwencji i integracji.
<b>ORGANIZACJA: ANALIZA PROBLEMÓW, ZASOBÓW I OTOCZENIA</b>	
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	Stale podejmowanie działania w zakresie edukacji wewnętrznej, zewnętrznej i promocji.

PRACA SOCJALNA	
<b>BUDOWANIE RELACJI Z OSOBĄ BEZDOMNĄ</b>	
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	Nie dotyczy
REZULTAT	Nawiązanie takiej relacji z osobą bezdomną, która umożliwi podjęcie pogłębionej pracy socjalnej.
<b>DIAGNOZA I DZIAŁANIA INTERWENCYJNE WOBEC OSÓB BEZDOMNYCH</b>	
ADEKWATNOŚĆ	Czy dokonano diagnozy adekwatnej do sytuacji? Czy podjęto konieczne działania interwencyjne? Jeśli tak, to 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	Nie dotyczy
REZULTAT	Dokonanie diagnozy, która pozwoli ukierunkować plan działania, oraz w razie potrzeby dokonanie działań interwencyjnych.
<b>OPRACOWANIE I WDROŻENIE PLANU PRACY (IPWzB)</b>	
ADEKWATNOŚĆ	Czy planowane działania były adekwatne do potrzeb i możliwości osób bezdomnych obejmowanych wsparciem? Czy świadczone usługi umożliwiły zwiększenie kompetencji społecznych niezbędnych do funkcjonowania osób bezdomnych 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 i realizowane usługi przyczyniły się do poprawy kondycji życiowej osób bezdomnych? W jaki sposób / w jakim zakresie nastąpiła zmiana? Jakie instytucje (jacy 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, to 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 osób bezdomnych.
<b>ZAPOBIEGANIE BEZDOMNOŚCI</b>	
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 osoba bezdomna 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.
<b>ORGANIZACJA PRACY SOCJALNEJ</b>	
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 DORAŻNA	
OGRZEWAŁNIA	
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	Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych?
EFEKTYWNOŚĆ	Czy zasoby personalne, materialne, finansowe i instytucjonalne są właściwe z punktu widzenia potrzeb osób bezdomnych? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów? 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?
TRWAŁOŚĆ	Zapewnienie schronienia. Zapewnienie pomocy interwencyjnej w nagłych przypadkach. Poprawa poziomu higieny i stanu zdrowia osób bezdomnych. Zapewnienie odpowiednich warunków do prowadzenia pracy socjalnej. Zmotywowanie osób bezdomnych do zmiany swojej sytuacji życiowej.
REZULTAT	Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych?
SCHRONISKO / SCHRONISKO PROFILOWANE	
ADEKWATNOŚĆ	Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych? Czy warunki lokalowe są zgodne ze standardem i odpowiednie, aby prowadzić pracę socjalną oraz aktywizację społeczną i zawodową? Czy skład zespołu realizującego usługę jest na tyle optymalny, że umożliwia realizację zidentyfikowanych problemów osób bezdomnych?
EFEKTYWNOŚĆ	Czy zasoby personalne, materialne, finansowe i instytucjonalne pozwalają na efektywną realizację usługi? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?
SKUTECZNOŚĆ	Czy zakładane cele zostały osiągnięte? W jakim stopniu zakładane cele zostały zrealizowane? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb? W jakim stopniu poszczególni realizatorzy usługi wpłynęli na osiągnięcie celu? Jakie problemy napotkano podczas realizacji usługi? Czy zwiększenie kompetencji zawodowych i społecznych osób bezdomnych przyczyniło się do uzyskania przez nie samodzielności życiowej?
TRWAŁOŚĆ	Czy realizacja usługi przyczyniła się do usamodzielnienia się osób bezdomnych i trwałego wyjścia z bezdomności? Czy efekty działań są trwałe / długookresowe?
REZULTAT	Uzyskanie przez osobę bezdomną tymczasowego schronienia. Zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych do prowadzenia pracy socjalnej oraz aktywizacji społecznej i zawodowej. Uzyskanie samodzielności życiowej i wyjście z bezdomności.

MIESZKANIE WSPIERANE ZESPOŁONE / MIESZKANIE WSPIERANE ROZPROSZONE	
ADEKWATNOŚĆ	Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych / zagrożonych bezdomnością? Czy warunki lokalowe są zgodne ze standardem i odpowiednie, aby prowadzić pracę socjalną oraz aktywizację społeczną i zawodową? Czy skład zespołu realizującego usługę jest na tyle optymalny, że umożliwi realizację zidentyfikowanych problemów osób bezdomnych / zagrożonych bezdomnością?
EFEKTYWNOŚĆ	Czy poszczególni realizatorzy usługi wykonują zadania zgodnie z ich rolą i kompetencjami? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?
SKUTECZNOŚĆ	Czy zakładane cele zostały osiągnięte? W jakim stopniu zakładane cele zostały zrealizowane? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb? W jakim stopniu poszczególni realizatorzy usługi wpłynęli na osiągnięcie celu? Jakie problemy napotkano w trakcie realizacji usługi? Czy zwiększenie kompetencji zawodowych i społecznych osób bezdomnych przyczyniło się do uzyskania przez nie samodzielności życiowej?
TRWAŁOŚĆ	Czy realizacja usługi przyczyniła się do usamodzielnienia się osób bezdomnych i trwałego wyjścia z bezdomności? Czy efekty działań są trwałe / długookresowe?
REZULTAT	Powstanie mieszkań wspieranych dla osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Praca socjalna z osobą bezdomną / zagrożoną bezdomnością. Zapewnienie wsparcia specjalistów i terapeutów. Poprawa funkcjonowania osób bezdomnych w warunkach względnej samodzielności. Wychodzenie z bezdomności oraz uzyskiwanie samodzielności życiowej przez osoby bezdomne.
CENTRUM DZIENNEGO WSPARCIA	
ADEKWATNOŚĆ	Czy cele odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? Czy działania realizowane w ramach usługi są adekwatne do potrzeb osób bezdomnych / zagrożonych bezdomnością?
EFEKTYWNOŚĆ	Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów? Czy podobne rezultaty można osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?
SKUTECZNOŚĆ	Czy zakładane cele zostały osiągnięte? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się skuteczne w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb? Czy system zarządzania i wdrażania okazał się skuteczny?
TRWAŁOŚĆ	Czy realizacja usługi przyczyniła się do rozwiązania problemów osób bezdomnych / zagrożonych bezdomnością? Czy wsparcie udzielone osobom bezdomnym / zagrożonym bezdomnością przyniesie rezultat w postaci trwałej zmiany ich sytuacji życiowej?
REZULTAT	Zapewnienie dostępu do specjalistów osobom bezdomnym / zagrożonym bezdomnością. Dostęp do ofert pracy. Zaspokojenie potrzeb żywieniowych osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością. Dostęp do bezpłatnej żywności. Uzyskanie przez osoby ubogie, w tym zagrożone bezdomnością i bezdomne, odzieży odpowiedniej do panujących warunków atmosferycznych. Zapewnienie dostępu do zabiegów higienicznych.
ZDROWIE	
EDUKACJA ZDROWOTNA	
ADEKWATNOŚĆ	Czy poziom motywacji adresatów do udziału w programach edukacyjnych był odpowiedni? Czy oddziaływania edukacyjne były zgodne z potrzebami adresatów? Czy oddziaływania edukacyjne były dostosowane do kompetencji adresatów?
EFEKTYWNOŚĆ	Czy kompetencje zawodowe kadry placówki są wystarczające dla osiągnięcia zaplanowanych efektów poprzez realizację poszczególnych rodzajów szkoleń?
SKUTECZNOŚĆ	Czy przyjęte rozwiązania metodyczne dotyczące oddziaływań edukacyjnych wiązały się z oczekiwaną zmianą dotyczącą poprawy kompetencji adresatów?
TRWAŁOŚĆ	Czy uzyskanie oczekiwanej zmiany postaw zdrowotnych przełożyło się na zmianę w postaci modyfikacji zachowań dotyczących codziennej dbałości o higienę?
REZULTAT	Czy uzyskano spodziewaną zmianę w zakresie wiedzy adresatów dotyczącej zasad kształtowania właściwych relacji interpersonalnych? Czy uzyskano spodziewaną zmianę dotyczącą umiejętności adresatów z zakresu kształtowania właściwych relacji interpersonalnych?
UZYSKANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
ADEKWATNOŚĆ	Czy z usługi uzyskania potwierdzenia prawa dostępu do realizacji świadczeń zdrowotnych korzystają wszyscy zainteresowani?
EFEKTYWNOŚĆ	Czy w placówkach ochrony zdrowia jest wystarczająca liczba pracowników poinformowanych o procedurach postępowania w przypadku przyjmowania pacjenta bez ubezpieczenia?

<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy system wymiany informacji między kluczowymi instytucjami zapewnia wszystkim osobom bezdomnym możliwość niezwłocznego uzyskania potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy realizacja działań informacyjnych i edukacyjnych doprowadziła do modyfikacji lokalnego systemu ochrony zdrowia, polegającej na zapewnieniu osobom bezdomnym dostępu do placówek medycznych w takim samym zakresie jak w przypadku innych obywateli?
<b>REZULTAT</b>	Czy nastąpiła poprawa dostępu do świadczeń zdrowotnych osób bezdomnych?
<b>OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU KRYZYSÓW PSYCHICZNYCH</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	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?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	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?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	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?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy wprowadzone zmiany dotyczące zasad pracy z osobami bezdomnymi z zaburzeniami psychicznymi przyczyniły się do spodziewanej modyfikacji całego systemu oddziaływań realizowanych w placówce?
<b>REZULTAT</b>	Czy uzyskano zakładaną poprawę umiejętności osób bezdomnych 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?
<b>OPIEKA PALIATYWNA (HOSPICYJNA)</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy wszystkie osoby bezdomne chore na nieuleczalne, niepoddające 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?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy schroniska dla osób bezdomnych oferujące opiekę paliatywną dysponują odpowiednimi pomieszczeniami umożliwiającymi wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy sposób rekrutacji opiekunów z ramienia placówki świadczącej usługę paliatywną pozwala na wyłonienie osób o najlepszych kwalifikacjach?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy w ramach świadczenia usługi przyjęto procedury prowadzenia współpracy interdyscyplinarnej?
<b>REZULTAT</b>	Czy osiągnięto zmianę dotyczącą jakości życia osób bezdomnych chorych na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby polegającą na: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zapobieganiu bólowi i innym objawom somatycznym,</li> <li>■ uśmierzaniu i łagodzeniu cierpień psychicznych,</li> <li>■ zapewnieniu opieki pielęgnacyjnej?</li> </ul>
<b>PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	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?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy pracownicy placówek dla osób bezdomnych posiadają odpowiednie kompetencje, aby realizować zalecenia pielęgniarek?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy system szkoleń dla pracowników placówek w dostatecznym stopniu przygotowuje ich do realizacji zaleceń pielęgniarek?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy stworzono warunki dla zapewnienia realizacji opieki domowej długoterminowej we wszystkie dni tygodnia (łącznie z dniami ustawowo wolnymi od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach)?
<b>REZULTAT</b>	Czy nastąpiła poprawa jakości życia osób bezdomnych polegająca na: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zapobieganiu: a) powikłaniom, b) stanom zapalnym, c) zakażeniom, d) odleżynom, e) deformacjom,</li> <li>■ uśmierzaniu bólu,</li> <li>■ aktywizacji chorych poprzez stosowanie rehabilitacji ciągłej, kompleksowej,</li> <li>■ zapewnieniu bezpieczeństwa poprzez monitorowanie stanu pacjenta pod kątem niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego i zaostrzeń choroby?</li> </ul>
<b>TERAPIA ORAZ PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy oddziaływania edukacyjne z zakresu profilaktyki uzależnień zostały sprofilowane zgodnie z potrzebami wszystkich grup docelowych? Czy oferta wymiany igieł i strzykawek trafiła do wszystkich osób bezdomnych przyjmujących narkotyki w postaci iniekcji?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy placówki posiadają odpowiednią liczbę ulotek na temat prowadzenia kampanii informacyjnej w wyznaczonym czasie? Czy zasoby kadrowe placówki pozwalają na prowadzenie działań z zakresu profilaktyki uzależnień?



<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	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? Czy stworzenie indywidualnego programu terapeutycznego (obejmującego pracę nad uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz nad wychodzeniem z bezdomności) przyczyniło się do przejścia osoby bezdomnej przez pełen proces terapeutyczny?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy udział w indywidualnym programie terapeutycznym doprowadził do samodzielnego funkcjonowania osoby bezdomnej, bez potrzeby wsparcia terapeutycznego w obszarze uzależnień?
<b>REZULTAT</b>	Czy nastąpiła poprawa wiedzy osób bezdomnych na temat: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ definiowania uzależnień od substancji psychoaktywnych,</li> <li>■ konsekwencji używania substancji psychoaktywnych,</li> <li>■ możliwości uzyskania pomocy?</li> </ul> Czy nastąpił wzrost liczby osób bezdomnych podejmujących terapię w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych?
<b>OPIEKA ZDROWOTNA SKIEROWANA DO OSÓB BEZDOMNYCH WYMAGAJĄCYCH USŁUG LECZNICZYCH, OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNYCH I REHABILITACYJNYCH</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy wszystkie osoby bezdomne przebywające w placówkach dla osób bezdomnych, wymagające usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgniarskich i rehabilitacyjnych, zostały objęte usługą?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy schroniska prowadzące działania z zakresu usług leczniczych, opiekuńczo-pielęgniarskich i rehabilitacyjnych posiadają sprzęt konieczny do świadczenia tych usług?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy wsparcie psychologa realizowane w formie zajęć grupowych przyczynia się do pomocy chorym w redukcji stresu związanego z chorobą?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji przyczyniło się do readaptacji społecznej?
<b>REZULTAT</b>	Czy nastąpiła poprawa jakości życia osób bezdomnych polegająca na: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zapobieganiu powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i/lub unieruchomienia,</li> <li>■ usprawnianiu chorych?</li> </ul>
<b>ZATRUDNIENIE I EDUKACJA</b>	
<b>AKTYWIZACJA SPOŁECZNA</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy świadczone usługi umożliwiły zwiększenie kompetencji społecznych niezbędnych do funkcjonowania osób bezdomnych zgodnie z przyjętymi normami społecznymi? Czy świadczone usługi spowodowały rozbudzenie w osobach bezdomnych świadomości osobistej, potrzeby i chęci podejmowania aktywności? Czy aktywizacja społeczna była prowadzona zgodnie z potrzebami i możliwościami osób bezdomnych?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy zasoby osobowe stosowane w wariantcie minimalnym są efektywnym rozwiązaniem wobec zdiagnozowanych potrzeb i możliwości osób bezdomnych, 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 osób bezdomnych?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy sformułowany sposób realizacji usługi standardu zmusza osoby bezdomne do uzyskiwania pozytywnych zmian postaw, czy raczej wymaga dalszych modyfikacji? Czy narzędzia usługi takie jak autodiagnoza oraz trening ekonomiczny są skuteczne wobec uzależnienia osób bezdomnych od systemu świadczeń pomocy społecznej oraz różnych form ich wspierania?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy nabyte przez osoby bezdomne kompetencje są przez nie wykorzystywane w życiu codziennym? Czy rozbudzona chęć aktywności społecznej jest trwała?
<b>REZULTAT</b>	Stwierdzenie, że określona w standardzie usługa Aktywizacja społeczna 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.
<b>AKTYWIZACJA ZAWODOWA</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy usługi służące aktywizacji zawodowej były dopasowane do potrzeb i możliwości osób bezdomnych? Czy działania w ramach usługi były skoordynowane instytucjonalnie? Czy działania w ramach usługi odpowiadały wcześniej przygotowanej autodiagnozie?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy określony w usłudze katalog zasobów osobowych był wystarczający do przeprowadzenia aktywizacji zawodowej osób bezdomnych? Czy określony w usłudze katalog zasobów osobowych był wystarczający do uzyskania przez osobę bezdomną samodzielności życiowej? Jak szeroki był zasób instytucjonalny z punktu widzenia uruchomienia usługi aktywizacji zawodowej? Czy usługa aktywizacji zawodowej mogłaby być prowadzona przez odpowiedni zasób instytucjonalny, czy wymaga występowania funkcji trenera pracy osób bezdomnych?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy zwiększono kompetencje zawodowe osób bezdomnych w stopniu wystarczającym do podjęcia przez nie zatrudnienia? Czy zwiększenie kompetencji zawodowych osób bezdomnych przyczyniło się do uzyskania przez nie samodzielności życiowej? Czy aktywizacja zawodowa osób bezdomnych może być oparta na jednym instrumencie rynku pracy, czy też zależna jest o zastosowania palety tych instrumentów, a więc wymaga znacznie większego czasu niż aktywizacja zawodowa prowadzona w odniesieniu do osób bezrobotnych?



<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy zwiększono kompetencje zawodowe osób bezdomnych w stopniu wystarczającym do utrzymania przez nie w długim okresie zatrudnienia? Czy zwiększenie kompetencji zawodowych osób bezdomnych przyczyniło się do uzyskania przez nie na trwałe samodzielności życiowej?
<b>REZULTAT</b>	Stwierdzenie, że określona w standardzie usługa Aktywizacja zawodowa pozwala uzyskać oczekiwane rezultaty takie jak zwiększenie: (1) kompetencji zawodowych niezbędnych do uzyskania zatrudnienia i ewentualnie jego utrzymania, (2) możliwości uzyskania samodzielności życiowej, w tym szczególnie samodzielności ekonomicznej.
<b>EDUKACJA</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy działania służące wyposażeniu osób bezdomnych w kwalifikacje zawodowe są dopasowane do ich potrzeb i możliwości? Czy działania służące edukacji ogólnej służącej do funkcjonowania osób bezdomnych w społeczeństwie są dopasowane do ich potrzeb i możliwości? Czy usługa ta może być realizowana tylko wobec osób bezdomnych zmotywowanych do zdobywania wiedzy oraz gotowych do uzyskania samodzielności życiowej?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	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?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy metody edukacji zbiorowej (grupowej) gwarantują uzyskiwanie efektów edukacyjnych przez osoby bezdomne, czy też proces ten musi być bardziej zindywidualizowany? Czy osoby bezdomne posiadają kwalifikacje zawodowe umożliwiające im podjęcie pracy? Czy cele edukacji zawodowej i ogólnorozwojowej można uzyskać w sposób nieobligatoryjny, tzn. niepoparty treściami zawartymi w IPWzB, kontrakcie socjalnym czy IPZS?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy osoby bezdomne posiadają kwalifikacje zawodowe umożliwiające im utrzymanie w długim okresie pracy? Czy osoby bezdomne posiadają wykształcenie ogólne umożliwiające im funkcjonowanie w społeczeństwie?
<b>REZULTAT</b>	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.
<b>ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy wspierane miejsca pracy są adekwatne do potrzeb i możliwości osób bezdomnych?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Jaki jest koszt stworzenia i utrzymania wspieranego miejsca pracy osoby bezdomnej? Czy zaangażowane zasoby w utworzenie wspieranego miejsca pracy są racjonalne?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy osoba bezdomna uniezależniła się od świadczeń pomocy społecznej? Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy osoba bezdomna zdobyła źródło dochodu? Czy zastosowanie kilku usług standardu podnosi szanse osób bezdomnych na zachowanie zatrudnienia po zakończeniu okresu trwania usługi „Wspierane miejsce pracy osoby bezdomnej”? Czy pozyskanie wspieranego miejsca pracy dla osoby bezdomnej powinno koncentrować się na szerokiej gamie przedsiębiorców, czy też być zawężone do rynku pracy tworzonego przez podmioty ekonomii społecznej? 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?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy osoba bezdomna zdobyła stałe źródło dochodu? Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy osoba bezdomna na stałe uniezależniła się od świadczeń pomocy społecznej? Czy dzięki wspieranemu miejscu pracy osoba bezdomna na stałe uzyskała pełną samodzielność życiową?
<b>REZULTAT</b>	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 ewentualnie trwałego zatrudnienia.
<b>STREETWORKING</b>	
<b>ŚWIADCZENIE STREETWORKINGU. PERSPEKTYWA ORGANIZATORA</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy świadczona usługa streetworkingu była adekwatna do potrzeb gminy w zakresie wspierania osób bezdomnych przebywających na ulicy?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Jaki jest koszt prowadzenia streetworkingu w gminie? Czy zaangażowane zasoby w realizację streetworkingu są racjonalne?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	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?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy organizator usługi zabezpieczył funkcjonowanie streetworkingu w postaci zapisów w oficjalnych dokumentach gminy? Czy organizator usługi zabezpieczył środki finansowe na kontynuację streetworkingu?
<b>REZULTAT</b>	Stwierdzenie, że usługa streetworkingu doprowadziła do: zmniejszenia liczby osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy; odbycia szkoleń przez streetworkerów, zaplanowania działań streetworkerskich w oficjalnych dokumentach gminy, powstania i zarządzania zintegrowaną mapą miejsc przebywania osób bezdomnych w miejscach niemieszkalnych.

<b>ŚWIADCZENIE STREETWORKINGU. PERSPEKTYWA REALIZATORA</b>	
<b>ADEKWATNOŚĆ</b>	Czy świadczona usługa streetworkingu była adekwatna do potrzeb gminy w zakresie wspierania osób bezdomnych przebywających na ulicy?
<b>EFEKTYWNOŚĆ</b>	Czy ilość środków finansowych związanych z realizacją streetworkingu jest wystarczająca? Czy liczba streetworkerów pracujących w gminie jest wystarczająca i zgodna z bieżącymi zapotrzebowaniami i skalą zjawiska bezdomności?
<b>SKUTECZNOŚĆ</b>	Czy dzięki prowadzonemu streetworkingowi zmniejszyła się liczba osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy? Czy dzięki prowadzonemu streetworkingowi polepszyła się sytuacja życiowa osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy? Czy środki finansowe i osobowe założone na realizację streetworkingu są wystarczające? Czy realizator usługi w sposób odpowiedni zabezpieczył niezbędne narzędzia (materialne oraz niematerialne) pracy streetworkera? 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?
<b>TRWAŁOŚĆ</b>	Czy realizator usługi streetworkingu zatrudnił streetworkerów na umowę o pracę?
<b>REZULTAT</b>	Stwierdzenie, że usługa streetworkingu doprowadziła do: zmniejszenia liczby osób bezdomnych przebywających w przestrzeni ulicy, zmiany aktywnych oraz nieaktywnych miejsc przebywania osób bezdomnych w przestrzeni ulicy, 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.

**ROZDZIAŁ 7**

# 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 – do zaplanowanych działań (kto, co i jak robi, przy użyciu jakich środków, kiedy, gdzie). Opracowany system wskaźników służy weryfikacji skuteczności podejmowanych działań, tego, czy zrealizowano to, co zamierzono, a także tego, czy przyczyniło się to do osiągnięcia przewidywanych efektów.

Podane poniżej wskaźniki mają charakter przykładowy<sup>97</sup>. Przygotowując wskaźniki, należy pamiętać, aby były różnorodne, tzn. odnosiły się do różnych aspektów prowadzonych działań. Wyróżnić można następujące grupy wskaźników: 1) wskaźniki wkładu, mierzące nakłady finansowe, rzeczowe i ludzkie; 2) wskaźniki produktu, mierzące ilość poszczególnych działań; 3) wskaźniki rezultatu, mierzące bezpośrednio (następujące bezpośrednio po usłudze) efekty; 4) wskaźniki 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) być mierzalne; 3) być akceptowalne (przez osoby, które będą je oznaczały); 4) być istotne dla partnerstwa (każdego podmiotu w partnerstwie, jak i dla gminy) z punktu celów, które system realizuje; 5) mieć jasno wskazane momenty, kiedy należy dokonywać pomiaru.

Poniżej znajdują się uporządkowane cele dla poszczególnych standaryzowanych obszarów oraz dla konkretnych usług, dalej znajdują się listy przykładowych wskaźników monitorowania. Listy nie są wyczerpujące ani obligatoryjne, ale mogą stanowić pomoc i wskazówkę dla 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 (wartości w nawiasach oznaczają wartość docelową wskaźnika; treść po średniku oznacza źródło danych):**

- liczba organizacji biorących udział w partnerstwie lokalnym;
- liczba kluczowych organizacji pozostających poza partnerstwem (*wskaźniki produktu*);
- liczba nowych członków w ciągu określonego okresu (rok, 2 lata, 3 lata) (*wskaźniki 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;
- odsetek bezdomnych objętych 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 bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego, 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 sposobów rozwiązywania tego problemu;
- liczba spotkań z młodzieżą dotyczących problemów bezdomności;
- liczba spotkań z przedstawicielami lokalnych mediów dotyczących problemu bezdomności i sposobów 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 zakresu rzetelnych informacji o problemach bezdomności w środowisku lokalnym (*wskaźniki rezultatu*);
- liczba spotkań interdyscyplinarnego zespołu dla monitorowania sytuacji bezdomności;
- liczba lokalnych uroczystości, imprez zorganizowanych przez PL, w których biorą udział osoby bezdomne;
- liczba ofert placówek kulturalnych, sportowych, w których biorą udział osoby bezdomne;
- liczba przedsięwzięć realizowanych wspólnie z osobami bezdomnymi;
- wzrost liczby osób bezdomnych, które się usamodzielnili w ciągu roku;
- liczba diagnoz, analiz, badań dotyczących 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 wolontariuszy szkolonych przez PL;
- liczba szkoleń i warsztatów dla środowisk lokalnych;
- liczba broszur informacyjnych i ulotek na temat PL wydrukowanych w roku (*wskaźniki produktu*);
- liczba broszur i 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 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 społecznych<sup>98</sup>;
- 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.

### Przykładowe wskaźniki (wartości w nawiasach oznaczają wartość docelową wskaźnika; treść po średniku oznacza źródło danych)

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% gminnej populacji ludzi bezdomnych w skali roku; *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 (IPWzB);
- 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-leczniczym, 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 określonej perspektywie czasowej;
- ocena kondycji życiowej osoby objętej wsparciem obejmująca różne sfery aktywności życiowej (socjalno-bytową, rodzinną, mieszkaniową, psychologiczną, zawodową, społeczną) powtarzana 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 będącą 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 (kadrę 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 niskoprogramowych;
- 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 pomocy doraźnej 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.

## OGRZEWAŁNIA

### 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 pobytem i informacją;
- zredukowanie zagrożenia utraty zdrowia i życia przez osoby bezdomne;
- zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji u 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 przez osoby bezdomne;
- poprawa jakości życia oraz wzbudzenie motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji u 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 ich 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 ich 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 u osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;
- zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę ich 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 u osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;
- zwiększenie partycypacji i aktywności osób bezdomnych w działaniach ukierunkowanych na poprawę ich 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 przez osoby bezdomne;
- zwiększenie dostępu do informacji i możliwości korzystania z innych form wsparcia oraz motywacji do zmiany sposobu życia i poprawy sytuacji u 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 (minimalnie 6; optymalnie 12).

### Noclegownia:

- liczba udostępnionych miejsc;
- liczba osób, które skorzystały z usługi;
- średni czas korzystania z usługi;
- liczba miesięcy w roku, w których działa noclegownia (minimalnie 6; optymalnie 12);
- liczba specjalistów (pracownik socjalny, psycholog) dyżurujących w placówce.

**Schronisko dla osób bezdomnych / schronisko profilowane:**

- liczba udostępniionych miejsc;
- liczba osób, który skorzystały z usługi;
- średni czas przebywania w schronisku;
- liczba osób bezdomnych, które się usamodzielnily;
- liczba osób, które opuściły placówkę w wyniku naruszenia regulaminu w ciągu ostatniego roku (wartość docelowa 5%, *Ocena zasobów*).

**Mieszkanie wspierane zespolone / mieszkanie wspierane rozproszone:**

- liczba udostępniionych miejsc;
- liczba osób, które skorzystały z usługi;
- liczba rodzin, które skorzystały z usługi;
- średni czas przebywania w mieszkaniu.

**Centrum dziennego wsparcia:**

- liczba osób, który 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 udostępniionych 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 bezpośrednio 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 bezdomności 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, lepsze dbanie o zdrowie własne i innych 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 i powrotu 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 (zasobów wewnętrznych 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 ograniczanie skutków zdrowotnych i społecznych (wczesna interwencja) oraz zmniejszanie skutków przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby, a także minimalizowanie wtórnych uszkodzeń związanych z przebyłą chorobą.

## OPIEKA PALIATYWNA (HOSPICYJNA)

### Cel główny

Zwiększenie dostępności i skali korzystania przez osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, chorujące na niepoddające się leczeniu przyczynowemu i postępujące choroby, z 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, biopsychospołecznych skutków używania substancji psychoaktywnych oraz możliwości szukania i zdobycia pomocy w tym zakresie oraz wzrost liczby osób poddających się terapii uzależnień;
- zwiększenie liczby przypadków 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.

**PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA****Cel główny**

Zmniejszenie lub likwidacja dolegliwości psychosomatycznych oraz zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego chorych przebywających w placówkach dla osób bezdomnych, niekwalifikujących się do leczenia szpitalnego, z deficytami w samoopiece i samopielęgnacji.

**Cele szczegółowe:**

- poprawa dostępu do świadczeń w środowisku domowym pacjentów obłożnie chorych, zwiększenie poziomu przygotowania chorego i osób z jego otoczenia do samoopieki i samopielęgnacji oraz radzenia sobie z niepełnosprawnością;
- zwiększenie dostępu do leczenia farmakologicznego i wyżywienia dostosowanego do stanu zdrowia chorego;
- wzrost jakości realizacji zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz zwiększenie zakresu oferowanego wsparcia osobom go 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 zjawiska pogłębiania się chorób i dysfunkcji, a także zjawiska 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 osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;
- zwiększenie skuteczności i efektywności wsparcia udzielanego osobom bezdomnym i zagrożonym bezdomnością, a także zmniejszenie kosztów społecznych tego wsparcia<sup>99</sup>.

**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 u osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością;
- zwiększenie poziomu aktywności zawodowej, podejmowania i utrzymania zatrudnienia u osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

## **AKTYWIZACJA SPOŁECZNA**

### **Cel główny**

Zwiększenie możliwości pełnej partycypacji w życiu społecznym, w tym również integracji ze środowiskiem lokalnym, osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

### **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 poprawa sytuacji dochodowej, 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 okresie monitorowania;
- liczba przeprowadzonych autodiagnoz przez realizatora usługi (specjalistów) 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 okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych, które pozytywnie zakończyły trening ekonomiczny jako zajęcie 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 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 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 Aktywizacja społeczna, zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych dysponujących pozytywną opinią pracownika socjalnego po zakończeniu usługi Aktywizacja społeczna, 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 uczestniczących w usłudze Aktywizacja zawodowa, którym przydzielono wsparcie trenera pracy w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w usłudze Aktywizacja zawodowa, którym przydzielono wsparcie trenera pracy, w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do zajęć w centrach integracji społecznej w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do zajęć w centrach integracji społecznej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku;
- liczba osób bezdomnych korzystających z instrumentów rynku pracy w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych korzystających z instrumentów rynku pracy w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do projektów EFS w zakresie usługi w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do projektów EFS w zakresie usługi w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku.



**EDUKACJA:**

- liczba osób bezdomnych uczestniczących w ramach usługi Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa we wszystkich dostępnych formach edukacji formalnej w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w ramach usługi Edukacja zawodowa i ogólnorozwojowa we wszystkich dostępnych formach edukacji formalnej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku;
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w różnych formach edukacji zawodowej w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w różnych formach edukacji zawodowej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku;
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w grupowych formach edukacji w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych uczestniczących w grupowych formach edukacji organizowanych przez realizatora usługi w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do centrów edukacji ustawicznej w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do centrów edukacji ustawicznej w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych usługą w danym roku.

**Zatrudnienie subsydiowane:**

- liczba osób bezdomnych skierowanych do pracodawców na mocy kontraktu trójstronnego w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych skierowanych do pracodawców na mocy kontraktu trójstronnego (pracodawca–PUP–OPS/NGO) w stosunku do ogólnej liczby osób bezdomnych objętych pomocą i wsparciem;
- liczba osób bezdomnych skierowanych na mocy kontraktu trójstronnego w okresie monitorowania;
- liczba osób bezdomnych skierowanych 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 / zlecniodawcy 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 społecznych<sup>100</sup>;
- 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 u osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych;
- zredukowanie zachowań ryzykowanych 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 do roku poprzedniego;
- wskaźnik „liczebnej odpowiedniości B”: stosunek liczby miejsc niemieszkalnych przypadających na parę streetworkerów w danym roku 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 liczby miejsc niemieszkalnych: pierwszy (lub poprzedni) rok 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 liczby osób bezdomnych przebywających w miejscach niemieszkalnych; pierwszy (lub poprzedni) rok 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 niemieszkalnych powinna być aktualizowana minimum raz w miesiącu; jeżeli wskaźnik jest mniejszy niż 1, obecność w środowisku jest niedostateczna; wskaźnik powyżej 1 oznacza satysfakcjonującą 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 (minimum 3 kontakty) w stosunku do liczby osób bezdomnych (albo do liczby osób, które odmawiają przyjęcia wsparcia);
- wskaźnik zmiany miejsca: liczba osób bezdomnych, które w wyniku pracy streetworkera przeniosły 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 liczby 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, w stosunku do liczby wszystkich kontaktów z osobami bezdomnymi;
- wskaźnik liczby programów z zakresu redukcji szkód: liczba realizowanych programów w stosunku do liczby programów rekomendowanych do realizacji.

## Przypisy

- 1 Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2012 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (7/8 luty 2013), MPiPS, Warszawa, lipiec 2013
- 2 M.J. Sochocki, *Skala i charakter bezdomności w Polsce*, w: *Problem bezdomności w Polsce*, red. M. 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*, w: *Księga Ubogich*, Rzecznik Praw Obywatelskich 2009, s. 364.
- 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, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2010, s. 175.
- 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.
- 6 FEANTSA, *Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS*, tłum. J. Wygnańska, [www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en](http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en), dostęp: 2.12.2013. Na potrzeby polskiego stanowiska wobec definicji oraz typologii bezdomności tłumaczenie zmodyfikował P. Olech.
- 7 Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 08.115.728 j.t.
- 8 Przeformułowana nieznacznie definicja zaproponowana przez A. Przymeńskiego, *Bezdomność – społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zjawiska na przykładzie Poznania*, „Praca Socjalna” 1997, nr 3.
- 9 Przeformułowana nieznacznie definicja zaproponowana przez A. Duracz-Walczak, *O ujednoczenie pojęć dotyczących bezdomności w Polsce*, w: A. Duracz-Walczak, *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*, Warszawa–Gdańsk 2001/2002.
- 10 A. Dębska-Cenian, *Sfery oddziaływania jako odpowiedź na wyzwania społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych*, w: A. Dębska-Cenian, P. Olech, *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*, Gdańsk 2008.
- 11 FEANTSA, *Europejska Typologia Bezdomności...*
- 12 Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje.
- 13 FEANTSA, *Europejska Typologia Bezdomności...*
- 14 Kategoria stworzona i dodana przez polskie organizacje.
- 15 E. Podrez, *Personalizm*, w: *Słownik katolickiej nauki społecznej*, Warszawa 1993.
- 16 K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, s. 109.
- 17 Warto pamiętać, że takie rozumienie godności pojawiło się niedawno. Wcześniej godność była raczej wiązana z dostojnictwem 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 XX wieku personalizm chrześcijański oderwał pojęcie godności od urzędu i przeniósł je do samej istoty osoby, czyli człowieczeństwa. Ale uniwersalna – a więc wykraczająca ponad założenia jakiegokolwiek konkretnego nurtu myśli filozoficznej lub religijnej – zgoda co do pojęcia godności kończy się na tym, że z samej natury przysługuje ona każdemu człowiekowi.
- 18 J. Filek, *Rozważania wokół fenomenu pomocy*, „Ekonomia Społeczna” 2/2011, s. 7–20.
- 19 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 pana i władcy, który decyduje o „być lub nie być” swoich podopiecznych.
- 20 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.

- 21 Sadowska, s.
- 22 Niemniej zawsze osoba jest przed wspólnotą i konstytuuje wspólnotę.
- 23 Zmodyfikowana definicja z projektu ustawy o zasadach prowadzenia polityki społecznej.
- 24 A. Dębska-Cenian, *Sfery oddziaływania jako odpowiedź...*
- 25 M. Bergmann, *Partnerstwa lokalne – dlaczego warto współpracować?*, [http://www.ie-ries.com.pl/images/stories/artykuly/Partnerstwa\\_lokalne\\_-\\_dlaczego\\_warto\\_wsp%C3%B3lpracowa%C4%87\\_-\\_Magdalena\\_Bergmann\\_1.pdf](http://www.ie-ries.com.pl/images/stories/artykuly/Partnerstwa_lokalne_-_dlaczego_warto_wsp%C3%B3lpracowa%C4%87_-_Magdalena_Bergmann_1.pdf).
- 26 *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>.
- 27 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.
- 28 Pojęcie to wymaga wyjaśnienia uprzedzającego naiwne interpretacje. U niektórych pojęcie „zwalczanie 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.
- 29 W wulgarnym uproszczeniu – przekonania, że to, co nie jest postrzegane, nie istnieje.
- 30 [www.pfwb.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Diagnozy-lokalne-METODOLOGIA-wersja-zrewidowana.pdf](http://www.pfwb.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Diagnozy-lokalne-METODOLOGIA-wersja-zrewidowana.pdf) (dostęp: 16.12.2013).
- 31 Pojęcia zostały użyte zamiennie, choć należy zwrócić uwagę na to, że tożsame nie są – partnerstwo w perspektywie obranej w niniejszym tekście oznacza podmiot organizujący i koordynujący gminną politykę społeczną w obszarze rozwiązywania problematyki bezdomności. Natomiast gmina w perspektywie naszej problematyki oznacza „sponsora”, zleceniodawcę – podmiot zlecający i rozliczający tzw. zadania własne gminy nałożone na nią mocą odpowiednich ustaw.
- 32 Koncepcja fazy diagnozy oraz ogólnopolskiego badania „Standardy usług w pomocy społecznej”, [http://www.oscentrum.pl/strg/pdf/koncepcja\\_2.pdf](http://www.oscentrum.pl/strg/pdf/koncepcja_2.pdf).
- 33 J. Boczoń, *Poradnik standaryzacji usług społecznych*, Warszawa 2004, s. 25.
- 34 <http://www.pliki.cal.org.pl> (dostęp: 06.11.2013).
- 35 Dz.U. z 1994 r. Nr 121, poz. 591 ze zm.
- 36 Dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 ze zm.
- 37 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”.
- 38 Z 12 marca 2004 r., Dz.U. Nr 64, poz. 593 ze zm.
- 39 Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie / społeczeństwo.
- 40 Z 12 marca 2004 r., Dz.U. Nr 64, poz. 593 ze zm.
- 41 P. Ostrowicki, *Uzależnienie od pomocy społecznej*, w: *Zagrożenia ludzkiej egzystencji*, red. D.M. Piekut-Brodzka, Warszawa 2001, s. 104–115.
- 42 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 lub 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 pozostawać anonimowy).
- 43 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.
- 44 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.
- 45 Np. poprzez zmianę nazwy i usunięcie zbędnych kolumn.
- 46 Specific – jasno określony; Mesasurable – mierzalny; Appropriate – odpowiedni; Realistic – realistyczny; Timebound – określony w czasie (M. Chludziński, W. Przybylski, *Jak skutecznie napisać projekt socjalny?*, Warszawa 2004, s. 20).
- 47 Proces postępowania metodycznego jest analogiczny do postępowania metodycznego względem innych grup problemowych i jest szczegółowo opracowany w ramach zadania 2 projektu „Standardy w pomocy”.



- 48 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.
- 49 Lub – jeśli obecnie obowiązujące zasady stosowania KS ulegną zmianie i np. będą stosowane wyłącznie w postępowaniu administracyjnym – innego rodzaju umowę współpracy.
- 50 Por. *Model realizacji usług o określonym standardzie w gminie*, zadanie 2, projekt „Standardy w pomocy”.
- 51 *Ibidem*.
- 52 Istotnym zagadnieniem w kwestii udzielania pomocy osobom bezdomnym jest właściwość miejscowa. Art. 101 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej wskazuje, że gminą właściwą do udzielania 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.
- 53 Opracowanie na podstawie m.in. *Standardu pracy socjalnej* M. Marszałkowskiej.
- 54 Dz.U. z 2010 r. Nr 242, poz. 1623 ze zm.
- 55 J. Karński, *Promocja zdrowia dziś. Perspektywy jej rozwoju w Europie*, Warszawa 2009, s. 9.
- 56 J. Karński, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Warszawa 2008, s. 16.
- 57 K. Prot-Herczyńska, *Jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia?*, tom 6, suplement 2(5), s. 115.
- 58 *Ibidem*, s. 115–116.
- 59 *Raport z fazy diagnozy: kondycja i dobre praktyki pomocy ludziom bezdomnym w sześciu obszarach: street-working, praca socjalna, mieszkalnictwo i pomoc doraźna, partnerstwa lokalne, zdrowie, zatrudnienie i edukacja*, materiał opracowany przez grupy eksperckie, red. R. Stenka, Gdańsk 2011, s. 215–216.
- 60 Woronowicz, 2009 s. 345–349.
- 61 Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie lub społeczeństwo.
- 62 Podstawa prawna: art. 55 ustawy z 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.).
- 63 Podstawa prawna: art. 48 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 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 ze zm.).
- 64 Podstawa prawna: art. 48a ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.).
- 65 Podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 23a, art. 73a ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz.U. z 2011 r. Nr 155, poz. 921).
- 66 Podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 29a i 29b, art. 53a–m, art. 54, art. 61a ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 kwietnia 2009 r. w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych (Dz.U. z 2009 r. Nr 61, poz. 502).
- 67 Podstawa prawna: art. 61 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 ze zm.).
- 68 Podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 34 i 35, art. 53, 54, 61a ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.), 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 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 ze zm.).
- 69 Podstawa prawna: art. 46 ust. ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 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).
- 70 Podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 26, art. 51, 56, 59, 59a, 61a ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 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).
- 71 Podstawa prawna: art. 46 ust. 1 pkt 2, art. 46 ust. 1b ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie

- Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 kwietnia 2012 r. w sprawie przyznawania środków na podjęcie działalności na zasadach określonych dla spółdzielni socjalnych (Dz.U. poz. 456).
- 72 Podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 32, art. 57 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 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).
- 73 Podstawa prawna: art. 47 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 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).
- 74 Podstawa prawna: art. 45 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.).
- 75 Art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873 ze zm.).
- 76 Tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 ze zm.
- 77 Nr 1998/2006 z 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 379 z 28.12.2006, s. 5).
- 78 A. Dębska-Cenian, P. Olech, *Od ulicy do samodzielności...*, s. 73.
- 79 Perspektywa organizatora – ta część materiału przeznaczona jest dla gmin lub innych instytucji, które w gminie będą odpowiedzialne za organizację usługi.
- 80 Perspektywa realizatora – ta część materiału przeznaczona jest dla podmiotów realizujących usługę i zespołu streetworkerskiego.
- 81 Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie lub społeczeństwo.
- 82 Czym jest mapa miejsc niemieszkalnych, patrz „Dokumentacja usługi”, pkt 2.
- 83 Streetworkerzy po rozpoznaniu potrzeb osób bezdomnych mogą dostarczyć im konkretne rzeczy (patrz pytanie 17 w części praktycznej standardu). Z zaproponowanego katalogu mogą wybrać poszczególne przedmioty, które będą tworzyły tzw. pakiet. Pakiet jest rekomendowany, lecz nie obowiązkowy.
- 84 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.
- 85 *Słownik ważniejszych pojęć*, w: *Ewaluacja w edukacji*, red. L. Korporowicz, Oficyna Naukowa, Warszawa 1997, s. 278.
- 86 Tamże, s. 280.
- 87 K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 86.
- 88 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](http://www.ewaluacja.gov.pl/slownik/Strony/slownik_ewaluacja_formatywna.aspx), dostęp: 25.11.2013).
- 89 Ewaluacja przeprowadzana po wdrożeniu programu w celu oceny jego rezultatów i wpływów; sprawdzenie, w jakim stopniu program 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 konkluzyjna ma za zadanie dostarczyć informacji o wartości programu”) ([www.ewaluacja.gov.pl/slownik/Strony/slownik\\_ewaluacja\\_konkluzyjna.aspx](http://www.ewaluacja.gov.pl/slownik/Strony/slownik_ewaluacja_konkluzyjna.aspx), dostęp: 25.11.2013).
- 90 M.J. Sochocki, *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*, „Trzeci Sektor” 2006, nr 7, s. 90–91. Por też: K. Okulicz-Kozaryn, A. Borucka, *Opracowywanie i ewaluacja programów promocji zdrowia psychicznego na przykładzie programu wczesnej profilaktyki alkoholowej*, w: *Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia. Teoria i Praktyka*, red. A. Sito, M. Berkowska, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2000, nr 4, suplement 1, s. 181.
- 91 M.J. Sochocki, *Ewaluacja jako dyskurs...*, s. 91.
- 92 *Ewaluacja w edukacji...*, s. 279.
- 93 *Słownik terminów*, w: A. Radomska, K. Bonisławska, K. Jarmołowska, K. Okulicz-Kozaryn, D. Maccander, 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.
- 94 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, [http://www.academia.edu/3408651/Metody\\_jakosciowe\\_w\\_ewaluacji](http://www.academia.edu/3408651/Metody_jakosciowe_w_ewaluacji) (dostęp: 02.09.13).



- 95 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: *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty – diagnoza Zespołu Badawczego*, red. M. Dębski, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011.
- 96 Chodzi o to czy poszczególne elementy projektu realizowane były w ustalonej kolejności.
- 97 Szczegółowy opis wymogów związanych z tworzeniem systemu wskaźników patrz *Przewodnik po metodach ewaluacji. Wskaźniki monitoringu i ewaluacji. Dokument roboczy nr 2*, [www.ewaluacja.gov.pl/ewaluacja\\_wstep/Documents/wskazniki170707.pdf](http://www.ewaluacja.gov.pl/ewaluacja_wstep/Documents/wskazniki170707.pdf) (dostęp: 2.09.2013).
- 98 Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie / społeczeństwo.
- 99 Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie / społeczeństwo.
- 100 Koszty społeczne należy rozumieć jako wszystkie bezpośrednie lub pośrednie koszty i straty poniesione przez osoby trzecie / społeczeństwo.
- 101 Stanowisko przyjęte na podstawie zestawienia różnorodnych badań, ekspertyz i szacunków na temat skali bezdomności w tym: M.J. Sochocki, *Skala i charakter bezdomności w Polsce*, w: *Problem bezdomności w Polsce*, red. M. Dębski, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011. S.92-94; oraz P. Olech, *Charakterystyka sytuacji Polski w kontekście badania problematyki bezdomności*, w: *MPHASIS. Wzajemny postęp w likwidowaniu bezdomności poprzez ulepszenie systemów monitorowania zjawiska, 2008*; <http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/papers/streszczenieSYN-THESISPL-FINAL.pdf>.
- 102 M.J. Sochocki, *Skala i charakter bezdomności w Polsce*, w: *Problem bezdomności w Polsce*, red. M. Dębski, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011.
- 103 *Problem bezdomności w Polsce*, red. M. Dębski, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk 2011.

## Literatura cytowana

- Boczoń J., *Poradnik standaryzacji usług społecznych*, Warszawa 2004.
- Browarczyk Ł., Dębski M., *Forum. O bezdomności bez lęku*, Gdańsk 2010.
- Chludziński M., Przybylski W., *Jak skutecznie napisać projekt socjalny?*, Warszawa 2004.
- Dębska-Cenian A., Olech P., *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*, Gdańsk 2008.
- Duracz-Walczak A., *W kręgu problematyki bezdomności polskiej*, Warszawa–Gdańsk 2001/2002.
- Filek J., *Rozważania wokół fenomenu pomocy*, „*Ekonomia Społeczna*” 2011, nr 2.
- Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Warszawa 2008.
- Karski J., *Promocja zdrowia dziś. Perspektywy jej rozwoju w Europie*, Warszawa 2009.
- Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000.
- Korporowicz L. (red.), *Ewaluacja w edukacji*, Warszawa 1997.
- Olech P., *Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe – zarys głównych problemów w Polsce oraz rekomendacje dla całościowej polityki społecznej*, w: *Księga Ubogich*, Rzecznik Praw Obywatelskich 2009.
- Olejniczak K., Kozak M., Ledzion B. (red.), *Teoria i praktyka ewaluacji interwencji publicznych. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2008.
- Ostrowicki P., *Uzależnienie od pomocy społecznej*, w: *Zagrożenia ludzkiej egzystencji*, Piekut-Brodzka D.M. (red.), Warszawa 2001.
- Pindral A., *Definicje i typologie bezdomności*, w: Dębski M. (red.), *Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty – diagnoza Zespołu Badawczego*, Gdańsk 2011.
- Prot-Herczyńska K., *Jak postępować z pacjentem odmawiającym leczenia?*, tom 6, suplement 2(5).
- Przymeński A., *Bezdomność – społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zjawiska na przykładzie Poznania*, „*Praca Socjalna*” 1997, nr 3.
- Radomska A., Bonisławska K., Jarmołowska K., Okulicz-Kozaryn K., Macander D., Borkowska A., Terlikowska J., Frączek R., Sochocki M.J., *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 2010.
- Sito A., Berkowska M. (red.), *Modele ewaluacji w programach promocji zdrowia. Teoria i Praktyka*, „*Medycyna Wieku Rozwojowego*” 2000, nr 4, suplement 1.
- Słownik katolickiej nauki społecznej*, Warszawa 1993.
- Sobolewski A. (red.), *Przez współpracę do sukcesu. Partnerstwo lokalne na rynku pracy*, Warszawa 2007.
- Sochocki M.J., *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*, „*Trzeci Sektor*” 2006, nr 7.
- Sochocki M.J., *Liderzy – realizatorzy – beneficjenci. Prezentacja wyników badań ewaluacyjnych „Szkoly dla rodziców i wychowawców” (edycja wrzesień–grudzień 2007)*, „*Zeszyty Metodyczne*” 2008, nr 3.
- Sochocki M.J., *Skala i charakter bezdomności w Polsce*, w: *Problem bezdomności w Polsce*, M. Dębski (red.), Gdańsk 2011.
- Stenka R. (red.), *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 opracowany przez grupy eksperckie, Gdańsk 2011.
- Wojtyła K., *Osoba i czyn*, Kraków, 1969.

## Indeks autorów i autorek:

	MODEL GMINNY STANDARD WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI	STANDARD/Y						STRATEGIA WDRAŻANIA MODELU GSWB	EWALUACJA I MONITORING MODELU GSWB
		PARTNERSTWA LOKALNEGO	PRACY SOCJALNEJ	MIESZKALNICITWA I POMOCY DORAŻNEJ	ZDROWIA	ZATRUDNIENIA I EDUKACJI	STRETWORKINGU		
Adamczyk Anna							x		
Aniszczyk Bohdan			x						
Bielerzewska Katarzyna					x				
Boduszyński Wojciech						x			
Bór Lech							x		
Browarczyk Łukasz	x							x	
Budzińska-Gawron Justyna		x							
Cieślik Wiesława			x	x					
Ciołkowski Paweł				x					
Chojnacka Maria					x				
Cholewiński Krzysztof						x			
Czochara Magdalena			x						
Dąbrowska Joanna				x				x	
De Roover Sylwia				x					
Dębski Maciej							x	x	
Dorsz Krystyna						x			
Duda Małgorzata				x					
Dziewięcka-Bokun Ludmiła			x						
Gaweł Michał							x		
Gil-Gumowska Anna			x						
Goryńska-Bittner Barbara		x						x	
Goszczyński Wojciech		x							
Gruszczyńska Edyta			x						
Hyla Waldemar			x						
Janiszewska Wiesława		x							
Jaskulski Paweł						x			
Jaworski Rafał		x							
Józefczyk Jarosław			x						
Kaczmarczyk Renata				x					
Kędzior Jolanta			x						
Kocylowska Alicja					x				
Koszutowski Adam							x		
Kowalewski Marcin		x	x						
Kowalik Jolanta				x					
Kowalczyk Edyta			x						
Kot Joanna			x						
Kruk Małgorzata					x				
Kurdybacz Małgorzata			x						
Kwiatkowski Dominik		x							

Leśniak-Niemczyk Grażyna		x						
Łukasiewicz Aleksandra							x	
Machalica-Puitorak Anna	x					x		x
Mandes Sławomir						x		x
Markiewicz Anna					x			
Marszałkowska Magdalena			x					
Maruszak Tomasz				x				
Michalska Anna							x	
Mika Jerzy			x					
Młot Marcin			x					
Naszydłowska Edyta					x			
Nowak Agnieszka						x		
Nowak Radosław				x				
Nózka Marcjanna			x					
Obcowska Aneta					x			
Olech Piotr	x						x	x
Oleniacz-Czajka Elżbieta			x					
Pawlak Maria			x					
Pindral Aleksander			x					
Piotrowicz Kamila						x		
Pisowicz Zofia			x					
Pokój Maria			x					
Porowska Adrianna				x				
Potoczna Małgorzata			x					
Przewoźnik Mirosław								x
Radziwon Iwona				x				
Rechnio Żaneta						x		
Sawicka Agnieszka					x			
Sochocki Marcin J.					x			x
Stanisławski Bartosz			x					
Stefaniak-Łubianka Marta					x			
Stenka Rafał							x	
Szadura-Urbańska Elżbieta	x					x		x
Szewczyk Renata							x	
Szczawińska Jolanta						x		
Szczypior Ewa					x			
Trzecicki Andrzej	x					x		x
Tylman Marcin			x					
Weiner Karolina							x	
Węsierska-Chyc Lidia	x							
Wiącek Aneta			x			x		x
Wilczek Jakub	x							
Wiśniewski Sebastian			x					
Wojtowicz Mariusz							x	
Wójciak-Grzechnik Monika			x					
Zając Alicja			x					
Zając Ewa			x					
Zybała Andrzej			x					
Zychowicz Benita							x	

# ZAGINAŁ DOM! HOUSE DISAPPEARED!



Zaginał dom rodzinny,  
wraz z poczuciem bezpieczeństwa,  
rodzinną miłością i sensem życia.

Opuszczony mieszkaniec  
w ogromnej rozpaczycy  
czeka na każdą informację,  
która pozwoli mu  
szczęśliwie powrócić do domu.

Missing family home,  
along with a sense of security,  
familial love and the meaning of life.

Abandoned resident  
the vast despair waiting  
for any information,  
which will allow him  
to return home happily.

**Aby każdy mógł powiedzieć:  
Wracam do domu!**

**To everyone could say:  
I'm going home!**

**REAGUJ!**

**RESPOND!**

**REAGUJ!**

**RESPOND!**

**REAGUJ!**

**RESPOND!**

**REAGUJ!**

**RESPOND!**

**REAGUJ!**

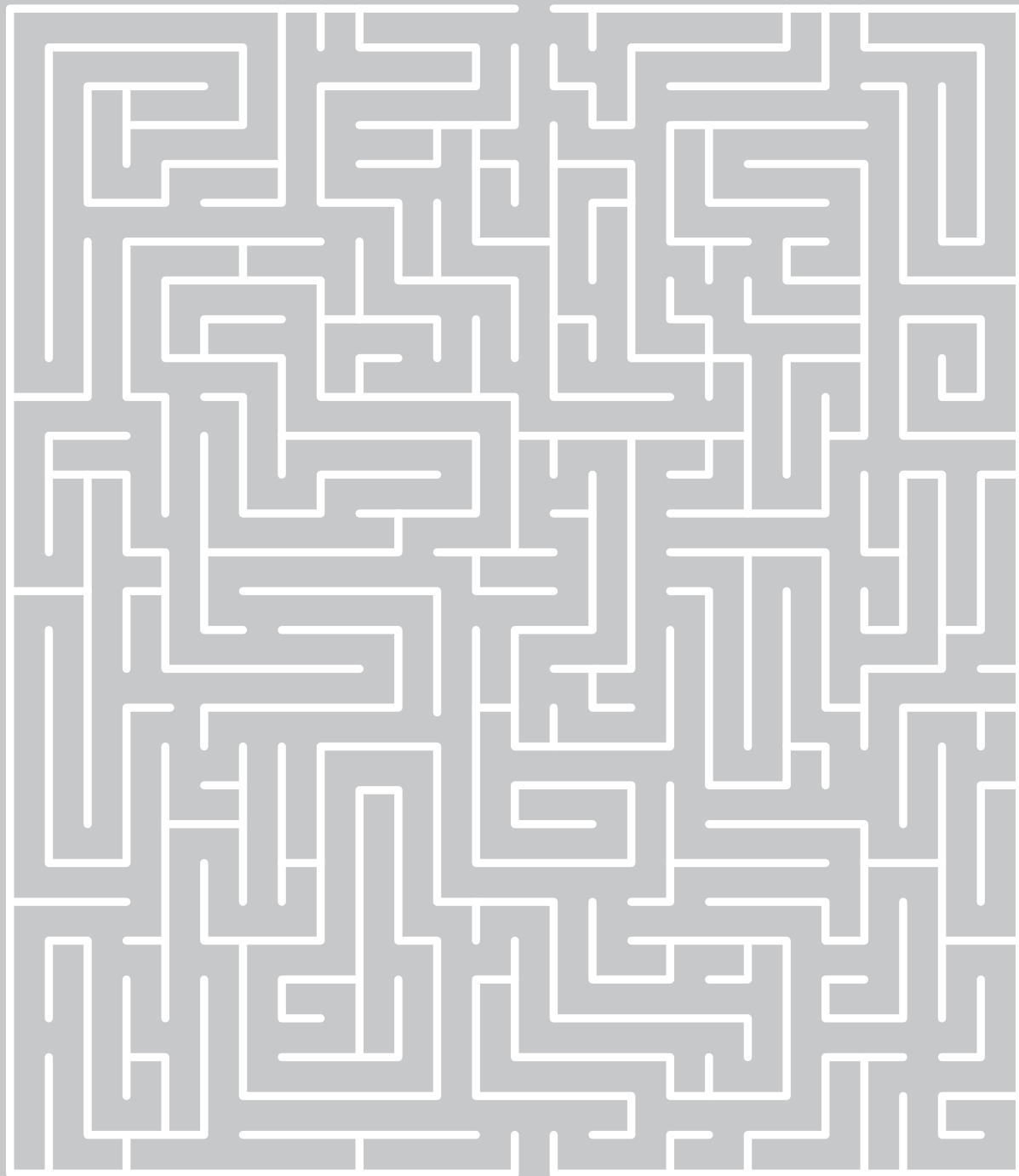


ONE THING  
ONE DREAM  
for Homeless





# BEZDOMNOŚĆ



KWESTIA WYBORU?

## DO PUBLIKACJI DOŁĄCZAMY PŁYTĘ CD, KTÓRA ZAWIERA:

- I Model Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności
- II Standardy usług społecznych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością
- III Strategia wdrażania Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności
- IV Ewaluacja i monitoring Modelu Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności
- V Metodologia realizacji lokalnej diagnozy systemu pomocy osobom bezdomnym
- VI Projekt Krajowego Programu Rozwiązywania Problemu Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego 2014-2020
- VII Karty rekomendacyjne zmian prawnych i systemowych
- VIII Raport końcowy z Audytu Naukowego
- IX Załączniki do standardu Partnerstwa Lokalnego





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

---

**Publikacja dystrybuowana bezpłatnie**

---

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

