



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



**Podręcznik wdrażania Modelu pracy  
z rodziną doświadczającą  
dziedzicznego ubóstwa na terenach  
pogórniczych – opracowany na  
przykładzie dzielnicy Wodzisławia  
Śląskiego – Wilchwy**

**PORADNIK DLA REALIZATORÓW**

WODZISŁAW ŚLĄSKI 2017

# SPIS TREŚCI

---

1. PODSTAWOWE INFORMACJE NA TEMAT PODRĘCZNIKA /4
  - 1.1. PRZEZNACZENIE PODRĘCZNIKA /4
  - 1.2. WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ STOSOWANYCH W PODRĘCZNIKU /5
  - 1.3. INSTRUKCJA DLA UŻYTKOWNIKÓW PODRĘCZNIKA /8
2. OGÓLNE ZAŁOŻENIA MODELU /9
  - 2.1. CHARAKTERYSTYKA PROBLEMU DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA W ŚWIETLE USTALEŃ TEORETYCZNYCH /9
  - 2.2. PROBLEM DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA I TWORZENIE SIĘ ENKLAW BIEDY JAKO WYZWANIE DLA SŁUŻB SPOŁECZNYCH – PRZESŁANKI DLA OPRACOWANIA MODELU /12
  - 2.3. OGÓLNE ZAŁOŻENIA REALIZACJI MODELU /18
  - 2.4. ODBIORCY WSPARCIA /21
  - 2.5. UŻYTKOWNICY MODELU /23
  - 2.6. ETAPY PRACY Z RODZINĄ /24
  - 2.7. KORZYŚCI DLA REALIZATORÓW I ODBIORCÓW DZIAŁAŃ /27
3. REALIZACJA MODELU W PRAKTYCE – PRACA Z RODZINĄ DOŚWIADCZAJĄCĄ DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA /32
  - 3.1. ZADANIA I ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO (*CASE MANAGERA*) /32
  - 3.2. ROLA RODZINY W KREOWANIU ŚCIEŻKI WSPARCIA /45
  - 3.3. INDYWIDUALNY PROJEKT SOCJALNY JAKO KLUCZOWE NARZĘDZIE W PRACY Z RODZINĄ /54
  - 3.4. DZIECKO W SYSTEMIE WSPARCIA RODZINY PRZEWIDZIANEGO W RAMACH MODELU /58
4. REALIZACJA MODELU W PRAKTYCE – DZIAŁANIA PODEJMOWANE W LOKALNYM ŚRODOWISKU /66
  - 4.1. ZADANIA I ROLA LOKALNEJ SIECI WSPARCIA /66
  - 4.2. ZADANIA I ROLA SPECJALISTY DS. LOKALNEJ SIECI WSPARCIA /72
  - 4.3. ETAPY TWORZENIA LOKALNEJ SIECI WSPARCIA /74
  - 4.4. FUNKCJONOWANIE SIECI WSPARCIA /83
  - 4.5. MONITORING I EWALUACJA DZIAŁAŃ /90
    - 4.5.1. POZIOM RODZIN OBJĘTYCH SYSTEMEM WSPARCIA /90
    - 4.5.2. POZIOM ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DS. RODZINY /96
    - 4.5.3. POZIOM REALIZACJI MODELU NA TERENIE GMINY /100
5. ZAŁĄCZNIKI /106
  - 5.1. WZÓR POROZUMIENIA PARTNERSKIEGO/UMOWY O WSPÓŁPRACY /106
  - 5.2. KARTA OCENY FORMALNEJ /112
  - 5.3. KARTA PRACY SOCJALNEJ/ŚRODOWISKOWEJ PRACY SOCJALNEJ /116

5.4. PROTOKÓŁ SK/PROTOKÓŁ ZIDR /117

5.5. MONITORING DZIAŁAŃ SK/ZIDR /121

5.6. KARTA INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO/MONITORING IPS /125

5.7. NARZĘDZIA ANALIZY SYTUACJI RODZINY/DIAGNOZY WSTĘPNEJ I POGŁĘBIONEJ /139

5.8. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX POST REALIZOWANY PO ZAKOŃCZENIU PRACY Z RODZINĄ /140

5.9. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX ANTE MODELU NA TERENIE GMINY /144

5.10. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI *ON GOING* MODELU NA TERENIE GMINY /146

5.11. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX POST MODELU NA TERENIE GMINY /149

BIBLIOGRAFIA /151

SPIS SCHEMATÓW /153

SPIS TABEL /153

# 1. PODSTAWOWE INFORMACJE NA TEMAT PODRĘCZNIKA

---

## 1.1. PRZEZNACZENIE PODRĘCZNIKA

Niniejszy podręcznik stanowi integralną część Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa. Jest on adresowany do realizatorów Modelu, tj. osób, które będą zaangażowane w udzielanie wsparcia członkom rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa, prowadzących działalność na terenach pogórnich. Podręcznik nie tylko precyzuje i wyjaśnia zasady pracy w oparciu o Model, ale także ma dostarczyć jego użytkownikom wskazówek, które mają im pomóc we właściwym zaplanowaniu pracy, jak również w realizacji kolejnych etapów wsparcia. Z treścią podręcznika powinni zapoznać się przede wszystkim pracownicy socjalni, którzy będą współpracowali z rodzinami, a także osoby, których zadaniem będzie zorganizowanie sieci wsparcia. Opracowanie jest także przeznaczone dla wszystkich specjalistów, którzy wejdą w skład Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny oraz dla tych osób, na których spoczywa obowiązek nadzorowania pracy pracowników socjalnych i specjalistów ds. sieci wsparcia zaangażowanych we wdrażanie Modelu. Bazując na diagnozie dla dzielnicy Wilchwy miasta Wodzisław Śląski uwzględnia ono specyfikę społeczności lokalnych funkcjonujących na terenach pogórnich.

Podręcznik precyzuje zasady pracy w oparciu o Model, sformułowano w nim szereg rekomendacji dotyczących jego wdrożenia, jak również pewne minimalne wymagania dotyczące świadczenia wysokiej jakości usług w zakresie pomocy społecznej. Aby spełnić standardy pracy określonej w Modelu, instytucja wdrażająca musi zrealizować wszystkie założenia, o których mowa jest w rozdziale trzecim niniejszego podręcznika, powinna także podejmować działania zgodnie z ustalonymi schematami (ścieżkami) wsparcia. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, że zawarte w niniejszym podręczniku rekomendacje nie obligują instytucji, która zdecyduje się na wdrożenie Modelu do korzystania z załączonych narzędzi w zaproponowanych kształcie – intencją autorów jest bowiem pokazanie użytkownikom pewnych możliwych rozwiązań, które mogą (a nawet powinny) zostać dostosowane do specyfiki funkcjonowania konkretnej instytucji pomocowej prowadzącej działalność na terenach pogórnich (w szczególności w dzielnicy Wilchy w Wodzisławiu Śląskim). Innymi słowy, zaproponowany zestaw rozwiązań i narzędzi może być poszerzany lub ograniczany – w zależności od potrzeb, zaś ich treść można modyfikować.

## 1.2. WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ STOSOWANYCH W PODRĘCZNIKU

**Case Management (CM)** – to rodzaj profesjonalnej praktyki pracy socjalnej, polegającej na efektywnym zarządzaniu procesem pomagania oraz świadczenia usług społecznych w sytuacji, gdy interwencja socjalna musi mieć charakter złożony. CM stawia pracowników służb społecznych w roli managerów, których zadaniem jest zdiagnozowanie potrzeb oraz zapewnienie klientowi usług, świadczonych w odpowiednim czasie i kolejności.

**Enklawa** – enklawa biedy, miejsce koncentracji problemów społecznych; wybrane przez instytucję wdrażającą Model, celem objęcia działaniami przewidzianymi w ramach Modelu.

**Informatorium** – ma formę czytelnego informatora (również w wersji elektronicznej) zawierającego wykaz instytucji mogących wesprzeć rodziny zagrożone dziedzicznym ubóstwem.

**Instytucja wdrażająca** – instytucja, która podjęła decyzję o implementacji Modelu.

**IPS** – indywidualny projekt socjalny, narzędzie pracy pracownika socjalnego; zespół zaplanowanych działań o charakterze pomocowym, ukierunkowanych na rzecz osoby lub rodziny, których założeniem jest dążenie do pozytywnej zmiany. IPS to także dokument wykorzystywany w ramach Modelu, zapewniający konceptualizację, planowanie i opisywanie działań w ramach projektu.

**JOPS** – jednostka organizacyjna pomocy społecznej.

**Karta oceny formalnej** – kwestionariusz, za pomocą którego pracownik socjalny instytucji wdrażającej dokonuje analizy kryteriów kwalifikacji rodzin do objęcia wsparciem w ramach Modelu.

**Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)** – jest zebraniem jak największej liczby członków rodziny celem rozwiązania ściśle określonego problemu rodziny. W KGR mogą uczestniczyć także zaproszeni przez rodzinę specjaliści. KGR jest narzędziem przewidzianym do wykorzystania w ramach Modelu.

**Model** – model pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa. Zespół wypracowanych, rekomendowanych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania dziedzicznemu ubóstwu, które wykorzystują dotychczasowe doświadczenia i są dostosowane do specyficznych problemów na danym terytorium.

**MSP** – małe i średnie przedsiębiorstwa.

**NGO** – organizacja pozarządowa.

**OPS** – ośrodek pomocy społecznej.

**OS** – osoba starsza.

**Pakiet usług** – wyróżniony ze względu na określony problem lub kategorię osób lub rodzin zbiór usług systemu pomocy i integracji społecznej, spełniający funkcje przyporządkowane do danej grupy klientów, określający sposób oddziaływania na klienta, pozwalający mu najpełniej wykonywać role społeczne i zawodowe.

**Partnerzy** – instytucje, organizacje, podmioty prywatne, które podpisały z instytucją wdrażającą Model porozumienie o współpracy i zobowiązały się do współrealizacji zadań na rzecz rodzin zagrożonych dziedzicznym ubóstwem.

**PCPR** – powiatowe centrum pomocy rodzinie.

**PES** – podmiot ekonomii społecznej.

**PFRON** – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Praca socjalna** – metodyczne działanie pracownika socjalnego, poprzedzone diagnozą, planem pracy, którego celem jest zmiana społeczna, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie (empowerment) i wyzwalamie ludzi dla wzbogacenia ich dobrostanu.

**Przedstawiciel rodziny** – osoba reprezentująca rodzinę objętą wsparciem w ramach Modelu, uczestnicząca w spotkaniach ZIDR, wypowiadająca się w imieniu rodziny.

**PS** – pracownik socjalny realizujący zadania w ramach projektu (*case manager*).

**PZP** – ustawa prawo zamówień publicznych.

**Rodzina zagrożona dziedzicznym ubóstwem** – odbiorcy wsparcia, rodzina zamieszkująca w enklawie, u której w wyniku weryfikacji (Karta oceny formalnej) ustalono występowanie kryteriów dziedzicznego ubóstwa.

**S** – specjalista ds. sieci wsparcia. Wspiera PS w realizacji zadań środowiskowych a także koordynuje prace na etapie interdyscyplinarnym, odpowiedzialny również za prace administracyjno-organizacyjną w ramach Modelu.

**SK** – spotkanie/spotkania konsultacyjne – zaplanowane spotkania specjalistów realizujących zadania w ramach Modelu – pracownika socjalnego (PS) i specjalisty do spraw sieci wsparcia (S). SK służy wspólnemu przeanalizowaniu dokumentacji, omówieniu wyników diagnozy, oraz identyfikacji zasobów środowiskowych, które można wykorzystać rzecz wsparcia rodziny.

**Standard pracy socjalnej** – wytyczne opracowane przez zespoły eksperckie w latach 2011-2014 w ramach Projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, określające wymogi i warunki realizacji pracy socjalnej w następujących obszarach:

- indywidualna praca socjalna: specyficzne obszary diagnozy, działania pracownika socjalnego; sposoby budowania relacji; komunikowania, towarzyszenia; zakres działań osób i rodzin, sposób budowy pakietu dla konkretnego klienta/rodziny; sposób postępowania pracownika socjalnego w procesie budowania indywidualnego pakietu usług;
- grupowe formy pracy socjalnej;
- sposoby ewaluacji i monitorowania.

**Study Circle** – metoda polegająca na podnoszeniu kompetencji poprzez organizację spotkań w małych grupach w celu wspólnego zgłębienia interesującego tematu. Praca grupy jest wzbogacana o wiedzę i doświadczenia jej poszczególnych członków, którzy pozwalają spojrzeć na badane zagadnienie z wielu różnych perspektyw. Metoda SC zakłada, że każda osoba dysponuje wiedzą, doświadczeniami, którymi może się podzielić z innymi.

**Ustawa (UPS)** – ustawa o pomocy społecznej.

**Usługa** – usługa opiekuńcza wobec osoby starszej w miejscu zamieszkania, świadczona na poziomie minimalnym.

**ZIDR** – zespół interdyscyplinarny do spraw rodziny – zaplanowane spotkania specjalistów realizujących zadania w ramach Modelu oraz specjalistów zewnętrznych. W skład ZIDR wchodzi: PS współpracujący z rodziną, S i odpowiednio dobrani specjaliści zewnętrzni. Do składu ZIDR na pewnym etapie dołącza przedstawiciel rodziny. Celem ZIDR jest pogłębienie diagnozy we współpracy ze specjalistami zewnętrznymi, interdyscyplinarne ustalenie koncepcji wsparcia rodziny, wspólne opracowanie koncepcji Indywidualnego Projektu Socjalnego (IPS) – w tym określenie planu działań oraz ustalenie możliwości poszerzenia wsparcia o usługi określone w Pakiecie usług, ustalenie i podział zadań oraz podjęcie decyzji o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów zewnętrznych.

**ZOL** – zakład opiekuńczo leczniczy.

**ZPO** – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

### 1.3. INSTRUKCJA DLA UŻYTKOWNIKÓW PODRĘCZNIKA

Zadaniem podręcznika jest ułatwienie procesu wdrażania rekomendowanych w ramach Modelu rozwiązań do codziennej praktyki instytucji pomocy i integracji społecznej na terenach pogórnich, których egzemplifikacją jest dzielnica Wilchwy.

W rozdziale drugim – poza ogólnymi informacjami, precyzującymi założenia pracy w oparciu o Model, opisującymi odbiorców działań modelowych oraz wskazującymi na instytucje, które mogą wykorzystać Model w swojej aktywności, wskazano także na korzyści wynikające z jego zastosowania, tak dla realizatorów, jak i dla beneficjentów wsparcia.

Rozdział trzeci dotyczy bezpośrednio pracy z rodziną egzystującą na terenie pogórnym, omawia zasady metody pracy pracownika socjalnego, który pełni kluczową rolę w procesie udzielania wsparcia członkom rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa. W tej części podręcznika opisano także rolę, jaką pełni rodzina w kreowaniu ścieżki wsparcia, jak również szczegółowo przeanalizowano etapy wsparcia udzielanego rodzinie. Omówiono też założenia indywidualnego projektu socjalnego, stanowiącego ważne narzędzie w pracy w ramach Modelu, zwrócono ponadto uwagę na specyficzną sytuację dziecka w rodzinie zagrożonej lub dotkniętej dziedzicznym ubóstwem i wskazano na możliwe formy pomocy adresowane do najmłodszych członków rodziny.

Rozdział przedostatni prezentuje charakterystykę działań przewidzianych w Modelu, które są realizowane w środowisku lokalnym na terenie pogórnym (w szczególności w wodzisławskiej dzielnicy Wilchwy). W tej części podręcznika skupiono się na wyjaśnieniu zadań i roli, jaką pełni lokalna sieć wsparcia, opisano zadania i rolę specjalisty ds. sieci wsparcia, a także wskazano, w jaki sposób, krok po kroku, stworzyć taką sieć. Ponadto dokonano charakterystyki funkcjonowania sieci oraz zaprezentowano zasady monitorowania i ewaluacji jej działalności.

Na końcu znajdują się rekomendowane narzędzia wraz z opisem, wzory dokumentów, umów i kwestionariuszy, które mogą okazać się przydatne realizatorom we wdrażaniu założeń Modelu.



## 2. OGÓLNE ZAŁOŻENIA MODELU

---

### 2.1. CHARAKTERYSTYKA PROBLEMU DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA W ŚWIETLE USTALEŃ TEORETYCZNYCH

Mimo że bieda jest zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym, na ogół kojarzy się ją jednak z niedostatkiem środków materialnych, który powoduje deprivację potrzeb jednostek lub grup społecznych. Może różnić się w zależności od dwóch czynników, a więc

- przyczyn (bieda zawiniona i niezawiniona),
- i czasu pozostawania w ubóstwie (przejściowe, krótkotrwałe, przedłużające się, chroniczne i międzygeneracyjne).

Bieda dziedziczona jest najbardziej utrwalona. Ten rodzaj ubóstwa trwa bowiem w czasie i charakteryzuje więcej niż jedno pokolenie w danym gospodarstwie domowym. Wpływ na dziedziczenie ubóstwa ma szereg czynników związanych z urodzeniem i dorastaniem w określonym otoczeniu:

*Doświadczenie biedy w młodości oznacza ograniczony dostęp do instytucji i zasobów, które są niezbędne do osiągnięcia pozycji gwarantującej dochody wystarczające na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Nie są to wyłącznie zasoby o charakterze finansowym (kapitał finansowy, czyli materialna zasobność rodziny), ale także kapitał kulturowy (zespół czynników, na które składają się wykształcenie rodziców, ich wiedza intelektualna, charakter przekazywanych przez nich życiowych aspiracji, motywacji i wzorców) oraz kapitał socjalny (kontakty i znajomości)<sup>1</sup>. Proces dziedziczenia ubóstwa utrwała się w cyklu życia, wzmacnia nierówności społeczne i różnicuje szanse życiowe jednostki w zależności od tego, w jakim środowisku wzrastał. Uruchamiany jest przy tym mechanizm błędnego koła, jako że „niedostatek rodziców skutkuje biedą w dzieciństwie kolejnego pokolenia, które także z dużym prawdopodobieństwem będzie biedne, gdy dorośnie”<sup>2</sup>.*

Wpływ na dziedziczenie biedy mają zarówno czynniki mikro-, mezo-, jak i makrospołeczne.

Te pierwsze związane są z cechami jednostek i ich rodzin. Jak twierdzi Elżbieta Tarkowska, ubóstwo wykazuje znaczący związek:

---

<sup>1</sup> <http://rownosc.info/dictionary/dziedziczenie-biedy/>, data wejścia: 10.08.2017.

<sup>2</sup> Tamże.

- z młodym wiekiem;
- z niskim poziomem wykształcenia i brakiem kwalifikacji;
- ze strukturą rodziny – ubóstwo dotyczy przede wszystkim rodzin wielodzietnych, także niepełnych;
- z faktem, czy głowa rodziny pracuje – ubóstwu sprzyja bezrobocie i utrzymywanie się gospodarstwa domowego z tzw. niezarobkowych źródeł utrzymania; istotne jest również, jakiego rodzaju jest to praca – niskopłatna praca niewymagająca kwalifikacji też często wiąże się z ubóstwem;
- z dysfunkcjami takimi, jak niepełnosprawność, chroniczna choroba, uzależnienia i inne<sup>3</sup>.

Czynniki mezospołeczne utrwalające ubóstwo mają związek ze środowiskiem lokalnym – miejscem zamieszkania. Miejsca zdegradowane społecznie i ekonomicznie – jak zostało wspomniane wcześniej – wykazują tendencję do zamieniania się w tzw. enklawy biedy, zamieszkałe przez osoby znajdujące się w podobnie trudnym położeniu. Na obszarach tych wykształca się tzw. kultura ubóstwa – specyficzny styl życia ukształtowany w warunkach niedoborów ekonomicznych, na który składa się zespół wartości i wzorów zachowań tworzący trwałą, przekazywany z pokolenia na pokolenie sposób życia<sup>4</sup>.

Makrospołeczne uwarunkowania biedy należy – najogólniej mówiąc – wiązać z sytuacją społeczno-ekonomiczną w kraju. Jak twierdzą badacze zjawiska dziedziczonej biedy, istotny wpływ na rozwój bądź zahamowanie tego zjawiska mogą również mieć:

- interwencja zewnętrzna, podjęta przez różne służby społeczne, np. szkołę, służbę zdrowia czy pomoc społeczną; zasięg oddziaływania interwencji podlega ograniczeniu wraz ze wzrostem wieku dziecka, co oznacza, że jej skuteczność jest największa wśród najmłodszych dzieci zagrożonych dziedzicznym ubóstwem;
- poziom odporności na niesprzyjające warunki rozwoju wykazywany przez samo dziecko<sup>5</sup>.

Trudności materialne rodziny, bieda i niedostatek stanowią istotną barierę w stworzeniu właściwych warunków do prawidłowego i wszechstronnego rozwoju dziecka, są często

---

<sup>3</sup> E. Tarkowska, *Oblicza polskiej biedy*, Analizy Laboratorium WIĘZI, nr 2/2009, s. 2.

<sup>4</sup> Pojęcie wprowadzone przez Oscara Lewisa.

<sup>5</sup> „Dziedziczenie biedy”. Dostęp: [<http://rownosc.info/dictionary/dziedziczenie-biedy/>]. Data wejścia: 10.08.2017.

przyczyną różnych nieporozumień i konfliktów wewnątrzrodzinnych, jak również wpływają znacząco na jakość funkcjonowania dziecka w szkole oraz na jego szanse edukacyjne.

*Ograniczenia dotyczą wszystkiego: żywności, odzieży, zdrowia, higieny, warunków mieszkaniowych, wydatków na przedszkole czy naukę w szkole, na rozrywkę i kulturę, na wycieczki szkolne, wakacje i inne wyjazdy. Zagrożone bywają zarówno najbardziej podstawowe potrzeby codziennej egzystencji, jak i potrzeby edukacyjne, rozwojowe, kulturalne, społeczne.*<sup>6</sup>

Dzieci z rodzin ubogich zwykle gorzej radzą sobie z nauką i przystosowaniem się do norm społecznych i kulturowych niż rówieśnicy. Ponoszą zwykle porażkę, która jeszcze głębiej utwierdza je w przekonaniu, że nie potrafią i nie są w stanie wyrwać się z tak zwanej kultury ubóstwa, w której się wychowały. Wspólną cechą dzieci z rodzin ubogich jest zazwyczaj narastające poczucie alienacji. Brak zaspokojenia potrzeb materialnych może prowadzić do zamykania się w sobie, izolacji od grupy rówieśniczej, popadania w depresję, co w znaczący sposób wpływa hamująco na rozwój dziecka. Odczuwanie własnej sytuacji rodzinnej jako bardzo trudnej, gorszej niż sytuacja rówieśników, przyczynia się do ograniczania kontaktów koleżeńskich. Może być również przyczyną niepowodzeń dziecka w nauce, niewłaściwych zachowań i postaw wobec otaczającej rzeczywistości, braku aktywności czy też ucieczki do subkultur młodzieżowych i grup przestępczych.

Zdaniem Pienińskiej ubóstwa dzieci nie można wyrwać z kontekstu rodziny i jej ubóstwa. Ubóstwo dzieci ma zarówno wymiar emocjonalny, jak i praktyczny.<sup>7</sup> Wydaje się, że wraz z pogarszającą się sytuacją materialną zmniejsza się też wartość edukacji w oczach rodziny, zwłaszcza jeśli sami rodzice zdobyli tylko wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe<sup>8</sup>.

Bieda dzieci oznacza więc ograniczone szanse na przyszłość. Szkoła wymaga zachowań odmiennych od tych, które są naturalne w rodzinie dotkniętej lub zagrożonej problemem wykluczenia społecznego. Dla dzieci z enklaw biedy, szkoła jest obcą, narzuconą instytucją, która wymusza zachowania przeciwstawne tym, jakie dziecko spotyka w środowisku, w którym się do tej pory wychowywało. Można zauważyć, iż szkoła interesuje rodziców jedynie jako jeszcze jedna instytucja socjalna, która wypełnia funkcje opiekuńcze wobec dzieci. Dorastanie

---

<sup>6</sup> E. Tarkowska, *Dziecko w biednej rodzinie*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 9, s. 10.

<sup>7</sup> M. Pielińska, *Oblicza polskiej biedy – dzieci. Seminarium w Warszawie*, „Polityka Społeczna” 2003.

<sup>8</sup> G. Zabłocki, M. Sobczak, E. Piszczek, M. Kwiecińska, *Ubóstwo na terenach wiejskich północnej Polski*, Toruń 1999, s. 97.

w warunkach ubóstwa jest bardzo często przyczyną pozostawania w ubóstwie w dorosłym wieku. Dziedziczenie ubóstwa przez kolejne pokolenia powoduje silnie ugruntowaną niechęć do podejmowania wysiłków w celu zmiany tej sytuacji. Ogromnym osiągnięciem na niezwykle trudnej drodze prowadzącej do zapobiegania zjawisku utrwalania się ubóstwa byłoby uświadomienie wszystkim pozostającym w kręgu subkultury ubóstwa faktu, że szkoła to nadzieja na lepszą przyszłość, że właśnie edukacja jest dla nich jedyną szansą awansu społecznego, że nie ma innej możliwości wyrwania się z tego kręgu. Trzeba więc włączać rodziców do oddziaływania na przebieg nauki szkolnej ich dzieci i udzielać pomocy rodzinom najbardziej potrzebującym by nie traktowały edukacji swych dzieci jako trudności nie do przezwyciężenia<sup>9</sup>.

Wyrównywanie szans edukacyjnych, czyli stworzenie młodemu pokoleniu równych szans na zdobycie wykształcenia zgodnych ze swymi potrzebami i możliwościami, to również główne założenie współczesnych systemów oświatowo-wychowawczych. Ubóstwo dzieci i młodzieży jest zjawiskiem groźnym, gdyż oznacza nie tylko ograniczenie rozwoju młodego organizmu i trudne warunki socjalizacji oraz niełatwy start w dorosłe życie, ale także niebezpieczeństwo utrwalenia się tej sytuacji w przyszłości<sup>10</sup>. Zaangażowanie rodziców, wychowawców, nauczycieli, pracowników służb społecznych, zaktywizowanie całego środowiska lokalnego wydaje się najważniejszym instrumentem w walce o przerwanie kręgu ubóstwa oraz w procesie likwidacji barier edukacyjnych i zapewnieniu równych szans życiowych dzieci i młodzieży, bez względu na ich status materialny czy pochodzenie społeczne.

## **2.2. PROBLEM DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA I TWORZENIE SIĘ ENKLAW BIEDY JAKO WYZWANIE DLA SŁUŻB SPOŁECZNYCH – PRZESŁANKI DLA OPRACOWANIA MODELU**

Zapoczątkowana w latach 90. XX wieku transformacja systemowa w Polsce ujawniła społeczne nierówności, których konsekwencją stało się – między innymi – nadanie ubóstwu rangi kwestii społecznej<sup>11</sup>. Oznacza to, że bieda jest nie tylko problemem jednostki i jej rodziny, ale staje się swoistym atrybutem życia szerszych zbiorowości społecznych. Konsekwencją tak

---

<sup>9</sup> Edukacja: jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji ds. Edukacji Dwudziestego Pierwszego Wieku pod przewodnictwem Jacquesa Delorsa, tł. z franc. W. Rabczuk, Warszawa 1998, s. 55.

<sup>10</sup> E. Tarkowska, *Młode pokolenie z byłych PGR-ów: dziedziczenie biedy czy wychodzenie z biedy*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 11–12, s. 13

<sup>11</sup> Według danych GUS w 2016 roku w skrajnym ubóstwie żyło około 5% osób, natomiast problem ubóstwa relatywnego dotyczył niespełna 14% Polaków. Por. *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017.

rozumianego ubóstwa jest nie tylko deprivacja podstawowych potrzeb jednostek i grup społecznych, ale także pogorszenie stosunków międzyludzkich, co negatywnie wpływa na funkcjonowanie całego społeczeństwa.

Doświadczenia ostatnich trzech dekad, związane z problemem ubóstwa, wskazują na tworzenie się w Polsce tzw. enklaw biedy, które obejmują zdegradowane w sposób społeczny oraz fizyczny sąsiedztwo. Enklawy biedy obejmują na ogół część miejscowości o relatywnie największym nagromadzeniu osób dotkniętych problemem ubóstwa. Jak zauważa Wielisława Warzywoda-Kruszyńska, strukturalne przyczyny powstawania miejskich enklaw biedy w Polsce są rezultatem współwystępowania i nakładania się na siebie czterech procesów – dezindustrializacji, dewelfaryzacji, dezinstytucjonalizacji rodziny i decentralizacji<sup>12</sup>. Dezindustrializacja polega na zmniejszeniu udziału przemysłu w zatrudnieniu u dochodzie narodowym, czego konsekwencją jest likwidacja klasy robotniczej. Dewelfaryzacja oznacza natomiast ograniczenie opiekuńczej roli państwa w zakresie zapewniania bezpieczeństwa socjalnego obywateli (państwo wycofuje się z dostarczania bezpłatnie lub po niskich cenach usług społecznych związanych z mieszkalnictwem, edukacją, ochroną zdrowia). Dezinstytucjonalizacja rodziny polega na wzroście udziału i liczby rodzin niepełnych, jednoosobowych gospodarstw domowych oraz nieformalnych związków z dziećmi. Dezindustrializacji, dewelfaryzacji i dezinstytucjonalizacji rodziny towarzyszy decentralizacja państwa, która w obszarze polityki społecznej polega na scedowaniu na władze lokalne odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb ludności, z czym często nie jest związane zwiększenie finansów lokalnych. Enklawy biedy w Polsce powstają na ogół tam, gdzie omawiane procesy przebiegały gwałtownie, głównie na terenach, gdzie dominował podlegający restrukturyzacji przemysł. Na takich obszarach władze lokalne stanęły bowiem przed koniecznością wspierania gwałtownie ubożejących dużych grup społecznych.

Podkreślić należy, że na szczególnie dużą skalę zjawiska te ujawniają się w społecznościach funkcjonujących na terenach pogórnich. Transformacje sektora węglowego przyniosły skutki w postaci znacznego wzrostu liczby osób trwale lub czasowo bezrobotnych. Jest to efekt zamykania kopalń i ograniczania zatrudnienia w zakładach nadal funkcjonujących. Ze względu na specyfikę funkcjonowania przedsiębiorstw wydobywczych zjawiska te są szczególnie dotkliwe dla rodzin, w których głównym, a niejednokrotnie jedynym żywicielem rodziny był mężczyzna–górnik.

---

<sup>12</sup> W. Warzywoda-Kruszyńska, *Wielkomijska bieda w Polsce, w: Polska bieda w świetle Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym*, red. H. E. Kubiak, Kraków 2012, s. 151.

W okresie dobrej koniunktury gospodarki węglowej w bezpośredniej bliskości kopalń powstały i dynamicznie rozwinęły się osiedla mieszkaniowe, na terenie których funkcjonują społeczności lokalne o specyficznym charakterze. Składają się na nie struktury rodzinne funkcjonujące według patriarchalnego wzorca. W ich obrębie istnieją z reguły dość silne więzi społeczne, a transfer wzorów kulturowych w skali mezospołecznej przebiega bardzo efektywnie. Sprawia to, że są to z reguły środowiska o dość wysokim stopniu integracji społecznej i skutecznej nieformalnej kontroli społecznej. Ich życie społeczne koncentrowało się wokół kopalń, które były głównymi – niemal jedynymi – miejscami zatrudnienia mężczyzn – ojców rodzin. Kopalnie i przyległe do nich obiekty, w których funkcjonowały instytucje kultury (najczęściej dotowane przez przedsiębiorstwa wydobywcze), stanowiły również centra życia społecznego i kulturalnego lokalnych wspólnot.

Kiedy kopalnia została zlikwidowana lub radykalnie ograniczono w niej zatrudnienie w wyniku decyzji wynikających z procesów restrukturyzacyjnych zachodzących w sektorze węglowym, zdecydowana większość rodzin funkcjonujących w obrębie osiedla przykopalnianego utraciła zasadnicze źródło dochodu. Spowodowało to powstawanie nowych problemów społecznych w górniczych społecznościach oraz narastanie tych, które wcześniej ujawniały się na niewielką skalę. Wskazane wcześniej charakterystyki (silne więzi społeczne, efektywny transfer wzorów kulturowych wysoki stopień integracji społecznej, skuteczna nieformalna kontrola społeczna) w zmienionych realiach przyczyniły się do intensyfikacji zjawisk skutkujących powstawaniem enklaw, w obrębie których zaczęły dominować wzory kulturowe odmienne od powszechnie obowiązujących (powstała i rozwinęła się swoista „kontrkultura”, której emanacją są patologie społeczne (przemoc, uzależnienia, przestępczość), wyuczona życiowa bezradność/bierność, uzależnienie od pomocy społecznej i dziedziczenie biedy. W szczególności podkreślić należy, że skala i zakres problemów dotyczących rodziny, będące częścią takich społeczności jest na ogół znaczna. Ujawniająca się deprivacja potrzeb ich członków jest efektem sprzężenia rozmaitych deficytów rodziny – ta wielopropblemowość sprawia, że trudno jest poprawić jej sytuację przy wykorzystaniu standardowych metod stosowanych przez służby społeczne.

Dotychczasowe badania enklaw biedy w Polsce wskazują na szereg negatywnych zjawisk, które dotyczą ich mieszkańców. Należy do nich, przede wszystkim, gettoizacja enklaw ubóstwa, polegająca na ich izolacji od otoczenia, która jest efektem stygmatyzacji osób w nich żyjących, naznaczenia ich jako gorszych. Miejsca takie traktowane są jako wyjątkowo niebezpieczne, są omijane przez osoby z zewnątrz. Mieszkańcy enklaw biedy uruchamiają z kolei mechanizm samonaznaczenia i mając świadomość bycia innymi, gorszymi, wycofują się

z aktywności społecznej. Do uniwersalnych problemów takich społeczności należy także długotrwałe bezrobocie, uzależnienie od alkoholu, dysfunkcjonalność rodziny oraz przestępczość. W szczególności jednak podkreśla się niebezpieczeństwo dziedziczenia biedy, które jest efektem socjalizacji dzieci i młodzieży w specyficznych warunkach. Deprywacja potrzeb, nieprawidłowe wzorce ról społecznych oraz przekazywanie specyficznych, nie zawsze zgodnych z ogólnie obowiązującymi norm i wartości powodują u dzieci i młodzieży trudności w zaadaptowaniu się do życia w społeczeństwie. W rezultacie powielają styl życia osób z najbliższego otoczenia, nie wykształca się w nich dążenie do wydostania się ze środowiska, w którym dorastają.

Diagnoza sytuacji społecznej w dzielnicy Wilchwy prowadzi do wniosku, że teren ten można rozpatrywać w kategoriach enklawy ubóstwa. Wskazują na to następujące wnioski płynące z diagnozy:

- obserwowane wśród mieszkańców dzielnicy poczucie, że dzielnica jest odizolowana od reszty miasta, na co wskazuje jej słabe skomunikowanie z centrum czy brak ważnych dla miast obiektów, które byłyby zlokalizowane w dzielnicy;
- ograniczone możliwości spędzania czasu wolnego na terenie dzielnicy – brak imprez, rozrywek;
- zdegradowana w sensie fizycznym przestrzeń (powszechność aktów wandalizmu, dewastacja terenów zielonych);
- nagromadzenie problemów społecznych, takich jak: uzależnienia, chuligaństwo, bezrobocie i inne;
- postrzeganie dzielnicy jako niebezpiecznej.

Z kolei do najważniejszych zasobów, jakimi dysponuje dzielnica Wilchwy, a które mogą być wykorzystane do poprawy sytuacji rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa można zaliczyć:

- pozytywne relacje sąsiedzkie – znaczne zasoby kapitału społecznego typu wiążącego (*bonding*) w społeczności dzielnicy;
- pozytywny wizerunek szkoły, który może być wykorzystany do realizacji działań integrujących społeczność lokalną;
- dostrzegane przez mieszkańców walory dzielnicy – cisza i spokój, dzięki którym jest ona identyfikowana jako dobre miejsce do życia;
- przywiązanie mieszkańców do dzielnicy.



Ze względu na skalę problemów, dotyczących mieszkańców enklaw biedy, są oni na ogół klientami pomocy społecznej. Wsparcie ze strony służb społecznych obejmuje usługi i świadczenia przewidziane w ustawie o pomocy społecznej. Za udzielanie pomocy odpowiedzialne są przede wszystkim ośrodki pomocy społecznej oraz powiatowe centra pomocy rodzinie. Mimo, że zakres świadczonej pomocy odpowiada przepisom ustawy, często okazuje się, że utrwalany, poprzez oddziaływanie najbliższego otoczenia oraz międzygeneracyjne dziedziczenie, problem ubóstwa jest odporny na standardowe instrumenty stosowane przez służby społeczne. Zdarza się, że pomoc trafia do rodziny z problemem dziedzicznego ubóstwa *post factum*, to znaczy wtedy, gdy jest on już utrwalony i pociąga za sobą dezorganizację rodziny. Ponadto uniwersalny charakter narzędzi, jakimi dysponują służby społeczne, jak również zestandaryzowane procedury wsparcia sprawiają, że próby przezwyciężenia problemu dziedzicznego ubóstwa okazują się nieskuteczne. Problematyczna może być także nie dość ścisła współpraca (lub nawet jej brak) pomiędzy podmiotami udzielającymi wsparcia rodzinom, której rezultatem może być powielanie niektórych usług pomocowych oraz zaniechanie innych. Inny problem dotyczy sposobu podejścia do rodziny: bywa, że traktowana jest ona jako pewien homogeniczny organizm i nie dostrzega się indywidualnych problemów jej poszczególnych członków. Wydaje się również, że zbyt rzadko, w celu przezwyciężania problemów rodzin dotkniętych dziedzicznym ubóstwem, uruchamiany jest potencjał wszystkich jej członków, jak również pozainstytucjonalne zasoby jej środowiska lokalnego (tj. sieci sąsiedzkie, organizacje nieformalne). Wreszcie, dziedziczne ubóstwo jest zarazem przyczyną, jak i skutkiem uzależnienia od systemu pomocy społecznej – kolejne pokolenia nie wyobrażają sobie samodzielnej egzystencji, bez możliwości korzystania ze wsparcia instytucji pomocowych.

Z diagnozy przeprowadzonej w dzielnicy Wilchwy w Wodzisławiu Śląskim wynika, że rodziny dotknięte problemem ubóstwa cechuje:

- wielopropblemowość – sprzężenie różnych, występujących łącznie problemów dotyczących środowiska rodzinne; do najczęstszych problemów dotyczących te rodziny zalicza się (poza ubóstwem) bezrobocie, samotne macierzyństwo, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, długotrwała lub ciężka choroba, niepełnosprawność, a także uzależnienia i przemoc domową;
- niski poziom aktywności zawodowej – osoby dorosłe pozostają bez pracy lub – w najlepszym wypadku – podejmowane przez nich zatrudnienie charakteryzuje się brakiem stabilności;



- dominacja postaw biernych w odniesieniu do kwestii poszukiwania pracy;
- niski poziom wykształcenia dorosłych, a także niskie kwalifikacje zawodowe;
- korzystanie z różnych form wsparcia ze strony instytucji pomocowych – zależność od systemu pomocy społecznej;
- dostosowanie potrzeb konsumpcyjnych w gospodarstwach domowych do ograniczonego budżetu, jakim dysponują rodziny;
- problemy dzieci w nauce;
- spędzanie wolnego czasu w sposób bierny.

Kumulacja problemów występujących w rodzinach dotkniętych i zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa nie oznacza jednak, że nie da się wskazać w nich zasobów, które mogą być wykorzystane do poprawy ich sytuacji. Diagnoza sytuacji w dzielnicy Wilchwy pozwoliła na zidentyfikowanie pewnych zasobów, którymi dysponują rodziny, w których występuje niedostatek materialnych środków utrzymania. Są to, m.in. zaradność życiowa (umiejętność gospodarowania ograniczonymi zasobami finansowymi) oraz oczekiwania rodziców dotyczące przyszłości edukacyjnej i zawodowej dzieci – świadomość znaczenia wykształcenia i kwalifikacji zawodowych dla poprawy sytuacji życiowej następnego pokolenia.

Wskazane problemy to nie jedyne, na które napotykają służby społeczne, stawiające sobie za cel przezwyciężenie problemu dziedzicznego ubóstwa, jednak bez wątplenia można uznać je za podstawowe i uniwersalne. Właśnie te problemy stanowiły przesłanki dla opracowania modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa.

Model ten stanowi odpowiedź na problem kształtowania się obszarów wykluczenia społecznego, który w dużej mierze spowodowany jest restrukturyzacją gospodarczą i zjawiskiem długotrwałego bezrobocia. Jego opracowanie miało na celu stworzenie innowacyjnego, systemowego podejścia do pracy socjalnej realizowanej w tym środowisku.

Główny cel modelu to przeciwdziałanie dziedziczeniu ubóstwa na terenach pogórnicznych, których egzemplifikację stanowi wodzisławska dzielnica Wilchwy, poprzez podniesienie jakości usług świadczonych przez instytucje pomocy społecznej oraz stworzenie sieci wsparcia społecznego. Aby osiągnąć ten cel:

- dokonano analizy czynników generujących problem dziedzicznego ubóstwa na terenie dzielnicy Wilchwy, opisano związki występujące pomiędzy różnymi zjawiskami i problemami społecznymi, które determinują dziedziczenie ubóstwa;
- dokonano dekonstrukcji systemu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa realizowanego przez służby społeczne (pomocy i integracji społecznej) we współpracy z podmiotami działającymi na ich rzecz na terenie dzielnicy Wilchwy;
- wypracowano innowacyjny i uniwersalny schemat działań, zmierzających do stworzenia systemu profilaktyki i przeciwdziałania skutkom zjawiska dziedzicznego ubóstwa, możliwych do wdrożenia z uwzględnieniem specyfiki terenów pogórnich.

### 2.3. OGÓLNE ZAŁOŻENIA REALIZACJI MODELU

Problemy osób dotkniętych lub zagrożonych dziedziczną bezradnością i wykluczeniem (w szczególności na terenach pogórnich) coraz częściej nie są możliwe do rozwiązania przy wykorzystaniu standardowych działań z obszaru pracy socjalnej. Nagromadzenie dysfunkcji w środowiskach rodzinnych takich osób, wielowymiarowość i skumulowanie problemów, wymagają zmiany dotychczasowego modelu pracy. Konieczne staje się zastosowanie nowych koncepcji i metod pracy, które umożliwią holistyczne podejście do takich wieloprogowych środowisk.

W ramach Modelu proponuje się zatem łączne zastosowanie zestawu „koncepcji pomocowych”, filarów, stanowiących jego fundament:

#### **I. Case Management**

W przypadku rodzin dotkniętych dziedzicznym ubóstwem, niezbędne staje się skonstruowanie takiej koncepcji pomocowej, w której spotkanie klienta potrzebującego z jednym profesjonalistą (pracownikiem socjalnym) wywoła „reakcję łańcuchową”, czyli zainicjuje objęcie wsparciem tego klienta i jego rodziny kolejno przez innych specjalistów, w sposób całościowy, kompleksowy, odpowiadający na złożoność jego problemów. Zadaniem pracownika socjalnego (*case managera*) jest dopasowanie usług, które mieszczą się w celach pomocy społecznej, najlepiej odpowiedzą na potrzeby rodziny, przy założeniu, że jej członkowie aktywnie uczestniczą w tej procedurze.

## II. Interdyscyplinarne wsparcie rodzin

Wielowymiarowość dysfunkcji występujących w rodzinach dotkniętych dziedzicznym ubóstwem wymaga przyjęcia perspektywy interdyscyplinarnej przy formułowaniu diagnozy i wielowymiarowego wsparcia specjalistów z różnych dziedzin. Zadaniem pracownika socjalnego będzie zainicjowanie, modelowanie i koordynowanie współpracy specjalistów z rodziną, w oparciu o stosowną dokumentację.

**EMPOWERMENT** jest elementem scalającym opisane powyżej koncepcje (*Case Management* i interdyscyplinarny charakter wsparcia). Jeśli członkowie objętych wsparciem rodzin mają odzyskać wiarę we własne siły, jeśli mają z pozytywnym nastawieniem przystąpić do interakcji socjalnej i wreszcie – jeśli celem interwencji w pracy socjalnej ma być odzyskanie przez rodziny kontroli nad własnym życiem, to na każdym etapie realizacji Modelu powinni oni współdecydować o swoim losie, dokonywać wyborów, które ich dotyczą. W Modelu zakłada się aktywny udział rodzin na każdym z etapów metodycznego działania, a działania podejmowane przez instytucje pomocowe powinny zmierzać do upodmiotowienia, wzmocnienia lub odzyskania poczucia kontroli oraz wpływu na środowisko zewnętrzne. Pobudzanie zaangażowania klientów ma na celu wzmocnienie poczucia sprawstwa i wiary we własne siły, a w konsekwencji ma doprowadzić do ich uniezależnienia od systemu pomocy społecznej.

## III. Praca metodą indywidualnego projektu socjalnego

Projekt socjalny to interdyscyplinarne przedsięwzięcie prowadzące do osiągnięcia zaplanowanego celu, zgodnie z określoną specyfikacją, przy użyciu określonych zasobów. Rezultatem projektu jest przewidywalna zmiana. Projekt socjalny charakteryzuje się następującymi cechami:

- jest niepowtarzalny (dopasowany do indywidualnych potrzeb danej rodziny),
- służy rozwiązywaniu problemu (czynnikiem generującym jego tworzenie jest chęć rozwiązania problemu, czyli dokonania zmiany),
- służy dokonaniu zmiany (projekt kończy się wykonaniem czegoś),
- jest ograniczony (tzn. ma określony czas trwania, określoną datę rozpoczęcia i zakończenia, ograniczoną liczbę zasobów oraz określony budżet),
- charakteryzuje go złożoność (tj. wielowymiarowość realizowanych zadań),
- zakłada aktywny udział rodzin w jego realizacji.

Praca metodą projektu socjalnego zakłada także systemowe podejście do rodzin, sprzyja zwiększeniu odpowiedzialności rodzin z którymi się pracuje, ułatwia podejmowanie decyzji co do priorytetów dalszych działań i motywuje współrealizatorów do dalszego wysiłku.

#### **IV. Wykorzystanie standardów pracy socjalnej**

W Modelu rekomenduje się wykorzystanie części opracowanych w latach 2012-2014 standardów pracy socjalnej i usług stworzonych przez zespoły eksperckie w ramach realizacji zadania nr 2, Projektu 1.18. „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, współfinansowanego ze środków UE w ramach EFS. W ramach Modelu zostaną wykorzystane zestandaryzowane narzędzia pogłębionej diagnozy sytuacji rodzin. Ponadto zakłada się, iż praca socjalna realizowana przez pracowników socjalnych w ramach Modelu będzie autonomiczna wobec procedur administracyjnych związanych z przyznawaniem świadczeń finansowych. Planowane jest także opracowanie pakietu usług według rekomendacji określonych w projekcie. Efektem przyjętych rozwiązań jest wykorzystanie wprost wzorów formularzy i kwestionariuszy narzędzi diagnostycznych oraz katalogów usług.

#### **V. Wykorzystanie innowacyjnych metod i narzędzi pracy z rodzinami**

Interdyscyplinarność działań oraz pogłębiona praca – z wykorzystaniem metody *Case Managementu*, w oparciu o projekt socjalny oraz współuczestnictwo rodzin w diagnozowaniu, planowaniu i realizacji działań – z uwagi na rzadkość ich wykorzystywania w systemie pomocy społecznej, zasługują na miano innowacyjnych rozwiązań.

Ponadto planuje się pracę z rodzinami między innymi w oparciu o Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach (PSR), Dialog Motywujący (DM), konferencję grupy rodzinnej (KGR), metodę *Study Circle* (SC) oraz wykorzystanie zestandaryzowanych narzędzi pogłębionej diagnozy i narzędzi pracy z rodzinami.

#### **VI. Odpowiedź na potrzebę rewitalizacji społecznej na obszarach zdegradowanych**

Uwzględnienie w Modelu pogłębionej diagnozy społecznej na wybranym obszarze zdegradowanym, wraz z zaproponowaniem narzędzi badawczych, służy nie tylko zdiagnozowaniu zasobów środowiska lokalnego, ale także jest elementem działań strategicznych w zakresie rewitalizacji. Tym samym opracowana na potrzeby Modelu diagnoza środowiskowa oraz wypracowane w Modelu rozwiązania mogą być

wykorzystywane zarówno w projektach rewitalizacyjnych, jak i w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych.

Powyższe założenia zastosowane w ramach Modelu stanowią nowy, nie stosowany dotąd w sposób łączny zbiór przesłanek odróżniających proponowany Model od innych, znanych dotychczas rozwiązań o podobnym charakterze. Zakłada się także, iż Model, poprzez wykorzystanie i połączenie zasobów środowiska lokalnego, interdyscyplinarne wsparcie, nacisk na profesjonalizację działań, współdziałanie rodzin w ich realizacji stanie się rozwiązaniem efektywniejszym i skuteczniejszym w porównaniu z dotychczas stosowanymi na terenach pogórnich

## 2.4. ODBIORCY WSPARCIA

Odbiorcami wsparcia są rodziny zagrożone problemem dziedzicznego ubóstwa zamieszkujące w wodzisławskiej dzielnicy Wilchwy oraz te, w których problem ten już występuje, wraz z ich najbliższym sąsiedztwem. Założenia Modelu mają jednak charakter uniwersalny – można wdrażać je także w innych społecznościach lokalnych funkcjonujących na terenach pogórnich.

Grupa docelowych odbiorców Modelu to cała rodzina, czyli osoby dorosłe (rodzice), dzieci (zarówno pełnoletnie, jak i niepełnoletnie) oraz dziadkowie (w szczególności rodziny trzypokoleniowe). Działania przewidziane w Modelu są ukierunkowane na redukcję już istniejących problemów, poprzez dostarczenie konkretnych usług czy projektów – główne wsparcie bezpośrednio skierowane będzie do dzieci będących w okresie wczesnego dzieciństwa i w okresie edukacji szkolnej, do dorosłych osób niepracujących lub zaliczanych do grupy ubogich pracujących, jak również do najstarszego pokolenia. Z drugiej strony szczególne znaczenie w Modelu odgrywają działania profilaktyczne. Ich adresatami są przede wszystkim dzieci i młodzież, które dzięki realizacji indywidualnej ścieżki wsparcia mają możliwość przyswoić sobie nowe wzorce i sposoby rozwiązywania problemów, a także wykształcić postawy, które pomogą im przerwać łańcuch dziedziczenia ubóstwa.

Wybór rodzin obejmowanych wsparciem w ramach Modelu odbywa się w oparciu o dwa poniższe kryteria.

✓ **Kryteria podstawowe (spełniane łącznie):**

- rodzina zamieszkuje w enklawie lub na wybranym obszarze, na którym ma być

wdrażany Model;

- istotnym źródłem utrzymania rodziny są świadczenia społeczne;
- w składzie rodziny znajduje się co najmniej jedna osoba w wieku aktywności zawodowej, pozostająca bez pracy lub wykonująca pracę charakteryzującą się niskimi dochodami, ograniczającą perspektywy życiowe i rozwój zawodowy (prekariusze);
- w rodzinie są dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa i edukacji szkolnej.

✓ **Kryteria dodatkowe (wymagane jest spełnienie co najmniej jednego z nich):**

- współwystępowanie dodatkowych obszarów problemowych (np. problemy opiekuńczo-wychowawcze, nadużywanie alkoholu, przemoc domowa, niepełnosprawność, długotrwała choroba, przestępczość, rodzina niepełna);
- brak lub niskie wykształcenie rodziców;
- wielodzietność;
- niewielkie zasoby kulturowe, deficyty kapitału społecznego i słaba aktywność społeczna.

W pierwszej kolejności kwalifikowane są rodziny, w których obok kryteriów podstawowych spełnionych zostanie większa liczba kryteriów dodatkowych.

Działania w ramach Modelu będą kierowane także do najbliższego otoczenia rodzin zagrożonych bądź dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa (osób zamieszkujących na terenie objętym wdrażaniem Modelu). Mogą to być, np. ich krewni, znajomi, sąsiedzi, przedstawiciele grup rówieśniczych, zawodowych, hobbyistycznych czy osoby, które łączy wspólna cecha (np. posiadanie dzieci w podobnym wieku, samotne rodzicielstwo), których udział w działaniach jest niezbędny dla skutecznego wsparcia członków rodzin zagrożonych bądź dotkniętych dziedzicznym ubóstwem.

Za realizację zadań związanych z tworzeniem i udzielaniem wsparcia społeczności lokalnej odpowiedzialny będzie specjalista ds. sieci wsparcia. Działania te będą elementem indywidualnie dobieranego wsparcia dla rodzin w ramach proponowanych w Modelu pakietów usług, dlatego też decyzja o wyborze konkretnego rodzaju działania będzie uzależniona od sytuacji poszczególnych rodzin, jak i lokalnych uwarunkowań.

Model zapewnia zgodność z polityką równych szans, w tym równości płci. Jego działania są adresowane do wszystkich członków rodzin zagrożonych bądź doświadczających problemu

dziedzicznego ubóstwa - zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn. Ustalone kryteria rekrutacji nie odnoszą się do czynników takich jak np. płeć czy wiek, ale do natężenia dotyczących danej rodziny problemów. Niepełnosprawność czy np. samotne rodzicielstwo (dotykające w głównej mierze kobiety) są kryteriami dodatkowymi, które ułatwiają tym osobom skorzystanie z planowanego wsparcia.

Narzędziem, które można wykorzystać w procedurze kwalifikowania do uzyskania wsparcia w ramach Modelu, jest Karta oceny formalnej, która stanowi załącznik nr 5.2.2 do niniejszego podręcznika.

## 2.5. UŻYTKOWNICY MODELU

Model z założenia możliwy jest do wdrożenia na terenach pogórnich. Użytkownikami modelu mogą być instytucje działające na rzecz rodzin (bądź poszczególnych ich członków), w których występuje problem dziedziczenia ubóstwa oraz tych, które są nim zagrożone. W szczególności, oprócz ośrodka pomocy społecznej pełniącego rolę koordynatora sieci, mogą to być:

- jednostki samorządu terytorialnego (urzędy miast, gmin, starostwa powiatowe);
- instytucje rynku pracy – powiatowe urzędy pracy, filie Ochotniczego Hufca Pracy, agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe, organizacje pracodawców (izby rzemieślnicze, izby gospodarcze, cechy rzemiosł);
- powiatowe centra pomocy rodzinie;
- szkoły i inne instytucje edukacyjne;
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
- placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży;
- Policja;
- kuratorzy sądowi;
- parafie;
- biblioteki;
- ośrodki kultury;

- ośrodki sportu i rekreacji;
- spółdzielnie mieszkaniowe;
- rady dzielnic, rady sołectkie;
- punkty nieodpłatnej pomocy prawnej;
- ośrodki interwencji kryzysowej;
- placówki leczenia uzależnień;
- placówki wsparcia seniorów (np. dzienne domy „Senior-Wigor”, domy pomocy społecznej);
- warsztaty terapii zajęciowej;
- niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
- organizacje pozarządowe;
- lokalni przedsiębiorcy.

## REKOMENDACJA

Zaleca się, aby koordynatorem działań przewidzianych w Modelu był ośrodek pomocy społecznej

## 2.6. ETAPY PRACY Z RODZINĄ

Proces realizowanej w ramach Modelu współpracy z rodzinami obejmuje pięć zintegrowanych ze sobą etapów. Etapy te stanowią odzwierciedlenie zarówno metodyki pracy socjalnej, jak i uwarunkowań formalno-prawnych regulujących funkcjonowanie pomocy społecznej. Na każdym z tych etapów można wskazać na kluczowe zagadnienia, determinujące jakość i efektywność współpracy.

- ✓ **Etap I** to przygotowanie do spotkania i podjęcie kontaktu pracownika socjalnego instytucji wdrażającej Model z rodziną. Nawiązanie relacji pomocowej, wstępne rozeznanie potrzeb, zaproszenie rodziny do udziału/współpracy w realizacji zadań pomocowych a także analiza i wstępna diagnoza sytuacji rodziny.
- ✓ **Etap II** zakłada pogłębienie diagnozy sytuacji rodziny oraz nawiązanie współpracy pracownika socjalnego ze specjalistą ds. sieci wsparcia i wspólną pracę (w formule



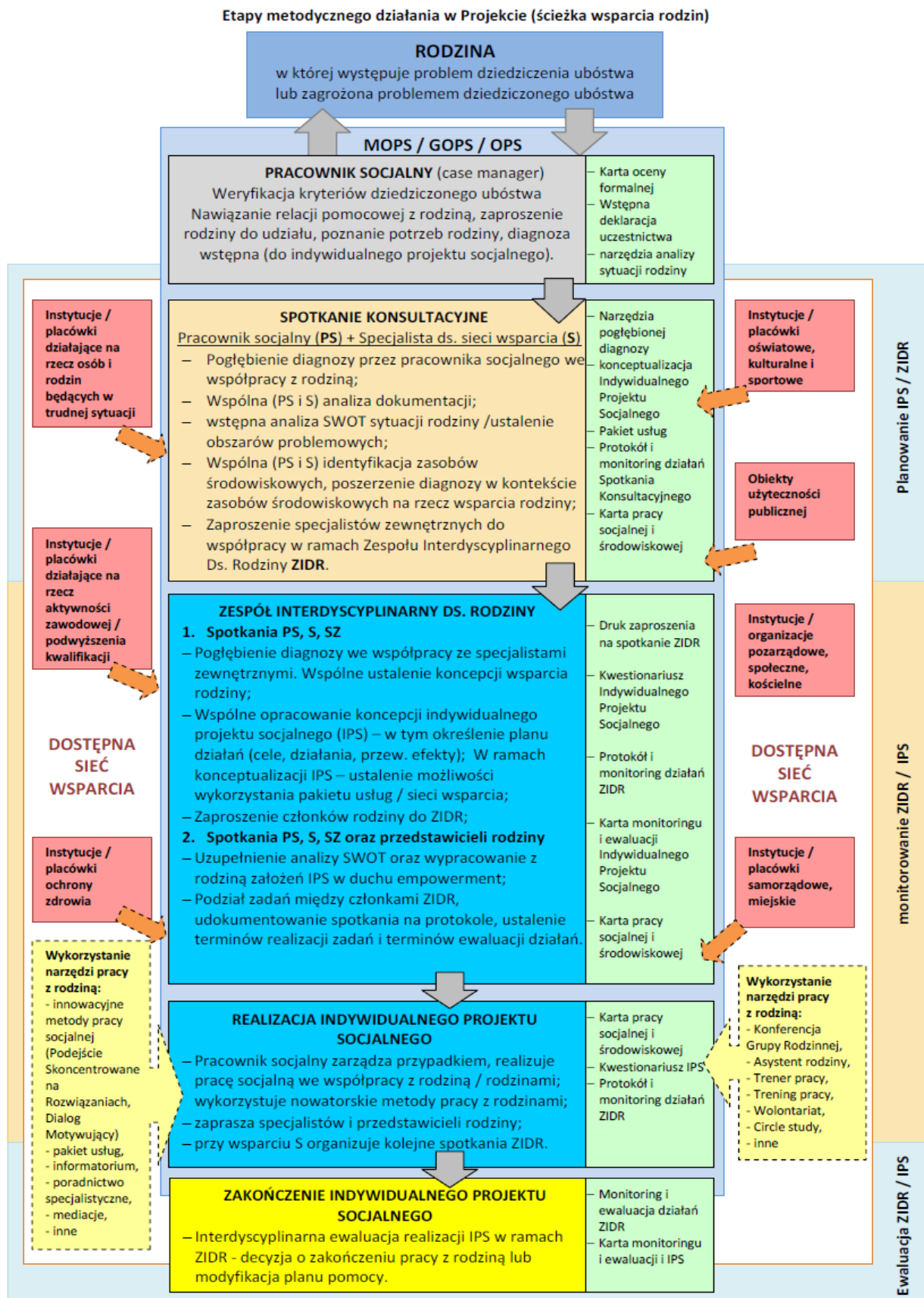
spotkania konsultacyjnego) nad analizą dokumentacji rodzin, identyfikacją zasobów i oraz obszarów problemowych. Etap ten służy poszerzeniu diagnozy w kontekście możliwości wykorzystania zasobów środowiskowych i ustaleniu, jakie zasoby „zewnątrzne” pozyskać na rzecz wsparcia rodziny.

- ✓ **Etap III** to współpraca specjalistów zatrudnionych do realizacji zadań przewidzianych w Modelu w formule interdyscyplinarnej z innymi specjalistami pozyskanymi z „zewnątrz”, z uwzględnieniem udziału rodziny w procesie pomagania. Na tym etapie tworzony jest i realizowany indywidualny projekt socjalny.
- ✓ **Etap IV** to etap realizacji indywidualnego projektu socjalnego.
- ✓ **Etap V** zakłada realizację celów określonych w projekcie socjalnym i ewaluację.

Rzetelne przeanalizowanie poszczególnych etapów umożliwi specjalistom realizującym wsparcie prowadzenie aktywnej współpracy zmierzającej do poprawy sytuacji osób zagrożonych dziedzicznym ubóstwem, jak również tych, które go doświadczają.

Na poniższym schemacie zaprezentowano etapy działań poszczególnych osób tworzących sieć wsparcia, wraz ze wskazaniem narzędzi pracy rekomendowanych do wykorzystania na każdym z etapów metodycznego działania.

## SCHEMAT 1. ETAPY METODYCZNEGO DZIAŁANIA (ŚCIEŻKA WSPARCIA RODZIN W MODELU).



Źródło: opracowanie własne.

## 2.7. KORZYŚCI DLA REALIZATORÓW I ODBIORCÓW DZIAŁAŃ

Model jest warty wdrożenia ze względu na szereg zaproponowanych rozwiązań o charakterze innowacyjnym. Praca w oparciu o Model jest korzystna dla realizatorów, jak i odbiorców działań, czyli rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa funkcjonujących na terenach pogórnich (w szczególności w dzielnicy Wodzisławia Śląskiego, Wilchwach).

Wśród najważniejszych korzyści dla realizatorów Modelu wskazać należy sześć innowacji.

### 1. Wdrożenie nowego podejścia do pracy środowiskowej z rodziną dotkniętą lub zagrożoną problemem dziedzicznego ubóstwa

Praca z rodziną dotkniętą lub zagrożoną problemem dziedzicznego ubóstwa egzystującą na terenie pogórnich ma charakter długofalowy i obejmuje zarówno rodziny doświadczające dziedzicznego ubóstwa, jak ich najbliższe otoczenie. W ramach Modelu przewiduje się działania skierowane do przedstawicieli wszystkich pokoleń dzięki szerokiemu katalogowi usług/form wsparcia oferowanych przez podmioty tworzące sieci wsparcia. Praca nad problemami rodzin z problemem dziedzicznego ubóstwa jest więc w maksymalnym możliwym zakresie odnoszona do rzeczywistych warunków ich życia. Oznacza to wyjście poza sztywne procedury i zwrot w stronę praktycznych, elastycznych rozwiązań, możliwych do zaaplikowania w praktyce. Dzięki temu ma zostać przełamana wyuczona bezradność klienta i jego zależność od systemu pomocy społecznej.

### 2. Zastosowanie innowacyjnych metod pracy z rodziną dotkniętą lub zagrożoną problemem dziedzicznego ubóstwa

Praca z klientami pomocy społecznej na terenie pogórnich sprowadza się zazwyczaj do zastosowania standardowych metod. Przewaga rozwiązań modelowych polega na zastosowaniu metod pracy, które rzadko są wykorzystywane na gruncie polskim, cechuje je zarazem wysoka skuteczność. Chodzi tu przede wszystkim o *Case Management*, który zakłada – między innymi – aktywność i współdziałanie klienta, współpracę z nim od początku zajmowania się przypadkiem oraz intensywną komunikację, co ułatwia osiągnięcie porozumienia z klientem już na etapie definiowania problemu.

### 3. Nowatorskie podejście do roli pracownika socjalnego

Rola pracownika socjalnego, w myśl założeń Modelu, polega na pełnieniu funkcji „menedżera przypadku” (*case managera*), który zarządza wsparciem udzielanym rodzinie przez różne podmioty (specjalistów, instytucje). Pracownik socjalny pozostaje blisko klienta, jednak – mając do dyspozycji wielu specjalistów – dąży do zorganizowania mu kompleksowego i specjalistycznego wsparcia. W rezultacie stworzona zostaje „bardzo szczelna sieć pomocowa, z której klient «nie wypadnie» przez zbyt duże «oka». Współpraca przedstawicieli różnych dyscyplin pozwala otrzymać obrazu przypadku oczyszczony z jednostronnej perspektywy, uprzedzeń, przekłamań. Dzięki promowanej w CM interdyscyplinarności, wszelkie pozytywne zmiany w życiu klienta objętego tym modelem pojawiają się znacznie szybciej i na dłużej niż w sytuacji, gdy pracownik socjalny ma do dyspozycji wyłącznie narzędzia swej macierzystej instytucji”<sup>13</sup>. *Case Management*, dzięki dokładnie opracowanej strukturze przebiegu działań związanych ze specyfiką przypadku, procedurom, których bezwzględnie należy przestrzegać, skraca czas między pierwszym spotkaniem z klientem a faktycznym zainicjowaniem działań pomocowych. Osiągane w CM szybkie i efektywne działanie może ocalić klienta przed eskalacją problemów<sup>14</sup>.

### 4. Nawiązanie i funkcjonowanie lokalnego partnerstwa na rzecz przeciwdziałania dziedziczeniu ubóstwa

W ramach Modelu przewiduje się stworzenie lokalnej sieci wsparcia, w skład której wejdą przedstawiciele różnych instytucji i organizacji lokalnych prowadzących działalność na terenach pogórnich – pozwala to usprawnić interwencję i szybciej doprowadzić do pozytywnego zakończenia przypadku. Zróznicowanie kompetencji poszczególnych podmiotów umożliwia udzielenie klientom możliwie szerokiego i profesjonalnego wsparcia.

Można także przypuszczać, że zbudowanie lokalnego partnerstwa posłuży nie tylko realizacji działań przewidzianych w Modelu, ale będzie również wykorzystywane do współdziałania w ramach innych przedsięwzięć (w szczególności w wodzisławskiej dzielnicy Wilchwy).

---

<sup>13</sup> A. Smrokowska-Reichman, *Zarządzanie przypadkiem – Case Management (CM) w pracy socjalnej*, w: *Nowe kierunki i tendencje w organizacji i zarządzaniu pomocą społeczną*, red. A. Skowrońska, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 34.

<sup>14</sup> Tamże, s. 36.

## 5. Systematyczne monitorowanie efektów pracy

Dzięki określonym w Modelu warunkom ewaluacji i monitoringu wsparcie, jakie jest udzielane rodzinom dotkniętym i zagrożonym problemem dziedzicznego ubóstwa, podlega systematycznej kontroli pod kątem efektywności podejmowanych działań. Bieżące monitorowanie postępów pracy z członkami rodziny daje możliwość szybkiego reagowania na dostrzeżone nieprawidłowości elastycznej modyfikacji wsparcia. Monitoring pozwala też na zakończenie wsparcia po osiągnięciu określonych w Indywidualnym Projekcie Socjalnym celu, dzięki czemu długość czasu wsparcia oraz jego charakter jest dostosowany do potrzeb i potencjału każdego z klientów.

## 6. Możliwość podniesienia kompetencji pracowników

Wdrożenie Modelu pociąga za sobą konieczność podniesienia kompetencji pracowników instytucji, będącej realizatorem działań. Pracownicy socjalni powinni odbyć szkolenie w zakresie stosowania szeroko pojętej pracy metodą indywidualnego przypadku. Natomiast specjaliści ds. sieci wsparcia powinni zostać przeszkoleni w zakresie tworzenia i funkcjonowania partnerstw lokalnych z uwzględnieniem specyfiki terenów pogórnich.

Należy również założyć, że w miarę potrzeb realizowane będą szkolenia dotyczące innych, wykorzystywanych we wdrażaniu Modelu metod pracy. Praca w oparciu o Model przynosi więc realizatorom korzyści w postaci wzbogacenia doświadczenia zawodowego, jak również podwyższonych kompetencji zawodowych, co może zostać przez nich wykorzystane w dalszej pracy.

Praca w oparciu o Model przynosi także szereg korzyści rodzinie, która ma możliwość skorzystania ze wsparcia. Do najważniejszych pozytywnych aspektów udziału w projekcie można zaliczyć:

### 1. Kompleksowość i interdyscyplinarność wsparcia udzielanego rodzinie

Włączenie w system pomocy różnych podmiotów umożliwia wieloaspektową diagnozę potrzeb każdego z członków rodziny dotkniętej lub zagrożonej problemem dziedzicznego ubóstwa. Dzięki międzysektorowej i międzyinstytucjonalnej współpracy i wymianie doświadczeń zwiększa się szansa na udzielenie kompleksowego wsparcia każdemu z klientów. Zintegrowanie różnych, często wyspecjalizowanych form wsparcia, oferowanych przez poszczególne podmioty, połączone z systematycznymi, bezpośrednimi kontaktami

między nimi daje możliwość osiągnięcia efektu synergii, co skutkuje udzieleniem najbardziej efektywnego wsparcia rodzinie.

## **2. Zintegrowanie różnych form wsparcia w jednym „ośrodku”**

Dzięki rozwiązaniom przewidzianym w Modelu możliwe jest skoordynowanie i zintegrowanie różnych form pomocy udzielanej rodzinie zagrożonej lub dotkniętej problemem dziedzicznego ubóstwa. Współpraca różnych instytucji pomocowych eliminuje konieczność podejmowania przez rodzinę kontaktów z każdą z nich z osobna. Dzięki temu zanika potrzeba każdorazowego wyjaśniania sytuacji rodziny, omawiania jej problemów, co dla beneficjentów wsparcia bywa stresujące, kłopotliwe i zawstydzające. Założenia Modelu przewidują kontakty z całym zespołem specjalistów, którzy zbierają się w jednym miejscu specjalnie dla danej rodziny.

## **3. Indywidualne podejście do sytuacji danej rodziny**

Problemem wspólnym dla beneficjentów przewidzianej w Modelu ścieżki wsparcia jest dziedziczne ubóstwo, przy tym jednak przyjmuje się, że każda rodzina jest inna – różnią się (między innymi) wielkością, składem, codziennymi problemami, jak również strategiami radzenia sobie z nimi. Mając na uwadze te różnice, działania założone w Modelu mają charakter wysoce zindywidualizowany, dostosowany do potrzeb i deficytów każdej z nich. Opracowanie zestawu form pomocy dedykowanego konkretnej rodzinie powinno być przez nią odebrane jako działanie dowartościowujące ją, ponieważ przestaje być ona traktowana jako jeden z wielu „przypadków”, dostrzega się bowiem jej szczególną sytuację. To specjalnie dla niej zbiera się Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny, który w swojej pracy koncentruje się wyłącznie na jej problemach.

## **4. Indywidualne podejście do sytuacji każdego z członków rodziny**

Model zakłada nie tylko zindywidualizowane podejście do każdej z rodzin objętych wsparciem, ale także akcentuje potrzebę rozpatrywania sytuacji i problemów poszczególnych członków rodziny jako specyficznych. Innymi słowy, problem dziedzicznego ubóstwa w różny sposób wpływa na każdego członka rodziny, inne są problemy dzieci i młodzieży, a inne dorosłych, dlatego też w ramach Modelu przewiduje się zaprojektowanie działań dedykowanych każdemu z nich. Należy bowiem przyjąć, że tak rozumiane podejście

indywidualne umożliwi skuteczne i efektywne przepracowanie i rozwiązanie problemów rodziny jako grupy.

## **5. Udział członków rodziny w planowaniu ścieżki wsparcia**

Zakłada się, że osiągnięcie przewidzianych w Modelu rezultatów odbywa się nie tylko dzięki wykorzystaniu zasobów rozmaitych instytucji i organizacji działających w środowisku lokalnym, ale także potencjału samej rodziny dotkniętej lub zagrożonej problemem dziedzicznego ubóstwa i jej najbliższego otoczenia, tj. sąsiadów, znajomych. Istotne jest zatem, aby – oprócz dostarczenia klientom gotowych instrumentów wsparcia – starać się stymulować ich do działania na rzecz samodzielnego rozwiązywania własnych problemów.

Innymi słowy, rodzina jest pełnoprawnym partnerem instytucji pomocowych, który ma prawo decydować o sobie i wspólnie ze specjalistami kształtować ścieżkę udzielanego jej wsparcia. Pobudzanie zaangażowania członków rodziny ma na celu wzmocnienie poczucia sprawstwa i wiary we własne siły, a w konsekwencji ma doprowadzić do uniezależnienia się od systemu pomocy społecznej.

## **6. Monitorowanie efektów udzielonego wsparcia po zakończeniu działań przewidzianych w Modelu**

Zakończenie indywidualnego projektu socjalnego nie oznacza, że ustaje jakiegokolwiek zainteresowanie instytucji pomocowych rodziną, która była beneficjentem wsparcia. Przewiduje się bowiem monitorowanie utrwalenia rezultatów działań modelowych po trzech i sześciu miesiącach od zakończenia projektu. Rodziny nie pozostawia się więc bez możliwości skorzystania ze wsparcia także po wdrożeniu Modelu.

## **7. Działania ukierunkowane na przerwanie międzypokoleniowego łańcucha dziedzicznego ubóstwa**

Działania przewidziane w Modelu mają charakter kompensacyjny i są ukierunkowane na redukcję pewnych już istniejących deficytów i problemów na terenach pogórnich (w szczególności w dzielnicy Wilchwy), poprzez dostarczenie konkretnych usług czy produktów. Należy jednak również mocno zaakcentować znaczenie działań profilaktycznych, które wpisane są w Model. Ich adresatami są przede wszystkim dzieci i młodzież, które dzięki realizacji indywidualnej ścieżki wsparcia mają przyswoić sobie nowe wzorce efektywnego



działania, skuteczne sposoby rozwiązywania problemów, a także wykształcić właściwe postawy, które pomogą im przerwać łańcuch dziedziczenia ubóstwa.

### **3. REALIZACJA MODELU W PRAKTYCE – PRACA Z RODZINĄ DOŚWIADCZAJĄCĄ DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA**

---

#### **3.1. ZADANIA I ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO (*CASE MANAGERA*)**

Pracownik socjalny koordynujący pracę z rodziną (PS) jest osobą, która zarządza wsparciem udzielanym członkom rodziny. Jego aktywność obejmuje pracę w środowisku klientów – jest współodpowiedzialny (wraz ze specjalistą ds. sieci wsparcia) za budowanie sieci wsparcia wokół rodziny zagrożonej lub dotkniętej problemem dziedziczonego ubóstwa. Pomoc udzielana przez PS ma charakter indywidualny, polegający na dostosowaniu podejścia i metod pracy do specyficznej sytuacji każdej z rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedziczonego ubóstwa. PS ściśle współpracuje ze specjalistą ds. sieci wsparcia (S), uczestnicząc w spotkaniach konsultacyjnych (SK), pełni również rolę lidera w Zespole Interdyscyplinarnym ds. Rodziny (ZIDR) powołanym do pracy z członkami rodzin. PS przygotowuje i realizuje indywidualny projekt socjalny (IPS).

- **Zadania PS**

PS jest zaangażowany w pracę od początku wdrażania modelu, przy czym charakter realizowanych przez niego zadań jest warunkowany specyfiką działań przewidzianych na poszczególnych etapach.

#### **I. Na etapie diagnostycznym:**

- analizuje środowisko – ustala listę rodzin spełniających kryteria dziedziczonego ubóstwa we współpracy z pracownikami socjalnymi pracującymi poza zespołem/komórką realizującą Model.

#### **II. Na etapie organizacyjnym:**

- analizuje dokumentację (w tym Kartę oceny formalnej) pod kątem zakwalifikowania



rodzin do objęcia wsparciem,

- współtworzy i adaptuje wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w ramach Modelu,
- uczestniczy w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne,
- współtworzy pakiet usług i informatorium, rekomenduje usługi,

### **III. Na etapie przygotowania do realizacji wsparcia:**

- nawiązuje kontakt z rodzinami spełniającymi kryteria dziedzicznego ubóstwa,
- nawiązuje współpracę z rodzinami, przeprowadza wstępną diagnozę (gromadzi i porządkuje informacje na temat rodziny, dokonuje analizy i opisu sytuacji rodziny, rozpoznaje sytuację jej członków, rozeznaje dotychczasowe formy wsparcia, jakich im udzielano)
- przeprowadza pogłębioną diagnozę rodzin objętych wsparciem,
- określa cele pracy z rodziną, biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich jej członków, w szczególności dzieci i młodzieży,
- współpracuje ze specjalistą ds. sieci wsparcia w ramach Spotkań Konsultacyjnych (analizuje dokumentację, opracowuje koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS), ustala wymagany zakres wsparcia środowiskowego – wykorzystując Pakiet usług),
- dobiera kompleksową, skoordynowaną ofertę usług zawartych w Pakiecie na rzecz konkretnych rodzin,
- planuje i przygotowuje pracę socjalną (indywidualną, grupową i środowiskową) z rodzinami/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową,
- uzgadnia skład Zespołów Interdyscyplinarnych Ds. Rodziny (ZIDR).

### **IV. Na etapie realizacji wsparcia:**

- realizuje pracę socjalną (indywidualną, grupową i środowiskową) z rodzinami/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową,
- współprowadzi ZIDR, ewaluuje prace ZIDR,
- monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji IPS,
- zarządza pomocą udzielaną poszczególnym rodzinom przez podmioty wchodzące

w skład sieci wsparcia,

- prowadzi niezbędną dokumentację związaną z pracą socjalną na rzecz rodzin.

**NALEŻY BARDZO WYRAŹNIE ROZDZIELIĆ FUNKCJE I ZADANIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO (PS) I SPECJALISTY DS. SIECI WSPARCIA (S)**

PS i S ściśle ze sobą współpracują, konsultują swoje działania, jednak pełnią różne role podczas wdrażania Modelu. Szczególnie ważne jest zrozumienie roli PS i S jako kreatorów sieci wsparcia. S jest odpowiedzialny za stworzenie lokalnej sieci wsparcia na poziomie międzyinstytucjonalnym, to on jest odpowiedzialny za zbudowanie swoistego „zaplecza pomocowego” dla rodzin, biorących udział w działaniach modelowych. Natomiast rolą PS jest wybranie (w ramach stworzonej przez S lokalnej sieci wsparcia) tych form pomocy, które są jej najbardziej potrzebne. W ten sposób staje się on kreatorem „indywidualnej” sieci wsparcia dla każdej z rodzin, z którymi współpracuje.

- **Metody pracy PS**

Podstawową metodą pracy pracownika socjalnego, organizującą jego działanie jest metoda pracy z indywidualnym przypadkiem (*case work*) z zastosowaniem *Case Managementu*.

*Case work*, jako metoda pracy socjalnej, obejmuje optymalne działania na rzecz rozwiązywania problemów pojedynczych osób, jednostek. Z kolei celem *Case Managementu* jest efektywne połączenie zasobów indywidualnych klienta (np. poczucia własnej wartości, świadomości posiadania kompetencji, umiejętności samosterowania, sprawności fizycznej, sprawności kognitywnej, umiejętności nawiązywania relacji międzyludzkich, inteligencji emocjonalnej) z zasobami, jakimi dysponuje środowisko życia klienta, tj. sieć nieformalna (członkowie rodziny, przyjaciele, znajomi), struktury formalne (pomoc społeczna, grupy wzajemnego wsparcia), system wartości, którym klient się kieruje, uznawane przez niego normy i autorytety oraz zasoby materialne (stan posiadania klienta oraz dostępna infrastruktura, np.: sklepy, place zabaw, świetlice, kluby integracji itd.) w celu przezwyciężenia problemów jego i jego rodziny<sup>15</sup>.

*Case Management* realizowany ramach Modelu w szczególności polega na:

---

<sup>15</sup> A. Smrokowska-Reichman, *Zarządzanie przypadkiem...*, s. 36.

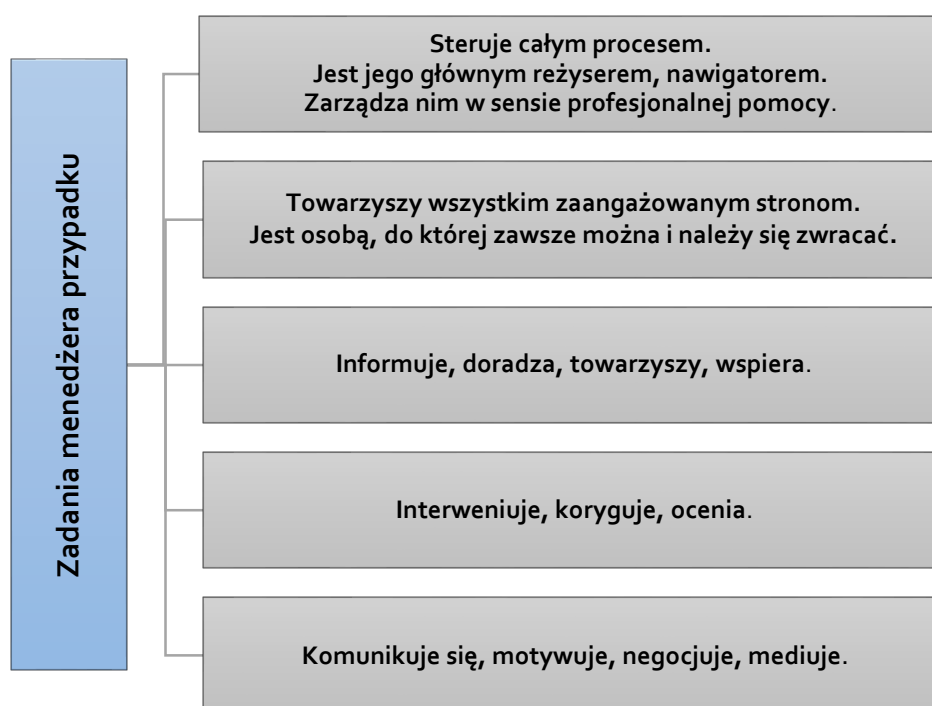
- wypracowaniu skoordynowanej sieciowej strategii działania odpowiadającej celom wsparcia i dostosowanym do nich działaniom na rzecz rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa;
- precyzyjnym zaplanowaniu procesu pomocowego i sterowaniu tym procesem;
- dialogu z członkami rodzin, który umożliwi elastyczne reagowanie na jego problemy;
- aktywizacji klientów i jego środowiska (*empowerment*), czyli jak najwcześniejszym włączeniu ich w działania związane z interwencją;
- poszerzeniu autonomii klientów, zapobieganiu pozostawaniu ich w zależności od profesjonalistów;
- monitoringu i ewaluacji wsparcia;
- doskonaleniu szeroko rozumianego systemu pomocowego;
- przewyżczeniu zawodowej separacji poszczególnych dyscyplin profesjonalnego pomagania<sup>16</sup>.

Zestawienie zadań menedżera przypadku prezentuje schemat nr 2.

---

<sup>16</sup> Tamże, s. 28-29.

## SCHEMAT 2. ZADANIA MENEDŻERA PRZYPADKU.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Smrokowska-Reichman, *Zarządzanie przypadkiem – Case Management (CM) w pracy socjalnej*, w: *Nowe kierunki i tendencje w organizacji i zarządzaniu pomocą społeczną*, red. A. Skowrońska, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 29.

### DO NIEZBĘDNYCH KOMPETENCJI CASE MANAGERA NALEŻY ZALICZYĆ:

- ✓ **Pozytywne nastawienie** – siłą *Case Managera* jest samokontrola i panowanie nad własnym nastrojem. Powinien założyć, że każda osoba, którą spotyka, także jego klient, jest jego nauczycielem, a każda sytuacja – lekcją.
- ✓ **Umiejętność aktywnego słuchania** – jest ona konieczna do rozpoznawania aktualnej sytuacji klienta. Polega ona nie tylko na uważnym słuchaniu, ale także na parafrazowaniu wypowiedzi, aby upewnić się, czy dobrze rozumiemy jej treść oraz na umiejętnym podsumowaniu;
- ✓ **Reagowanie na zastrzeżenia klienta**, które są naturalnym objawem jego zainteresowania sprawami, które go dotyczą.

Na podstawie: *Elementy metody Case Management w pracy z klientami z niepełnosprawnością w publicznych służbach zatrudnienia województwa śląskiego. Poradnik*, opr. G. Sikorski i in., Katowice 2015, s. 15.

Podczas organizowania swojej pracy wokół *Case Managementu*, PS wykorzystuje takie metody pracy, jak:

**1. Metoda pracy socjalnej z wykorzystaniem indywidualnego projektu socjalnego (IPS)**

Wykorzystanie metody indywidualnego projektu socjalnego zostało szczegółowo omówione w rozdziale 3.3 niniejszego podręcznika.

**2. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach (*PSR, Solution Focused Approach – SFA*)**

PSR jest jednym ze sposobów pracy z rodziną, mieszczących się w konwencji opartej na zasobach. Podejście to zakłada działanie zgodnie z poniższymi zasadami.

1. Mimo życiowych zmagania wszyscy ludzie posiadają mocne strony, które mogą być wykorzystane w celu poprawy jakości swojego życia. Terapeuci powinni szanować ten potencjał i kierunki, w których klienci chcieliby podążać.
2. Motywację klienta zwiększa się poprzez stały nacisk na jego mocne strony, zgodnie z tym, jak klient je postrzega.
3. Odkrywanie mocnych stron wymaga wspólnego zaangażowania klienta i osób pomagających, przy czym nie należy zakładać, że wiedzą z góry, co jest potrzebne do polepszenia życia klienta.
4. Koncentracja na mocnych stronach odsuwa od osób pomagających pokusę osądzania lub obwiniania klientów za trudności, w których się znaleźli, a kieruje ich ku odkrywaniu, jak klientom udało się przeżyć w tak trudnych okolicznościach.
5. Wszystkie środowiska, nawet te najbardziej patologiczne, mają w sobie zasoby<sup>17</sup>.

PSR koncentruje się na rozwiązaniach, zmianach i pozytywnych dostępnych możliwościach, na partycypowaniu klienta w opisywaniu celów i pożądaney przyszłości. Klient postrzegany jest przez pryzmat unikalnych talentów i mocnych stron, jakie posiada, nie tylko w kontekście problemów, które go dotyczą. Przyjmuje się, że to klient jest ekspertem od

---

<sup>17</sup> P. De Jong, I.K. Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s. 23.

swojego życia, zatem podstawą terapii są cele określone przez niego. PSR sprawdza się w terapii krótkoterminowej<sup>18</sup>.

W pracy z rodziną w konwencji PSR istotne jest postępowanie ukierunkowane poprzez kilka istotnych założeń:

1. **Wsparcie powinno być „skrojone na miarę”** – ma odpowiadać na potrzeby konkretnej rodziny. Należy zatem przyjąć, że nie ma prostych rozwiązań, które pasują do każdego.
2. **Należy poszukiwać różnych rozwiązań danej sytuacji** – więcej możliwości wyboru oznacza większą szansę na znalezienie takiego, które będzie skuteczne.
3. **Opór ze strony klienta jest zaproszeniem do współpracy** – postawa oporu oznacza, że należy zmienić metody działania i poszukać nowych, bardziej efektywnych.
4. **Nastawienie i oczekiwanie zmiany przez osobę pomagającą** – jej wiara w zdolność klienta do zmiany warunkuje wynik terapii.
5. **Nie należy formułować zbyt wysokich oczekiwań wobec efektów wsparcia** – lepiej ukierunkować się na osiągnięcie mniejszych, za to realnych celów, w myśl zasady, że małe zmiany prowadzą do dużych zmian.
6. **Pokonanie trudności i przeprowadzeni zmiany jest możliwe dzięki uruchomieniu sił i zasobów, które tkwią w klientach** – czując się kompetentni wykazują większą gotowość do współpracy.
7. **Nie zawsze istnieje logiczny związek między określonym problemem klienta i jego rozwiązaniem** – oczekiwania i potrzeby klienta co do preferowanej przyszłości nie zawsze muszą mieć związek z problemem.
8. **W pracy z klientami istotne jest skoncentrowanie się na przyszłości** – sięganie do przeszłości jest zredukowane do tych wyjątkowych momentów, kiedy studenci radzili sobie z danym problemem.
9. **Każdy klient jest zdolny do tego, by określić i wybrać, co jest dla niego dobre** i to on ostatecznie i tak postąpi w sposób, który uzna dla siebie za najlepszy.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> M. Ciczowska-Giedziun, *Praca socjalna oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” XXI, Wydawnictwo UAM, Poznań 2011, s. 219.

<sup>19</sup> Tamże, s. 220.

Zasady Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach omówiono szerzej w następujących pracach:

- J. Szczepkowski, Praca socjalna. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2010.
- I. Krasiejko, Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2010.

### 3. Dialog Motywujący (DM)

DM jest ukierunkowaną rozmową, w której prowadzący dąży do tego, aby wywołać u rozmówcy (klienta) motywację do zmiany i wzmocnienie jej. DM towarzyszy specyficzna atmosfera, tzw. duch dialogu motywującego, który przejawia się troską o dobro klienta, okazywaną mu akceptacją, stałą współpracą i dbałością o to, by stworzyć przestrzeń, gdzie klient wymienia powody zmiany<sup>20</sup>. DM jest sposobem komunikowania opartym na współpracy, w którym zwraca się szczególną uwagę na język zmiany. Zamierzeniem DM jest umocnienie osobistej motywacji i zobowiązania do osiągnięcia konkretnego celu przez wydobycie i zbadanie u osoby jej własnych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji i współczucia<sup>21</sup>.

W pracy wykorzystującej DM obowiązują trzy podstawowe zasady:

1. **Wyrażanie empatii przez zdolność odczuwania doświadczeń** (np. bólu lub przyjemności) drugiej osoby, tak jak ona je przeżywa. Chodzi także o umiejętność usłyszenia i poczucia nawet tego, czego klient nie mówi wprost, o skupieniu się na znaczeniu, jakie mają przeżycia klienta dla niego samego.
2. **Rozwijanie ambiwalencji przez poszukiwanie i poznawanie wewnętrznych przekonań i uczuć klienta na temat tego, jakie znaczenia ma wprowadzenie zmiany dla niego samego.** W szczególności ważne jest poznawanie istotnych dla niego wartości i tego, jak postrzega siebie, wydobycie rozbieżności między jego

---

<sup>20</sup> S. R. Andrew, *Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych*, w: *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015, s. 73.

<sup>21</sup> W. R. Miller, S. Rolnick za: S. R. Andrew, *Dialog...*, s. 74.

obecnym postępowaniem a wartościami, które są dla niego ważne, nacisk położony jest na podkreśleniu tej wewnętrznej sprzeczności.

3. **Wspieranie poczucia sprawczości przez podtrzymywanie wiary klienta w jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań i wpływania na własne życie**, podkreślanie decyzji, które podejmuje (wspierania autonomii), by spełnić własne marzenia, pragnienia i osiągnąć cele wynikające z jego wartości; wzmacnianie wiary klienta w jego zdolność do spełniania własnych marzeń.<sup>22</sup>

Wymienione powyżej zasady odnoszą się do celów, które powinny zostać osiągnięte w trakcie DM. Są nimi:

1. Budowanie więzi.
2. Rozwiązywanie ambiwalencji.
3. Umacnianie klienta.

DM odbywa się przy wykorzystaniu kilku podstawowych pojęć<sup>23</sup>:

1. **Wiosła (OARS)**, którymi są:
  - a. pytania otwarte,
  - b. dowartościowania,
  - c. odzwierciedlenia,
  - d. podsumowania.

Stosowanie wiosła w sposób motywujący pozwala klientowi poczuć się wysłuchanym i zrozumianym na tyle, że będzie zdolny do podjęcia i kontynuowania pracy w kierunku zmiany.

## 2. Ambiwalencja

W DM chodzi o dotarcie z klientem do momentu, w którym jest zaalarmowany przeżywaną ambiwalencją (tym, gdzie jest w porównaniu z tym, gdzie chce być).

## 3. Opór i język podtrzymania

---

<sup>22</sup> Tamże, s. 75-76.

<sup>23</sup> Tamże, s. 76-95.



Opór jest związany z określonymi uczuciami i zachowaniami, które zachodzą w relacji interpersonalnej i wynikają z braku współpracy lub wzajemnych nacisków. Natomiast język podtrzymania tworzą te wypowiedzi klienta, w których podkreśla, dlaczego nie może się zmienić, dlaczego nie warto się starać albo jakie są dobre strony obecnej sytuacji. Istotą pracy z klientem jest praca z oporem i językiem podtrzymania – wydobyć od klienta jego własnych argumentów za tym, dlaczego warto podjąć zmianę.

#### **4. Język zmiany**

Zadaniem osoby prowadzącej DM jest bazowanie na tych elementach języka klienta, które wskazują na dążenie do podjęcia zmiany, jak również wzmacnianie języka zmiany.

#### **5. Język zobowiązania**

Język zobowiązania zwiastuje zmianę zachowania. Zadaniem prowadzącego DM jest rozpoznanie, że słyszy język zobowiązania i umocnienie klienta w zobowiązaniu, Istotne jest przy tym, że dostrzeżenie języka zmiany wzmacnia język zobowiązania.

Zasady Dialogu Motywującego omówiono szerzej w następujących pracach:

- Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.
- I. Krasiejko, J.M. Jaraczewska, Dialog Motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2012.

#### **4. Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)**

KGR stanowi nowe podejście do pracy z dziećmi, młodzieżą i całą rodziną. KGR jest spotkaniem (zebraniem, naradą) jak największej liczby członków rodziny i osób bliskich emocjonalnie rodzinie w celu podjęcia próby rozwiązania problemu, jaki dotyka rodzinę. KGR bazuje na zasadzie, w myśl której to rodzina jest najważniejszą instytucją, która jest odpowiedzialna za nią samą i jej członków, dlatego też powinna podjąć samodzielną próbę zmierzenia się z problemem, co często następuje jeszcze przed ingerencją ze strony instytucji pomocowych<sup>24</sup>. Metoda ta ma charakter innowacyjny, wykorzystuje potencjał, jaki posiada

---

<sup>24</sup> J. Przeperski, *Praca z rodziną z zastosowaniem metody Konferencji Grupy Rodzinnej*, „es.O.es” nr 2/2006, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.

rodzina w celu zaktywizowania jej członków do stworzenia bezpiecznego planu i podjęcia odpowiedzialności za jego wypełnianie. Oprócz członków rodziny oraz osób bliskich w KGR uczestniczą także specjaliści, tacy jak osoba zgłaszająca, koordynator oraz fachowcy, zajmujący się rozwiązywaniem konkretnych problemów, które dotyczą rodziny.

U podstaw KGR leży przekonanie, że rodzina stanowi szczególny system, a jej członkowie są połączeni więzami emocjonalnymi, stanowiącymi pewną siłę, potencjał, który powinien zostać uruchomiony w celu rozwiązania problemów, które ją dotyczą. Rodzina jest więc traktowana jako ekspert w swojej sprawie. KGR w szczególności może służyć w celu rozwiązania sytuacji trudnych, w jakich znalazły się dzieci. Do najważniejszych celów KGR należy zaliczyć następujące<sup>25</sup>:

- ✓ wzmocnienie rodziny w zakresie samodzielnego podejmowania decyzji i działań w sytuacjach problemowych;
- ✓ wyzwolenie w rodzinie refleksji na temat swoich mocnych i słabych stron oraz zmiany sytuacji przy wykorzystaniu swoich zasobów;
- ✓ stworzenie szerokiej sieci wsparcia dla rodziny z problemem poprzez zaangażowanie jak największej liczby członków rodziny, zarówno tych znaczących jak i mniej ważnych;
- ✓ angażowanie członków rodziny w proces konstruowania planu pomocowego poprzez podniesienie ich motywacji i uwzględnienie aktualnych możliwości systemu;
- ✓ wskazanie w rodzinie pozytywnych aspektów jej funkcjonowania i zasobów poszczególnych członków w celu konstruktywnego rozwiązania problemu;
- ✓ realizacja celów i zamierzeń stanowiących odpowiedź na potrzeby rodziny i wymagania systemu;
- ✓ unikanie przez rodzinę angażowania w jej problemy innych podmiotów i instytucji, np. sądów i restrykcyjnego rozwiązywania problemów np. poprzez umieszczenie dzieci w ośrodkach opiekuńczo – wychowawczych.

**W pracy z wykorzystaniem metody KGR można wyróżnić cztery zasadnicze etapy:**<sup>26</sup>

### **1. Zgłoszenie rodziny**

Etap ten obejmuje wstępne zakwalifikowanie rodziny znajdującej się w sytuacji problemowej do KGR, wyrażenie przez rodzinę zgody na udział w KGR oraz przydzielenie jej koordynatora.

---

<sup>25</sup> P. Zawadzki, *Konferencja Grupy Rodzinnej – nowa metoda pomocy dziecku i młodzieży w rodzinie*, dostęp online: [http://zalaczniki.ops.pl/patryk\\_zawadzki\\_tekst\\_kgr.pdf](http://zalaczniki.ops.pl/patryk_zawadzki_tekst_kgr.pdf), data wejścia: 15.09.2017.

<sup>26</sup> J. Przeperski, *Praca z rodziną...*, s. 1.

## **2. Przygotowanie konferencji**

Na tym etapie rodzina przy wsparciu koordynatora przygotowuje spotkanie, m.in. ustala listę uczestników, miejsce, godzinę spotkania. Etap ten obejmuje także działania wszystkich członków KGR związane z ich przygotowaniem się do spotkania. Ta część pracy metodą KGR jest najdłuższa i najważniejsza.

## **3. Spotkanie rodziny (konferencja rodzinna)**

Podczas spotkania zaprezentowany zostaje problem rodziny. Koordynator albo osoba zgłaszająca, prezentuje mocne strony rodziny, jak również zagrożenia dla jej funkcjonowania. Na tym etapie możliwe jest zadawanie dodatkowych pytań osobie odpowiedzialnej za rodzinę z ramienia systemu pomocy. W ramach spotkania przewiduje się także czas, w którym rodzina pozostaje sama w pomieszczeniu, w którym odbywa się konferencja. W tym czasie członkowie rodziny rozważają uzyskane informacje, poszukują optymalnych rozwiązań i w efekcie sporządzają plan rozwiązania problemu. Po tym następuje zaakceptowanie planu stworzonego przez rodzinę. Odrzucenie przez koordynatora planu może dotyczyć jedynie sytuacji związanych z brakiem zabezpieczenia podstawowych interesów dziecka. Rezultatem spotkania jest podpisanie planu działania.

## **4. Wypełniania postanowień i kontrola poczynań rodziny ze strony systemu pomocy.**

Na tym etapie koordynator ustępuje miejsca osobie zgłaszającej, której zadaniem jest kontrolowanie realizacji planu. Istotne jest, że funkcję kontrolną pełni również sama rodzina, pilnując realizacji swoich zobowiązań. Przedstawiciel rodziny zdaje relacje o postępach z wypełniania planu działania, może zaproponować ponowne zorganizowanie KGR.

Zasady Konferencji Grupy Rodzinnej omówiono szerzej w pracy:

- J. Przeperski, Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2015.

Powyższe metody nie są jedynymi, które mogą być wykorzystane w pracy z rodziną

zagrożoną problemem dziedzicznego ubóstwa. PS może zastosować również inne metodyczne sposoby działania, które mieszczą się w paradygmacie *Case Managementu*.

**DECYZJĘ O WYBORZE KONKRETNEJ METODY PRACY POWINNO POPRZEDZIĆ ROZWAŻENIE**

**NASTĘPUJĄCYCH KWESTII:**

- ✓ Czy dana metoda była już wykorzystywana w pracy z konkretną rodziną? Na ile była skuteczna?
- ✓ Czy dzięki proponowanej metodzie możliwe jest udzielenie skutecznego wsparcia wszystkim członkom rodziny, w szczególności dzieciom i młodzieży?
- ✓ Na ile dana metoda ma szansę wzmocnić motywację rodziny i jej członków do pozytywnej zmiany ich sytuacji?
- ✓ Czy dana metoda zakłada aktywny udział członków rodziny w kształtowaniu ścieżki wsparcia?
- ✓ Czy proponowana metoda wykorzystuje zasadę empowerment?
- ✓ Jak kosztochłonne jest wdrożenie danej metody (w relacji koszt – rezultat)?
- ✓ Czy możliwe jest wdrożenie proponowanej metody przy wykorzystaniu dostępnej sieci wsparcia?

Pracownik socjalny koordynujący pracę z rodziną powinien odbyć szkolenie z zakresu wdrożenia Modelu, w ramach którego przewidziane jest przeszkolenie z szeroko rozumianej pracy metodą indywidualnego przypadku i tworzenia indywidualnych projektów socjalnych. Wdrożenie Modelu może również wymagać innych szkoleń. Dodatkowo, jako wzmocnienie i podniesienie kompetencji pracowników socjalnych, proponuje się wprowadzenie superwizji, jak również grup edukacyjnych opartych na metodzie *Study Circle* (SC).

Szczegółowe omówienie metody *Study Circle* można znaleźć w opracowaniu:

- A. Kłuszo i in., *Study Circle*. Szwedzka metoda edukacji dorosłych, Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS, dostęp online: <http://www.studycircle.pl/edukacja/zobacz/Podrecznik-Study-Circle>.

## REKOMENDACJA

Rekomendowane szkolenia dostępne na rynku:

- ✓ wykorzystanie narzędzi analizy, diagnozy i ewaluacji rekomendowanych do wykorzystania w Modelu;
- ✓ praca z klientem/rodziną w oporze – wspomaganie w procesie zmian, przygotowanie do zmiany, wspieranie w dokonaniu zmiany i jej utrwalanie, przewycięzania oporu przed zmianą, metody i techniki motywowania w pracy socjalnej;
- ✓ wykorzystanie Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach i Dialogu Motywującego w pracy z rodzinami;
- ✓ praca metodą Konferencji Grupy Rodzinnej;
- ✓ mediacje i negocjacje w pracy socjalnej;
- ✓ opracowanie i negocjowanie z klientem/rodziną założeń Indywidualnego Projektu Socjalnego i kontraktu socjalnego (analiza SWOT sytuacji rodziny, określanie celów, działań, przewidywanych efektów, nawiązywanie współpracy środowiskowej);
- ✓ wykorzystanie metody Study Circle w samokształceniu i doskonaleniu pracowników socjalnych;
- ✓ *Case Management* i nawiązywanie partnerstw.

## 3.2. ROLA RODZINY W KREOWANIU ŚCIEŻKI WSPARCIA

Jednym z podstawowych założeń opracowanego Modelu jest zapewnienie aktywnego udziału rodziny egzystującej na terenie pogórnym w procesie planowania i realizacji działań na rzecz poprawy ich sytuacji, z uwzględnieniem celu, jakim jest przeciwdziałanie procesom wielopokoleniowego dziedziczenia ubóstwa. Realizacja tego założenia odbywa się w oparciu o szereg zasad stanowiących podstawy systemu pomocy społecznej oraz pracy socjalnej. Jako kluczowe w Modelu przyjęto:

1. **Zasadę pomocniczości**, według której istotą pomocy społecznej jest dążenie do zaangażowania w proces pomagania przede wszystkim osoby i rodziny.
2. **Zasadę empowermentu**, według której działania podejmowane przez instytucje pomocowe zmierzają do upodmiotowienia, wzmocnienia lub odzyskania poczucia kontroli oraz wpływu na środowisko zewnętrzne w celu uczynienia z osób i rodzin aktywnych członków społeczności.

- 3. Zasadę partnerstwa i partycypacji**, według której osoba korzystająca ze wsparcia jest równorzędnym partnerem procesu pomocowego, a jej decyzje i wybory powinny być uwzględniane zarówno na etapie planowania wsparcia, jak i jego realizacji.

Tak zdefiniowane w ramach Modelu zasady systemu pomocy społecznej przekładają się na szczegółowe zasady postępowania pracownika socjalnego w relacji z rodziną. Jako standard przyjęto zasady pracy socjalnej opracowane przez Ryszarda Szarfenberga.

- 1. Zasada akceptacji podopiecznego** oparta na tolerancji, poszanowaniu godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych. Zasada ta jest realizowana w kontaktach indywidualnych oraz w ramach spotkań Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny, w których uczestniczą rodziny.
- 2. Zasada indywidualizacji**, czyli podmiotowego podejścia do klienta, jego niepowtarzalnej osobowości, z jego prawami i potrzebami. Ucieleśnieniem tej zasady jest prawo do współdecydowania osób o uzyskiwanych formach wsparcia oraz stopniu zaangażowania się w realizację działań, uwzględniając cechy i możliwości indywidualne.
- 3. Zasada poufności** – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem sytuacji i okoliczności wynikających z przepisów obowiązującego prawa). Zasada ta jest realizowana jako ogólna zasada prowadzenia działań w systemie pomocy społecznej.
- 4. Zasada prawa do samostanowienia** – prawo klienta do wolności i odpowiedzialności za swoje życie – jest realizowana poprzez umożliwienie swobodnego podejmowania decyzji o przystąpieniu do realizacji Indywidualnych Projektów Socjalnych oraz kierunkach działań, jakie będą podejmowane w ich ramach i formach aktywności rodziny.
- 5. Zasada współodpowiedzialności za proces zmiany** – odpowiedzialność tę ponosi zarówno pracownik służby społecznej, jak również rodzina i poszczególni jej członkowie. Stanowi element upodmiotowienia strony, której poziom aktywności i współdecydowania powinien ulegać zwiększeniu wraz z udzielanym wsparciem. Jest zarazem przejawem wykorzystania w systemie pomocy społecznej zasady empowermentu.
- 6. Zasada solidarności**, stanowiąca odbicie założenia, iż w obliczu problemów wykraczających poza system rodzinny jednostka jest zbyt słaba, aby samodzielnie

rozwiązywać problemy społeczne; muszą one być rozwiązywane przy wsparciu grupy, w ramach wspólnot lokalnych tworzących odpowiednią infrastrukturę pomocy

7. i integracji społecznej. Zasada ta jest realizowana jako element kluczowy działań w ramach Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny.
8. **Zasada wzmacniania kompetencji i możliwości rozwojowych klienta** – wyposażenie w wiedzę i umiejętności niezbędne do samodzielnego funkcjonowania stanowi jedno z podstawowych założeń IPS, w ramach których oferowanej jest wsparcie dla rodziny w różnych formach – zależnie od indywidualnych potrzeb członków.
9. **Zasada udostępniania zasobów** – rodzina ma możliwość, przy wsparciu pracownika socjalnego – *Case Managera*, poszukiwania możliwości zaspokojenia uzasadnionych potrzeb, które wskazuje na etapie definiowania problemu oraz opracowania IPS. Stanowią one formułę, w ramach której możliwe jest udostępnienie szerokich zasobów – zarówno będących w dyspozycji systemu pomocy społecznej, jak i pozostałych instytucji działających w ramach utworzonej sieci.
10. **Zasada neutralności** – poszukiwanie przyczyn i sposobów rozwiązań związanych z powodem, dla którego osoba/rodzina korzysta z usług pomocy i integracji społecznej, niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez osoby pomagające i odbiorców tych usług. Zasada ta jest szczególnie istotna na etapie kwalifikowania uczestników działań pomocowych w ramach IPS.
11. **Zasada obiektywizmu (nieoceniań)** – wszechstronne, oparte na profesjonalnej wiedzy rozpatrywanie każdej sytuacji, niedokonywanie osądów podczas analizy sytuacji, która jest przyczyną korzystania przez osoby/rodziny z usług pomocy i integracji społecznej. Zasadą tą w szczególności kierują się pracownicy socjalni na etapie diagnozy.
12. **Zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków** – uwzględnienie w postępowaniu pomocowym korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego. Wszystkie działania projektowe kierowane są zarówno do rodziny jako systemu, jak i indywidualnie, do poszczególnych członków.

Zasady pracy socjalnej omówiono szerzej w pracy:

- R. Szarfenberg, Standardy pracy socjalnej. Wprowadzenie, dostęp online: [[http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie\\_2601.pdf](http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie_2601.pdf)]

W aspekcie praktycznym, przyjęte zasady przekładają się na rolę rodziny i relacje rodzina – przedstawiciele instytucji w procesie kreowania przedstawionej poniżej ścieżki wsparcia.

### **1. Pierwszy kontakt. Zrozumienie potrzeby/oczekiwania rodziny**

Uwzględniając kluczową rolę rodziny w procesie włączania się w realizację działań ramach Modelu należy przyjąć, że nawiązanie kontaktu stanowić będzie ważny element budowania i trwałości relacji i często decydować będzie o zaangażowaniu się rodziny, a w efekcie o ostatecznych rezultatach podejmowanych działań. Z perspektywy metodycznego działania w ramach pracy socjalnej etap ten definiowany jest jako zgłoszenie/ poznanie oczekiwania lub życzenia. Następuje ono de facto przed stwierdzeniem, czy rodzina spełnia kryteria objęcia wsparciem w ramach Modelu, stąd niezwykle ważne jest, by wszyscy pracownicy wykazywali zaangażowanie oraz byli przygotowani do realizacji tego wstępnego etapu budowania relacji.

Zakłada się, że zgłoszenie następuje w jednej z trzech form:

- a) zgłoszenie oczekiwania przez osobę zainteresowaną bezpośrednio pracownikowi; zapoznanie się z oczekiwaniem przez pracownika socjalnego;
- b) zgłoszenie oczekiwania przez osobę zainteresowaną osobie innej niż pracownik socjalny (kontakt osobisty lub telefoniczny);
- c) pośrednie zgłoszenie oczekiwania (osoby trzecie, e-mail, poczta).

Niezależnie od formy zgłoszenia, należy przyjąć, że na tym etapie brak jest jeszcze możliwości zakwalifikowania osoby/rodziny do wsparcia w ramach modelu. Zazwyczaj też rodzina nie jest w stanie zdefiniować swoich oczekiwań poza oczekiwaniami materialno-finansowymi, które stanowią najczęściej podstawowy bodziec do zgłoszenia się po pomoc. Na etapie zgłoszenia życzenia, rodzina – zazwyczaj poprzez swego reprezentanta – dokonuje wstępnej samodefinicji przyczyn trudnej sytuacji, w jakiej się znalazła (lub zaprzecza przyczynom wskazywanym przez osoby z zewnątrz, jeśli do zgłoszenia doszło bez udziału osoby/rodziny). Zgłoszenie osobiste jest też symptomem pewnego poziomu motywacji, jaką posiada rodzina, choć ukierunkowanie tej motywacji nie jest jeszcze oczywiste. Podczas formułowania życzenia, rodzina może także wskazać na potrzeby oraz okoliczności



uzasadniające zaproponowanie jej odmiennego od standardowego podejścia w pracy, jakim jest opracowany Model. Oferta ta powinna jednak wypływać ze znajomości rodziny i środowiska. Oczywiście w większości przypadków środowiska rodzin dotkniętych lub zagrożonych wielopokoleniowym ubóstwem nie tylko są znane pracownikom socjalnym, ale także rodziny te znają zasady i mechanizmy działania instytucji pomocowych. Stąd zgłoszenie się rodziny do objęcia wsparciem może wynikać już ze wstępnej deklaracji chęci udziału w proponowanych w Modelu formach wsparcia. Ułatwi to zdecydowanie porozumienie i wzajemne zrozumienie się przedstawiciela/przedstawicieli rodziny z pracownikiem socjalnym, do którego zadań należy dokładne wyjaśnienie wszelkich wątpliwości klienta. Jednocześnie istotne jest, by o oczekiwaniach rozmawiać nie tylko z przedstawicielem rodziny, ale także z każdym z jej członków. Jest to szczególnie ważne, gdyż w przypadku rodzin przeżywających różnego rodzaju problemy w funkcjonowaniu rola przedstawiciela rodziny sprowadza się nie tylko do pośredniczenia, ale także do chronienia ewentualnych tajemnic rodziny, o których nie jest ona gotowa rozmawiać w pierwszym kontakcie.

## 2. Opis sytuacji i ocena/diagnoza

Zebranie informacji stanowiącej podstawę do oceny sytuacji rodziny odbywa się z jej aktywnym udziałem. Zgoda klienta na dokonanie oceny sytuacji jest tu niezwykle ważna, a zrozumienie celów dokonywanej oceny może mieć wpływ na jakość i wartość zebranych informacji. We wstępnym etapie dokonuje się zebrania informacji stosunkowo łatwo dostępnych (rodzinny wywiad środowiskowy, arkusze samooceny klienta, rozmowa z klientem i członkami rodziny, obserwacja bezpośrednia, w tym w oparciu o arkusze obserwacji, analiza dokumentów, informacje z najbliższego środowiska), dotyczących kwestii podstawowych, jak:

- ✓ struktura rodziny,
- ✓ jej funkcjonowanie w podstawowych obszarach życia codziennego,
- ✓ relacje rodziny z otoczeniem, zewnętrznym, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji dzieci.

Zbierane w ten sposób informacje są kluczowe do pozyskania zgody rodziny na objęcie pracą socjalną w formule przyjętej w Modelu oraz podjęcia decyzji o zakwalifikowaniu rodziny – tj. spełnieniu przez nią przyjętych kryteriów.

Tak sformułowana wstępna ocena/diagnoza ewoluuje następnie w relacji pracownik socjalny – specjalista ds. sieci wsparcia. W odniesieniu do proponowanego rozwiązania systemowego ocena diagnoza sytuacji konkretnej rodziny osadzona zostaje na tle opracowanej wcześniej diagnozy społecznej/środowiskowej dla danego obszaru oraz uwzględnionych w niej specyficznych aspektach funkcjonowania danej społeczności (zasobach, możliwościach). Także tutaj szczególną wagę przykładają się do czynników (np. zasobów i barier) mający istotny wpływ na sytuację najmłodszego pokolenia, przyczyniających się do utrwalania lub przełamania mechanizmów dziedziczenia ubóstwa.

Uzyskany obraz sytuacji rodziny jest podstawą do dobrania odpowiednich specjalistów do pracy z rodziną w ramach ZIDR, którego jednym z podstawowych zadań jest wypracowanie z udziałem rodziny oceny/diagnozy na potrzeby indywidualnego projektu socjalnego.

Na tym etapie ocena/diagnoza powinna być formułowana w oparciu o różne narzędzia. Powinny one pozwolić na uzyskanie obrazu sytuacji, istotnego z punktu widzenia oczekiwań rodziny, w tym w szczególności (z uwagi na cele Modelu) obrazu sytuacji dziecka w rodzinie. Wraz ze wskazywaniem przez rodzinę kolejnych obszarów trudności, potrzeb i barier zaplanowano wykorzystanie różnego rodzaju narzędzi diagnostycznych bazujących na doświadczeniach wynikających z opracowanych standardów, przy czym decyzję o zastosowaniu narzędzia na danym etapie pracy podejmuje wspólnie rodzina wraz z pracownikiem – *case managerem* lub z członkami Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny na późniejszym etapie pracy z rodziną. Możliwe jest zatem odstępianie od określonego narzędzia lub przeniesienie badania określonego obszaru na inny, bardziej dogodny dla rodziny termin. Zadaniem Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny będzie więc także stałe pogłębianie i weryfikowanie diagnozy w oparciu o informacje pozyskiwane od rodziny lub pojawiające się w związku z realizowanym planem wsparcia (indywidualnym projektem socjalnym). Poszczególni specjaliści pracujący z rodziną (pedagodzy, psychologowie, reprezentanci różnych podmiotów i instytucji) będą także mogli przygotowywać opinie na potrzeby pracy z rodziną. Zadaniem zespołu jest także zintegrowane oddziaływanie „na” rodzinę i budowanie dla niej sieci wsparcia z jej aktywnym udziałem. W przypadku stwierdzenia istotnych deficytów po stronie środowiskowego wsparcia rodziny informacja taka powinna stać się bodźcem dla specjalisty ds. sieci wsparcia do rozbudowania oferty we współpracy z lokalnymi partnerami – w miarę posiadanych możliwości.

**WŚRÓD PROPONOWANYCH NARZĘDZI DIAGNOSTYCZNYCH ZNAJDUJĄ SIĘ – MIĘDZY INNYMI:**

- ✓ wywiad z rodziną z dziećmi;
- ✓ genogram rodziny;
- ✓ ekogram rodziny;
- ✓ ankieta umiejętności wychowawczych;
- ✓ arkusz obserwacji dziecka małego (od 0 do 3 roku życia);
- ✓ analiza czynników ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie wobec dziecka;
- ✓ arkusz diagnostyczny przemocy w rodzinie wobec dzieci;
- ✓ arkusz oceny zagrożenia rozwoju dziecka.

Wykorzystane narzędzia stanowią załącznik do diagnozy, co zostaje odnotowane w odpowiedniej pozycji druku indywidualnego projektu socjalnego.

Zbieranie informacji – zwłaszcza do diagnozy „genetycznej”, odpowiadającej na pytanie o przyczyny obecnego stanu, oparte jest na zaufaniu klienta – nieufność stanowi barierę w pozyskaniu wiarygodnych informacji. Rodzina jednak nie może być przymuszana do udzielania informacji stanowiących pewnego rodzaju wewnętrzne tajemnice systemu rodzinnego. Dążenie do zebrania informacji za wszelką cenę jest postrzegane jako „wchodzenie z butami” w sferę prywatną, nierzadko intymną. Dlatego założono w Modelu, że zbieranie informacji do oceny diagnozy jest procesem. Rodzina udziela tych informacji – początkowo ogólnych, stanowiących obszary bezpieczne, których jest gotowa udzielić. Niezwykle istotne jest tu podejście zespołowe do pracy z rodziną, należy bowiem pamiętać, że przy ograniczonych możliwościach kadrowych może zaistnieć potrzeba dobrania pracownika, który z przyczyn indywidualnych – leżących po stronie rodziny – będzie jej odpowiadał jako partner procesu pomocowego.

Ocena/diagnoza (jako produkt) stanowi narzędzie pracy pracownika socjalnego, określające zebrane przyczyny trudnej sytuacji życiowej oraz źródła tych przyczyn, mocne strony i zasoby środowiska, słabe strony oraz ograniczenia, przeszkody i bariery w środowisku (ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki terenu pogórniczego). Bez współpracy rodziny nie byłoby możliwe stworzenie obrazu rzeczywistości, w jakiej funkcjonuje rodzina z jej perspektywy. Perspektywa ta może odbiegać od obiektywnej rzeczywistości, jednak stanowi ona pewnego rodzaju konstrukt w świadomości członków rodziny mogący sam w sobie stanowić zarówno ograniczenie, jak i czynnik wspierający proces zmiany ze względu na wpływ tego postrzegania na motywację do zmiany.

### 3. Wyznaczanie celów działania

W efekcie zdefiniowania problemów i przyczyn trudnej sytuacji życiowej, możliwe jest wypracowanie odpowiadających im celów. Zgodnie z metodologią pracy socjalnej, cel stanowi przewidywalny, wymierny, pożądany stan rzeczy, jaki może zostać osiągnięty dla poprawy sytuacji życiowej w środowisku rodzinnym. Wyznaczenie celów jest warunkiem skuteczności działań podejmowanych zarówno przez rodzinę, jak i instytucje pomocowe. Zakłada wskazanie głównych kierunków, w jakich podążać będzie rodzina w ramach udzielanego jej wsparcia. Ze względów motywacyjnych, cele powinny być atrakcyjne dla rodziny, a ich formułowanie powinno odbywać się z przeważającym jej udziałem. Wybór celu należy głównie do rodziny, pracownik pełni jedynie rolę moderatora, poprzez stwarzanie możliwości sformułowania celów z zachowaniem systemów wartości i oczekiwań rodziny. Należy wskazać, że na tym etapie internalizacja celów przez rodzinę – jako odpowiadających ich potrzebom i oczekiwaniom oraz atrakcyjnych i możliwych do osiągnięcia (jako źródło motywacji) – odgrywa ważną rolę dla dalszej realizacji wsparcia. Pracownik odpowiada za ujęcie celów w sposób zgodny z podejściem SMART.

### 4. Plan pracy z rodziną – indywidualny projekt socjalny

W zasadzie pracy rodziny przy współpracy pracownika socjalnego – *case managera* wraz z zespołem specjalistów, przy wsparciu instytucji i organizacji społecznych – w ramach proponowanego Modelu ma charakter indywidualnego (rodzinnego) projektu socjalnego. Formuła IPS nie wyklucza stosowania innych narzędzi (umowa, kontrakt socjalny), w zależności od potrzeb i możliwości rodziny. W ustalaniu planu działania niezbędny jest udział rodziny, która nie tylko wyznacza główne cele (o czym była mowa wcześniej), ale także dokonuje ostatecznego wyboru instrumentów/usług proponowanych w ramach działań ZIDR. W przypadku potrzeby włączenia działań, w które rodzina nie jest gotowa się zaangażować, możliwe jest stosowanie różnego rodzaju technik oddziaływania motywacyjnego, jednak ostateczna decyzja co do akceptacji planu (IPS) należy do rodziny lub pojedynczych jej członków. Przy tym ZIDR oraz poszczególni jego członkowie zachęcają i motywują osoby korzystające ze wsparcia do poszukiwania samodzielnych rozwiązań i wychodzenia z własnymi propozycjami, urealnając je poprzez wskazywanie możliwego do uzyskania pakietu usług.

Planowanie uzależnione jest od mocnych i słabych stron oraz od zasobów i deficytów środowiska – od tych czynników zależy liczba oraz stopień trudności zadań planowanych do

realizacji oraz stopień zaangażowania instytucji i sieci wsparcia w rozwiązywanie pojawiających się problemów.

## 5. Realizacja planu

Uwzględniając zasadę pomocniczości, głównym realizatorem działań w przyjętych IPS jest rodzina. Udzielana przez pracowników pomoc ma na celu wzmocnienie zasobów lub ograniczenie barier, natomiast świadczone w formie usług wsparcie pełni funkcje kompensacyjne, wzmacnia motywację oraz przyspiesza proces wychodzenia z sytuacji problemowej poprzez odbudowę zasobów rodziny i wzmocnienie jej potencjału.

W procesie realizacji planu często następuje ponowna weryfikacja celów działania – rodzina może tracić zainteresowanie osiągnięciem określonego celu (brak lub pozorna motywacja), cele mogą zostać błędnie lub nietrafnie sformułowane, czy wreszcie mogą okazać się nieosiągalne (w ogóle lub na danym etapie pracy z rodziną). Współpracując z zespołem specjalistów (Zespołem Interdyscyplinarnym ds. Rodziny), jak również z pracownikiem pełniącym funkcję *case managera*, rodzina otrzymuje na bieżąco informacje zwrotne o postępach w realizowanych działaniach lub ich braku. Z rodziną szczegółowo omawiane są także problemy i trudności w realizacji poszczególnych działań oraz dokonywany jest wybór alternatywnych docelowych rozwiązań, mających na celu efektywną realizację działania.

## 6. Ocena rezultatów

Jako etap weryfikujący stopień osiągnięcia celów ocena rezultatów stanowi podsumowanie procesu wspierania rodziny, adekwatności podjętych działań, ich skuteczności i wartości osiągniętych rezultatów. Ocena może być okresowa lub końcowa.

W tym ostatnim przypadku dotyczy porównania zmian, jakie nastąpiły w sytuacji między początkiem a zakończeniem realizacji IPS. Ocena rezultatów jest także pewnym elementem procesu renegocjacji warunków dalszej współpracy z rodziną – stąd też dokonywana jest zarówno przez wszystkie osoby, które brały udział w działaniach na rzecz wyjścia rodziny z trudnej sytuacji życiowej (np. specjaliści, konsultanci, wolontariusze), jak również w formie samooceny rodziny. Wyniki oceny są porównywane i prezentowane z udziałem rodziny. To ona bowiem przede wszystkim musi dostrzec i ocenić zmiany, jakie nastąpiły w jej sytuacji życiowej.

Oceny dokonuje się w oparciu o Kartę Monitoringu i Ewaluacji Indywidualnego Projektu Socjalnego. W przypadku zmiany celów i zadań istnieje konieczność ponownego wypełnienia jednej z tabel zawartych w druku IPS (pkt. 3.3 IPS).

## **7. Zakończenie wsparcia w ramach IPS**

Zakończenie wsparcia może nastąpić w związku z:

- ✓ zaprzestaniem przez rodzinę współpracy z pracownikiem socjalnym,
- ✓ zakończeniem działania po ustalonym czasie trwania lub po osiągnięciu zamierzonego celu.

Decyzja o zakończeniu wsparcia wynika zatem zawsze z decyzji rodziny lub decyzji rodziny podjętej wspólnie z zespołem wyznaczonych do współpracy specjalistów. Zakończenie udziału we wsparciu w ramach modelu nie wyklucza kontynuacji wsparcia w innych formach pracy z rodziną nad rozwiązaniem innych, dotychczas nie podejmowanych obszarów. W przypadku dalszej pracy z rodziną, która zaprzestała współpracy w ramach IPS, możliwe jest podejmowanie działań motywacyjnych dotyczących ponownego włączenia w działania interdyscyplinarne.

## **3.3. INDYWIDUALNY PROJEKT SOCJALNY JAKO KLUCZOWE NARZĘDZIE W PRACY Z RODZINĄ**

Funkcjonujące dotychczas rozwiązania organizacyjne w zakresie pracy socjalnej z rodzinami wieloprogowymi dotkniętymi lub zagrożonymi zjawiskiem dziedziczenia ubóstwa okazują się niewystarczająco skuteczne – uwzględniając wskaźniki efektywności kosztowej, jak i długotrwałe efekty społeczne zaniechania podejmowanych działań. Dlatego też poszukując rozwiązań, które w sposób innowacyjny podeszłyby do kwestii pracy z rodziną z zachowaniem systemowej perspektywy postrzegania rodziny, zdecydowano się na sięgnięcie po dotychczas słabo wykorzystane narzędzie w pracy pracownika socjalnego, jakim jest projekt socjalny.

Projekt socjalny stanowi formę/narzędzie realizacji pracy socjalnej ze społecznością, grupą, rodziną lub osobą. Zgodnie z przyjętą ustawowo (art. 6 ust. 18 Ustawy o pomocy społecznej – Dz.U. z 2016 poz. 930 z późn. zm.) definicją, jest zbiorem działań mających na celu poprawę sytuacji życiowej osób, rodzin grup zagrożonych ubóstwem, marginalizacją

i wykluczeniem społecznym. Z kolei art. 45.2 ww. ustawy określa, że praca socjalna może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny lub projekt socjalny.

Przy tak sformułowanej definicji możliwa jest realizacja projektów socjalnych na różnych płaszczyznach:

- 1. Projekty Socjalne Systemowe** – dotyczące rozwiązywania pewnego problemu określonej grupy społecznej (np. problemu bezrobocia na terenie gminy)
- 2. Projekty Socjalne Instytucjonalne** – związane z realizacją w ramach konkretnej jednostki organizacyjnej, np. świetlicy, którego odbiorcami będą osoby zagrożone określonym problemem korzystające ze wsparcia danej jednostki
- 3. Projekty Socjalne Indywidualne** – będące narzędziem pracy socjalnej z rodziną wieloprotblemową

W ramach przyjętego Modelu następuje opracowanie indywidualnego projektu socjalnego (IPS), będącego odpowiedzią na zdiagnozowane potrzeby rodziny, w ramach którego zakłada się interdyscyplinarny charakter udzielanego wsparcia. Oznacza to, że poza klientem i pracownikiem socjalnym w opracowaniu i realizacji projektu uczestniczą inni specjaliści reprezentujący różne kompetencje, a także instytucje i organizacje społeczne (np. psychologowie, pedagodzy, lekarze, wolontariusze, doradcy zawodowi itd.), tworzący wspólnie Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny.

Zaproponowane w Modelu rozwiązanie ma na celu wdrożenie koncepcji realizacji Indywidualnych Projektów Socjalnych jako narzędzi wpisujących się w etapy postępowania metodycznego z osobą, rodziną, ale także ze środowiskiem lokalnym będącym przedmiotem zainteresowania pracowników socjalnych w opracowanym Modelu – gdzie beneficjentami działań są zarówno członkowie rodzin dotkniętych lub zagrożonych zjawiskiem dziedziczenia ubóstwa, jak również całe społeczności, w których funkcjonują.

Bazą wyjściową do zaproponowanego rozwiązania są opracowania zawarte w publikacjach powstałych w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Pracownik socjalny – *Case Manager* inicjuje poszczególne etapy/kroki oraz moderuje je, kierując się przy tym zasadą empowermentu. Klient angażowany jest w proces

podejmowania każdej decyzji, po zapoznaniu się z wszystkimi aspektami możliwych rozwiązań ma wpływ na kierunki działań – rolą pracownika jest wspieranie tego procesu, upewnianie klienta, ale także motywowanie do aktywności i zaangażowania. Z uwagi na interdyscyplinarny charakter proponowanego w Modelu wsparcia, część działań odbywać się może bez bezpośredniego zaangażowania klienta, ale istotą przyjętych rozwiązań jest pełna wiedza klienta o podejmowanych działaniach oraz możliwość swobodnego podejmowania decyzji.

Opracowanie indywidualnego projektu socjalnego następuje równolegle do wprowadzania rodziny (zebrane na tym etapie informacje będą wykorzystywane w trakcie konceptualizacji IPS), a sam IPS jest realizowany w ramach wszystkich niemal kroków realizacji proponowanego rozwiązania modelowego, choć właściwe sformułowanie IPS następuje dopiero w wyniku wypracowania pogłębionej diagnozy, wyznaczenia celów oraz działań służących ich realizacji, na etapie pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny.

Wraz z pojawieniem się rodziny następuje wstępne zdefiniowanie trudności, z jakimi się boryka. Stanowi ono punkt wyjścia do realizacji podstawowego etapu działania metodycznego, jakim jest sformułowanie oceny/diagnozy. W odniesieniu do proponowanego rozwiązania systemowego ocena diagnoza sytuacji konkretnej rodziny osadzona zostaje na tle opracowanej wcześniej diagnozy społecznej/środowiskowej dla danego obszaru oraz uwzględnionych w niej specyficznych aspektach funkcjonowania danej społeczności (zasobach możliwościach).

Na diagnozę rodziny, niezbędną do sformułowania Indywidualnego projektu socjalnego, składa się:

- rozpoznanie sytuacji związanej z problemem,
- pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem,
- opracowanie diagnozy we współpracy z osobą/rodziną.

### **Realizacja projektu odbywa się w trzech fazach:**

- 1. Faza konceptualizacji** – ma charakter procesualny, czyli nic nie jest gotowe z góry, również cele, do których sformułowania dochodzi się dopiero po pewnym czasie analiz i dyskusji (a więc także opisu i analizy sytuacji życiowej klienta). Rodzina ma możliwość



zredefiniowania celów w wyniku lepszego zrozumienia swojej sytuacji w kontakcie z określonym specjalistą, jak również zmiany własnych oczekiwań.

- 2. Faza operacjonalizacji** – etap realizacji projektu, czyli wdrożenia zaplanowanych działań oraz sukcesywne osiągnięcie celu głównego i pozostałych celów. W ramach Modelu zadanie to jest realizowane w ramach pracy pracownika socjalnego – *Case Managera* oraz Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny. Tutaj specjaliści mają okazję wpływać na zachowania i realizację zadań przez rodziny, ale przede wszystkim istnieje możliwość bezpośredniego zaangażowania się osób i udzielenie wsparcia w zakresie realizacji zadań. Zaangażowanie osób, towarzyszenie rodzinie w realizacji zadań, wspomaganie w wykonaniu poszczególnych działań itp., zależą głównie od stopnia samo zaradności oraz barier i zasobów poszczególnych członków rodziny.
- 3. Monitoring i ewaluacja** – stanowi ocenę stopnia osiągnięcia zamierzonych celów poprzez przyglądanie się zakładanym rezultatom/wskaźnikom. Ocena dotyczy osiągnięcia celów, zastosowanych metod, uzyskanych efektów oraz dokonanych zmian u uczestników projektu.

Indywidualny Projekt Socjalny jest formą uzgodnień dokonywanych pomiędzy realizatorami a rodziną, uwzględniających wszystkie proponowane działania – zarówno podejmowane przez rodzinę, jak i przez osoby reprezentujące instytucje, organizacje czy środowisko. Jako spisany dokument powinien on zawierać następujące elementy:

- ✓ wykaz osób realizujących projekt socjalny;
- ✓ opis sytuacji rodziny (ocena/diagnoza);
- ✓ cele projektu – cel główny i szczegółowe wraz z określeniem wskaźników rezultatów;
- ✓ zadania i harmonogram ich realizacji (plan realizacji projektu socjalnego);
- ✓ koszty realizacji poszczególnych działań lub zadań;
- ✓ formy monitorowania i ewaluacji działań (z uwzględnieniem roli Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny).

### 3.4. DZIECKO W SYSTEMIE WSPARCIA RODZINY PRZEWIDZIANEGO W RAMACH MODELU

W ramach Modelu, jednym z priorytetowych zadań *case managera* jest dokonanie wnikliwej diagnozy sytuacji dziecka w rodzinie w oparciu o informacje zebrane od osób, pod opieką których dziecko pozostaje.

Pierwszym źródłem informacji będą rodzice lub opiekunowie prawni. Następnie wiele wskazówek i trafnych uwag w przypadku dzieci przedszkolnych (3-6 rok życia) może dostarczyć nauczyciel przedszkola. Obserwując dziecko w czasie zajęć, dokonuje jego diagnozy pod względem rozwoju emocjonalnego, społecznego, fizycznego, zdrowotnego, a także dydaktycznego. Nauczyciel przedszkola potrafi ocenić funkcjonowanie dziecka w grupie rówieśniczej, zna jego mocne i słabe strony. Jest osobą dostarczającą *case managerowi* informacji, które zostaną ujęte w indywidualnym planie pracy z dzieckiem i rodziną. Wskaże obszary, które powinny być objęte korektą, a jednocześnie podkreśli mocne strony w rozwoju dziecka, zaproponuje formy pomocy dziecku w zakresie deficytów rozwojowych. Na kolejnym etapie edukacyjnym, gdy dziecko zaczyna naukę w szkole, tę samą funkcję pełni nauczyciel w nauczaniu początkowym i wychowawca w klasach starszych.

Nauczyciele i wychowawcy, korzystając ze wsparcia pedagoga szkolnego, opracowują w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, oferowanej przez szkołę, plan pomocy dziecku w obszarach, gdzie to wsparcie jest potrzebne. Proponują zajęcia wyrównawcze, pomoc świetlicy szkolnej i środowiskowej, w razie potrzeby badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej lub u specjalisty. Jednocześnie proponują zajęcia, które będą służyć rozwojowi mocnych stron dziecka i jego zainteresowań.

Informacje potrzebne do wieloaspektowej diagnozy dziecka w rodzinie *case manager* może uzyskać, kontaktując się z wychowawcą klasy, nauczycielem, pedagogiem szkolnym. W szkołach, w wyznaczonych godzinach funkcjonuje plan zebrań z rodzicami oraz konsultacji indywidualnych, w czasie których prowadzący przypadek może nawiązać kontakt z nauczycielem, wychowawcą, pedagogiem i uzyskać potrzebne informacje.

Relacja *case managera* z nauczycielem może dostarczyć też wielu wskazówek do pracy samego nauczyciela, gdyż znając sytuację rodzinną ucznia, będzie mógł lepiej zrozumieć jego zachowanie i udzielić potrzebnego wsparcia, dostosuje plan profilaktyczno-wychowawczy dla klasy, w której funkcjonuje dziecko, wyposaży dziecko w umiejętności miękkie, tj. wzmocni poczucie własnej wartości, wykształci pozytywną samoocenę. Stały przepływ informacji między *Case Managerem* a nauczycielem wpłynie korzystnie na rozwój dziecka i jego życiowe

aspiracje. Wskazane byłoby zaangażowanie pracownika szkoły w prace Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny.

Informacji o dziecku mogą dostarczyć także osoby pracujące w innych instytucjach, takich jak Placówki Wsparcia Dziennego, świetlice środowiskowe, kluby sportowe.

Praca z dzieckiem w tym Modelu przyniesie dobre rezultaty, jeżeli będzie przebiegać dwutorowo: bezpośrednio (praca z dzieckiem w instytucjach), pośrednio (praca z rodzicem). Rodzicom w rodzinach dotkniętych lub zagrożonych dziedzicznym ubóstwem brakuje bowiem kompetencji wychowawczych. W związku z tym wskazane byłoby umożliwienie uzyskania pomocy w tym zakresie.

*Case manager*, opracowując plan pracy z dzieckiem i rodziną, będzie miał za zadanie koordynowanie udzielanej dziecku pomocy, a także monitorowanie tego, czy dziecko z oferowanej pomocy korzysta. Zbierając informacje do diagnozy w placówce oświatowej, do której dziecko uczęszcza, uzyska wiedzę na temat problemów swojego podopiecznego, a także pozna możliwości oferowanej pomocy, będzie więc mógł zachęcać dziecko do skorzystania z zajęć, które wpłyną korzystnie na jego rozwój i ocenić ich efektywność.

Osoba prowadząca przypadek powinna przede wszystkim zadbać w sposób szczególny o indywidualny kontakt z dzieckiem, by od niego uzyskać informacje, które pomogą opracować plan pomocy właściwy dla potrzeb danego dziecka w rodzinie. Rozmawiając z dzieckiem, *case manager* będzie mógł ocenić sytuację rodziny, uwzględniając jego punkt postrzegania i wypracować optymalny plan wsparcia. Spotkanie należy zaplanować w takich godzinach, by zastać dziecko w domu. Ważna jest także atmosfera tych spotkań oraz sposób prowadzenia rozmowy. Rozmowa powinna mieć charakter życzliwego zainteresowania dzieckiem, nie powinna polegać na wypytywaniu go o jego problemy. Dziecko powinno wiedzieć, że pracownik jest nim zainteresowany i zaangażowany w jego sprawy, a w razie potrzeby zawsze może liczyć na jego pomoc.

### **ZASADY DOBREJ KOMUNIKACJI Z DZIECKIEM:**

- ✓ skupienie się na tym, co chce przekazać rozmówca;
- ✓ utrzymywanie kontaktu wzrokowego;
- ✓ zadawanie pytań w przypadku wątpliwości by lepiej zrozumieć;
- ✓ zainteresowanie tym, co mówi rozmówca;
- ✓ nie śpieszymy się;
- ✓ dajemy werbalne i niewerbalne sygnały, że rozumiemy to, co przekazuje nam rozmówca.

Kolejnym zadaniem *case managera* będzie zorganizowanie sieci wsparcia dla dziecka poza placówkami oświatowymi. Nie wszystkie usługi potrzebne do jego rozwoju znajdzie w szkole czy przedszkolu. Takie instytucje jak kluby sportowe, kluby osiedlowe, świetlice pozaszkolne i środowiskowe, wolontariat oferowany przez różne instytucje, porady specjalistów mogą również być wykorzystywane, by prawidłowo kształtować osobowość dziecka. Rolą *case managera* będzie korzystanie z oferty wyżej wymienionych instytucji do pracy z dzieckiem.

W przypadku młodzieży, która jest na etapie wyboru drogi dalszego kształcenia, wskazany jest kontakt z doradcą zawodowym lub z osobą, która pełni taką rolę w szkole. Można też skorzystać z pomocy instytucji, które zajmują się doradztwem zawodowym, takich jak Szkolne Ośrodki Kariery, OHP, Ośrodki Szkolenia Zawodowego, poradnie. Omówienie drogi dalszego kształcenia z doradcą zawodowym, z uwzględnieniem specyfiki sytuacji dziecka, ułatwi wybór właściwego dla niego zawodu i pokierowanie ścieżką kariery zawodowej.

W opiece nad dziećmi należałoby wspierać rodziców przez podnoszenie ich kompetencji wychowawczych, proponując im zajęcia, które wyposażą ich w podstawowe umiejętności, np. szkoła dla rodziców i wychowawców czy inne zajęcia oferowane przez szkoły, poradnie, powiatowe centra pomocy rodzinie.

Ważną kwestią jest też pomoc, motywowanie rodziców do pracy nad sobą w przypadku, gdy mają problem z uzależnieniami, stosowaniem przemocy, gdyż ich postawa ma bezpośredni wpływ na dzieci i funkcjonowanie rodziny. Wskazane są wtedy zajęcia specjalistyczne, terapia.

**PRZYKŁADOWE FORMY WSPARCIA OFEROWANE RODZICOM W ZAKRESIE WYCHOWYWANIA DZIECI:**

- ✓ udział w „Szkole dla rodziców i wychowawców”,
- ✓ udział w grupach wsparcia dla rodziców (Placówki Wsparcia Dziennego, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie),
- ✓ korzystanie z programów profilaktycznych realizowanych w szkole oraz edukacji pedagogicznej prowadzonej na spotkaniach z rodzicami,
- ✓ korzystanie z poradnictwa specjalistycznego w szkole a także w innych placówkach świadczących pomoc (psycholog, pedagog, mediator, terapeuta).

**PRZYKŁADOWE FORMY WSPARCIA OFEROWANE DZIECIOM I MŁODZIEŻY:**

- ✓ zajęcia w ramach klubu malucha (1-3 rok życia) – dzieci pozostające pod opieką nauczyciela i rodzica wspólnie się bawią i uczestniczą w proponowanych przez szkołę, przedszkole zajęciach dla dzieci i rodziców,
- ✓ wczesne wspomaganie prowadzone w przedszkolu umożliwiające wyrównywanie deficytów rozwojowych,
- ✓ zajęcia wyrównawcze dla dzieci w szkole,
- ✓ indywidualna pomoc pedagoga szkolnego,
- ✓ zajęcia dydaktyczne i wychowawcze oferowane przez świetlicę szkolną,
- ✓ szeroka oferta zajęć pozalekcyjnych, które mogą rozwijać mocne strony dziecka, jego zainteresowania, konstruktywnie zagospodarować czas wolny,
- ✓ zaangażowanie w wolontariat działający w szkole i poza nią,
- ✓ pomoc doradcy zawodowego w wybraniu zawodu i dalszej ścieżki kształcenia,
- ✓ pomoc świetlicy środowiskowej działającej w godzinach popołudniowych,
- ✓ korzystanie z zorganizowanych form wypoczynku.

W modelu mamy zamiar korzystać z wachlarza istniejących zajęć dostępnych na terenie obszaru testowania. Proponujemy realizację założeń edukacji włączającej.

Włączanie - to proces traktowania i zaspokajania różnorodnych potrzeb wszystkich uczniów **poprzez zwiększanie ich uczestnictwa w nauce, kulturze i społeczności** oraz redukcję wykluczenia z edukacji w ogóle, jak i w jej obrębie .

Dzieci i młodzież będą traktowane indywidualnie, w zależności od ich potrzeb będą dostosowane odpowiednie zajęcia a udzielona pomoc będzie miała na celu ich optymalny rozwój. Rolą specjalistów we współpracy z case managerem będzie zdiagnozowanie potrzeb dziecka, zaproponowanie odpowiednich zajęć jak również monitorowanie korzystania z nich.

### **I DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM (W TYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE) MOGĄ KORZYSTAĆ Z NASTĘPUJĄCYCH FORM WSPARCIA:**

#### **1. Zajęcia stałe:**

rytmika – zabawy muzyczno-ruchowe,  
język angielski – zabawy z językiem angielskim dla grup młodszych,  
Klub Młodego Odkrywcy – celem zajęć jest rozwijanie aktywności poznawczej dzieci, poprzez stwarzanie warunków do prowadzenia samodzielnych doświadczeń i obserwacji  
klub plastyczny „Tęcza” – rozwijanie u dzieci uzdolnień i zainteresowań artystycznych oraz ich możliwości twórczych poprzez różnorodne działania plastyczne.

#### **2. Akcje, programy, imprezy:**

Moja mała ojczyzna – wodzisławski, miejski program edukacji regionalnej,  
Kreatywna Edukacja - twórcze rozwiązywanie problemów w szkołach i przedszkolach w mieście,  
Bohater tygodnia – projekt edukacyjny realizowany jest we wszystkich grupach wiekowych przez cały rok szkolny; głównym celem projektu jest stwarzanie warunków sprzyjających rozwijaniu umiejętności społecznych, które są niezbędne w poprawnych relacjach z dziećmi i dorosłymi.  
Cała Polska czyta dzieciom  
Góra grosza  
Sprzątanie świata, Święto drzewa i Dzień Ziemi  
Biesiada Śląska – celem imprezy jest kultywowanie tradycji regionalnych, barbórkowych oraz integracja ze środowiskiem lokalnym.

## II DZIECI W WIEKU SZKOLNYM I MŁODZIEŻ (W TYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE) MOGĄ KORZYSTAĆ Z NASTĘPUJĄCYCH FORM WSPARCIA:

### 1. Projekty, programy i akcje:

- Ogólnopolskim Program Edukacyjny „ Trzymaj formę”
- Kampania „Zachowaj trzeźwy umysł”
- programy profilaktyczne finansowane przez Urząd Miasta w Wodzisławiu Śląskim „Profilaktyka uzależnień od środków psychoaktywnych oraz Internetu”(profilaktyka uzależnień),
- Akcja „Cała Polska czyta dzieciom”.

### 2. Wolontariat:

- działalność charytatywna na rzecz Adopcji Serca
- akcja „Góra grosza”
- akcja „Szlachetna paczka”
- wolontariat wśród podopiecznych seniorów domu opieki „Maja”
- WOŚP – organizacja sztabu w szkole
- wolontariat na rzecz Wodzisławskiego Ośrodka Rehabilitacji i Terapii Dzieci i Młodzieży
- wolontariat na rzecz zwierząt- zbiórki karmy
- działalność ekologiczna- zbiórki baterii, makulatury, nakrętek.

### 3. Zajęciach pozalekcyjne:

- koło fletowe
- gimnastyka korekcyjna
- lego bez tajemnic
- kółko matematyczne
- kółko z fizyki
- kreatywna plastyka
- koło savoir-vivre
- koło matematyczno-przyrodnicze
- koło czytelniczo-plastyczne
- zajęcia szachowe
- zajęcia z kreatywności
- koło ogrodnicze
- koło przyrodnicze
- szkolne koło PCK
- siatkówka
- tenis stołowy
- piłka nożna
- tajemnicza chemia
- biologia inaczej
- koło ortograficzne
- koło z języka angielskiego
- klub ładnego czytania
- efektywne doradztwo edukacyjno-zawodowe
- zajęcia z gier zespołowych. kółko religijno-biblijne
- kółko z języka angielskiego
- kółko z języka niemieckiego
- kultura krajów anglojęzycznych

### 4. Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne.

### 5. Zajęcia wyrównawcze z poszczególnych przedmiotów.

### 6. Doradztwo zawodowe.

### 3.4.3 FORMY WSPARCIA OFEROWANE RODZICOM W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECI NA TERENIE OBJĘTYM PROJEKTEM

Model pracy z dzieckiem i rodziną rekomenduje wykorzystanie poniżej wymienionych form aktywności w lokalnym środowisku. Ujęte powyżej formy pomocy są w pełni dostępne na obszarze Modelu i będą dostępne podczas jego testowania.

- ✓ „Szkoła dla rodziców i wychowawców” – zajęcia dla rodziców realizowane w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śląskim
- ✓ udział w grupach wsparcia dla rodziców (Placówki Wsparcia Dziennego, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim)
- ✓ korzystanie z programów profilaktycznych realizowanych w szkole oraz edukacji pedagogicznej prowadzonej na spotkaniach z rodzicami (Szkoła Podstawowa nr 9 w Wodzisławiu Śląskim, Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 2 w Wodzisławiu Śląskim)
- ✓ korzystanie z poradnictwa specjalistycznego w szkole (Szkoła Podstawowa nr 9 w Wodzisławiu Śląskim, Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 2 w Wodzisławiu Śląskim), a także w innych placówkach świadczących pomoc (psycholog, pedagog, mediator, terapeuta)
- ✓ wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w przypadku dzieci niepełnosprawnych (Zespół Placówek Rewalidacyjno – Wychowawczych w Wodzisławiu Śląskim, Wodzisławski Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Dzieci i Młodzieży)
- ✓ korzystanie z porad doradcy zawodowego w wybraniu zawodu i dalszej ścieżki kształcenia (Szkoła Podstawowa nr 9 w Wodzisławiu Śląskim, Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 2 w Wodzisławiu Śląskim)
- ✓ pomoc świetlicy środowiskowej działającej w godzinach popołudniowych



### **INSTYTUCJE WSPOMAGAJĄCE ROZWÓJ DZIECI I MŁODZIEŻY:**

- ✓ jednostki oświatowe (szkoły, przedszkola),
- ✓ Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne,
- ✓ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie,
- ✓ publicznie i niepubliczne placówki opieki zdrowotnej,
- ✓ organizacje pozarządowe,
- ✓ świetlice środowiskowe,
- ✓ Placówki Wsparcia Dziennego,
- ✓ Ośrodek Pomocy Społecznej,
- ✓ instytucje oferujące wsparcie w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka,
- ✓ placówki rehabilitacyjne,
- ✓ warsztaty terapii zajęciowej,
- ✓ Szkolne Ośrodki Kariery,
- ✓ OHP – Ośrodki Szkolenia Zawodowego,
- ✓ parafie.

## 4. REALIZACJA MODELU W PRAKTYCE – DZIAŁANIA PODEJMOWANE W LOKALNYM ŚRODOWISKU

---

### 4.1. ZADANIA I ROLA LOKALNEJ SIECI WSPARCIA

Model opiera się na założeniu, że skuteczne wsparcie w ramach przyjętych metod pracy wymaga współdziałania instytucji zajmujących się różnymi aspektami aktywności człowieka. Jednym z kluczowych zadań w ramach jego wdrażania będzie zatem nawiązanie (bądź rozwój już istniejącej) współpracy z podmiotami funkcjonującymi na danym obszarze poprzez stworzenie lokalnej sieci wsparcia rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczenia ubóstwa. Umożliwi ona efektywniejsze wykorzystanie potencjału i zasobów lokalnych instytucji w realizacji działań ukierunkowanych na zmniejszenie problemu dziedziczenia biedy.

#### **Forma sieci wsparcia**

Lokalna sieć wsparcia rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedziczenia ubóstwa na terenie pogórnym to wielosektorowe partnerstwo instytucji publicznych, organizacji pozarządowych, a w razie potrzeby także przedsiębiorstw, mające długofalowy (pozaprojektowy) charakter. Powinno ono zostać zainicjowane przez instytucję wdrażającą Model – ośrodek pomocy społecznej.

Partnerstwo może zostać zawiązane pomiędzy co najmniej dwoma podmiotami – inicjatorami sieci wsparcia (jedną z nich musi być OPS). W rezultacie porozumienia między partnerami powstaje sieć, która będzie powiększana poprzez dołączanie do kolejnych instytucji, chętnych do współdziałania w ramach sieci może być nawiązywana „na bieżąco”.

Główne zadania sieci to:

- ✓ wymiana informacji (np. o zasobach poszczególnych instytucji, realizowanych działaniach, odbiorcach usług);
- ✓ udostępnianie posiadanych przez członków sieci zasobów, zarówno infrastrukturalnych (np. sprzętu, pomieszczeń), jak i kadrowych (np. specjalistów, wolontariuszy) oraz finansowych;

- ✓ wspólne diagnozowanie potrzeb, planowanie, realizacja i ewaluacja wsparcia (w sposób skoordynowany i ciągły) na rzecz rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa.

Cele, zasady funkcjonowania i kooperacji w ramach sieci powinny zostać uregulowane w umowie/porozumieniu o współpracy, zawieranym pomiędzy instytucją wdrażającą Model a każdym tworzącym sieć partnerem (umowa dwustronna). Powinna mieć ona formę pisemną i być podpisywana przez przedstawicieli organów reprezentujących partnerów (kierowników, dyrektorów, członków zarządów). W ramach umowy/porozumienia powinna zostać potwierdzona chęć współpracy w ramach sieci, należy określić jej zakres, obowiązki każdego z partnerów, a także usługi, jakie każdy z nich oferuje na rzecz wspólnych klientów. W każdej instytucji wchodzącej do sieci powinien zostać wyznaczony koordynator – osoba do bieżących kontaktów, przekazywania informacji pomiędzy partnerami.

### **Kluczowe instytucje**

W sieć wsparcia mogą zostać zaangażowane różnorodne – w zależności od lokalnych uwarunkowań oraz potrzeb objętych działaniami modelu rodzin – podmioty. Jako że głównym celem współpracy jest podejmowanie działań na rzecz rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa egzystujących na terenach pogórnicych, niezbędnymi partnerami są ośrodki pomocy społecznej (występujący w charakterze inicjatorów i koordynatorów pracy sieci), placówki edukacyjne (szkoły, przedszkola), powiatowe urzędy pracy (lub inne instytucje zajmujące się aktywizacją zawodową) i podmioty zajmujące się wspieraniem i rozwojem dzieci i młodzieży.

Instytucjami, które mogą zostać zaproszone do sieci współpracy są:

- jednostki samorządu terytorialnego (urzędy miast, gmin, starostwa powiatowe);
- instytucje rynku pracy: powiatowe urzędy pracy, filie Ochotniczego Hufca Pracy, agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe, organizacje pracodawców (izby rzemieślnicze, izby gospodarcze, cechy rzemiosł);
- powiatowe centra pomocy rodzinie;
- organizacje pozarządowe;
- szkoły i inne instytucje edukacyjne;
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
- placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży;

- ośrodki kultury;
- ośrodki sportu i rekreacji;
- Policja;
- kuratorzy sądowi;
- parafie;
- biblioteki;
- spółdzielnie mieszkaniowe;
- rady dzielnic, rady sołeckie;
- punkty nieodpłatnej pomocy prawnej;
- ośrodki interwencji kryzysowej;
- placówki leczenia uzależnień;
- niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej;
- placówki wsparcia seniorów (np. dzienne domy „Senior-Wigor”, domy pomocy społecznej);
- warsztaty terapii zajęciowej;
- lokalni przedsiębiorcy;

Dobór instytucji do sieci wsparcia będzie zależny zarówno od potrzeb zdiagnozowanych w środowiskach dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa, jak również od specyfiki obszaru, na którym wdrażany jest Model – tj. od specyfiki zasobów środowiskowych w tym zakresie. Głównym kryterium decydującym o zaproszeniu instytucji do współpracy powinien być zakres jej działania (tzn. należy uzyskać informację, czy oferuje lub może oferować wsparcie na rzecz rodzin zagrożonych lub dotkniętych dziedziczeniem ubóstwa). Pod uwagę należy wziąć także jej doświadczenie oraz potencjał, np. kadrowy, instytucjonalny.

Lista podmiotów uczestniczących w sieci wsparcia nie powinna być zamknięta – w momencie pojawienia się zapotrzebowania na usługi, których nie są w stanie zapewnić tworzący sieć partnerzy, powinien zostać dobrany nowy podmiot lub podmioty oferujące potrzebne wsparcie. W razie stwierdzenia zapotrzebowania, na które nie jest w stanie odpowiedzieć żadna z lokalnych instytucji, istnieje możliwość uzupełniania niedoborów w tym zakresie poprzez angażowanie podmiotów działających ponadlokalnie lub zatrudnianie ekspertów.

Funkcję inicjatora i koordynatora działań sieci wsparcia powinien pełnić ośrodek pomocy społecznej. Będzie mieć ona jednak większe szanse oddziaływania, gdy będzie posiadała legitymizację lokalnych władz. Dlatego wskazana jest, by sieć wsparcia posiadała patronat prezydenta, burmistrza, wójta czy starosty.

### **Korzyści**

Zawiązanie i działalność lokalnej sieci wsparcia może przynieść szereg korzyści, zarówno dla jej współtwórców, jak i adresatów podejmowanych przez nią działań.

W odniesieniu do rodzin objętych działaniami Modelu, główne korzyści to:

- ✓ **lepsze dopasowanie oferty wsparcia do rzeczywistych potrzeb rodziny** poprzez dokonanie dogłębnej, wielopłaszczyznowej diagnozy potrzeb, obejmującej wiele powiązanych ze sobą obszarów;
- ✓ **możliwość korzystania z większej liczby różnorodnych i kompleksowych form wsparcia;**
- ✓ **brak szablonowości wsparcia, pomoc** dobierana jest indywidualnie dla każdej rodziny w formie pakietu usług;
- ✓ **wykorzystanie dostępnych zasobów lokalnego środowiska do budowania indywidualnej sieci wsparcia danej rodziny;**
- ✓ dzięki objęciu wsparciem pracownika socjalnego/*case managera* – **oszczędność czasu i wysiłków ze strony przedstawicieli rodzin do kontaktów z wieloma świadczącymi wsparcie instytucjami;**
- ✓ **wzmacnianie poczucia sprawstwa u członków rodzin** poprzez możliwość aktywnego włączenia się i decyzyjności w zakresie kształtowania ścieżki wsparcia (wdrażanie idei empowermentu).

### **Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny**

Lokalna sieć wsparcia działa w ramach Modelu w formie Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny (ZIDR). Jest to zespół osób o różnych specjalizacjach (przedstawicieli instytucji tworzących sieć), odpowiedzialnych za wsparcie rodziny w sensie całościowym, z nastawieniem na niesienie jej członkom pomocy w wyjściu z problemu dziedzicznego ubóstwa. Pracuje on na każdym etapie wsparcia rodzin – od diagnozy potrzeb, poprzez planowanie działań, ich

realizację, po ewaluację osiągniętych celów. Zespół jest powoływany i funkcjonuje w instytucji koordynującej wdrażanie modelu (OPS). Dla każdej rodziny powoływany jest odrębny Zespół (choć ich skład może się w przypadku wielu rodzin powielać).

ZIDR jest formą zespołu interdyscyplinarnego – do współpracy w ramach niego zostają zaproszeni, oprócz pracowników OPS (specjalista ds. sieci wsparcia i pracownik socjalny koordynujący pracę z rodziną), odpowiednio dobrani (w zależności od potrzeb, wynikających z sytuacji konkretnej rodziny) specjaliści zewnątrzni reprezentujący instytucje tworzące sieć wsparcia (np. doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, psycholog, prawnik, pracownik placówki dziennego wsparcia, asystent rodziny, wychowawca). Do ZIDR można zaprosić także nie związanych z żadną instytucją przedstawicieli lokalnego środowiska zaangażowanych we wsparcie rodziny. Skład osobowy poszczególnych ZIDR może ulegać zmianom. Może pomniejszać się o specjalistów, którzy już zrealizowali swoje cele w pracy z rodziną. Modyfikacja planu, pojawienie się nowych potrzeb i problemów może natomiast skutkować decyzją o włączeniu kolejnych specjalistów lub innych przedstawicieli rodziny. Osobą uzgadniającą (razem z pracownikiem socjalnym koordynującym pracę z rodziną) skład ZIDR oraz organizującą, moderującą i dokumentującą spotkania ZIDR jest specjalista ds. sieci wsparcia.

Działania ZIDR powinny respektować prawo rodziny do godnego traktowania jej i być ukierunkowane na zapewnienia jej podmiotowości. Członkowie rodzin powinni być włączeni zarówno w opracowanie ścieżki wsparcia, jak i jej realizację (zasada empowerment). Członkowie ZIDR podejmują wspólną decyzję, na jakim etapie (na które spotkanie Zespołu) powinien zostać zaproszony przedstawiciel lub przedstawiciele rodziny. Specjaliści pracujący w ramach Modelu powinni zaufać zdolnościom członków rodzin do przeprowadzenia pozytywnych zmian we własnym życiu, poprzez wykorzystanie własnych zasobów i silnych stron. Istotne jest także respektowanie (i oddawanie) odpowiedzialności członków rodzin za ich życiowe decyzje. Zadaniem członków rodzin biorących udział w ZIDR jest wzbogacenie diagnozy o własną perspektywę postrzegania zasobów i ograniczeń oraz zdefiniowanie w imieniu swoim i rodziny celów, środków i oczekiwanych rezultatów.

Pierwsze spotkanie ZIDR poświęcone jest przedstawieniu ustalonej w ramach Spotkania Konsultacyjnego diagnozy i skonkretyzowaniu ról poszczególnych specjalistów. Do zadań ZIDR w ramach pierwszego i kolejnych spotkań, należą w szczególności:

- ✓ pogłębienie diagnozy we współpracy ze specjalistami zewnętrznymi;
- ✓ interdyscyplinarne ustalenie koncepcji wsparcia rodziny;

- ✓ wspólne opracowanie koncepcji indywidualnego projektu socjalnego (IPS) – w tym określenie planu działań oraz ustalenie możliwości poszerzenia wsparcia o usługi określone w pakiecie usług;
- ✓ ustalenie i podział zadań na najbliższy okres;
- ✓ podjęcie decyzji o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów.

Kolejne spotkania członków ZIDR służą wymianie informacji w zakresie realizacji przyjętego harmonogramu prac, przedstawieniu przeszkód w realizacji ustalonych zadań, zebraniu diagnoz sporządzonych przez poszczególnych specjalistów (np. w formie pisemnej) i na tej podstawie – zaktualizowanie planu pomocy i ew. weryfikację obranych założeń. Członkowie ZIDR stale mobilizują ją przedstawicieli rodzin do aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu trudnej sytuacji.

Zakończenie działalności ZIDR powołanego do pracy z daną rodziną w ramach Modelu może nastąpić, gdy:

- ✓ zostaną zrealizowane cele określone w IPS;
- ✓ wyczerpie się formuła realizacji wsparcia interdyscyplinarnego;
- ✓ rodzina, mimo zgłoszonej deklaracji współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń;
- ✓ rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy.

Zawsze jednak decyzja o zakończeniu pracy ZIDR powinna zostać podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność przedstawiciela rodziny. W każdym przypadku praca metodą interdyscyplinarną może zostać wznowiona na wniosek jednego z członków Zespołu.

W celu zapewnienia sprawnego i pełnego przepływu informacji na temat sytuacji danego uczestnika, Zespół powinien odbywać regularne spotkania. Terminy kolejnych posiedzeń powinny być ustalane wspólnie przez uczestników ZIDR i uzależnione od zaplanowanych działań.

### **Tempo pracy ZIDR zależy od kilku czynników:**

- ✓ od zaangażowania rodziny – poszczególnych jej członków, we współpracę ze specjalistami,
- ✓ od wielkości rodziny oraz głębokości problemu dziedzicznego ubóstwa i dysfunkcji, jakie w danej rodzinie występują,

- ✓ od oceny specjalistów, w jakim tempie te zmiany mogą być przeprowadzane z korzyścią dla rodzin,
- ✓ od harmonogramu działań zaplanowanych w ramach IPS.

Pomiędzy spotkaniami członkowie ZIDR powinni kontaktować się ze sobą na bieżąco (np. telefonicznie, e-mailowo, robocze spotkania pomiędzy poszczególnymi członkami ZIDR). W celu usprawnienia przepływu informacji mogą wykorzystywać także inne narzędzia, np. newslettery, wspólne listy mailingowe.

Spotkania ZIDR powinny być dokumentowane. Opis ustalonej zespołowo diagnozy, planu pracy i podziału zadań podjętych do realizacji przez członków Zespołu powinien być zawarty w protokołach ze spotkań, sporządzanych przez Specjalistę ds. sieci wsparcia. Każde kolejne spotkanie ZIDR powinno zakładać ewaluację działań zaplanowanych w ramach poprzednich Zespołów.

## **4.2. ZADANIA I ROLA SPECJALISTY DS. LOKALNEJ SIECI WSPARCIA**

Specjalista ds. sieci wsparcia (S) jest pracownikiem zespołu/komórki realizującej zadania modelu w ramach instytucji go wdrażającej (OPS).

Działania specjalisty ds. sieci wsparcia koncentrują się na dwóch głównych obszarach.

1. Współpraca i wsparcie pracowników socjalnych pracujących z rodzinami objętymi działaniami w ramach modelu.
2. Zawiązanie i metodyczny i techniczny nadzór nad funkcjonowaniem lokalnej sieci wsparcia.

Współpraca z pracownikiem socjalnym odbywa się w ramach spotkań konsultacyjnych (SK) – zaplanowanych posiedzeń ww. specjalistów, służących omówieniu sytuacji jednej lub wielu rodzin objętych wsparciem w ramach modelu. Służą one wspólnemu przeanalizowaniu dokumentacji, omówieniu wyników diagnozy, oraz identyfikacji zasobów środowiskowych, które można będzie wykorzystać rzecz wsparcia rodziny przy wykorzystaniu pakietu usług. Na tym etapie Specjalista współtworzy z pracownikiem socjalnym koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz wspiera go w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego, przy wykorzystaniu pakietu usług.

Zadaniem specjalisty ds. sieci wsparcia jest ponadto uzgodnienie wraz z pracownikiem socjalnym składu Zespołu Interdyscyplinarnego do Spraw Rodziny (ZIDR), ustalenie terminu



spotkania oraz zaproszenie specjalistów/specjalisty na spotkanie ZIDR. Specjalista wspiera także PS w monitoringu pracy członków ZIDR i ewaluacji działań Zespołu. Wspólnie z PS współtworzy i adaptuje także wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w ramach modelu.

W obszarze dotyczącym sieci wsparcia specjalista moderuje spotkania informacyjne z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa, współuczestniczy w wypracowaniu ram współpracy, moderuje spotkania dotyczące rozpoznania i analizie zasobów środowiskowych i współtworzy we współpracy z partnerami pakiet usług i informatorium. Do zadań specjalisty ds. sieci wsparcia należy również kreowanie wydarzeń o charakterze środowiskowym z aktywnym udziałem społeczności lokalnej z terenu objętego działaniami modelu. Aktywne angażowanie mieszkańców w działania na rzecz lokalnej społeczności sąsiedzkiej wzmocni i pozwoli rozwinąć potencjał i wzmocnić aktywne postawy społeczne. Specjalista ds. sieci wsparcia łącząc lokalne potencjały może zachęcać członków lokalnej społeczności do angażowania się we wspieranie lokalnych, dzielnicowych inicjatyw, np. dbanie o okolicę swojego miejsca zamieszkania (zagospodarowanie podwórka, uprzątnięcie terenu przed blokiem, festyn dzielnicowy, dzień dziecka,).

Specjalista uzgadnia (wspólnie z PS) skład ZIDR oraz organizuje, moderuje i dokumentuje spotkania Zespołu. Na etapach przygotowania i realizacji wsparcia koordynuje współpracę z instytucjami, utrzymuje kontakt z przedstawicielami partnerów realizującymi działania w ramach modelu, przy współpracy z partnerami kreuje nowe usługi w środowisku i uzupełnienia niedobory w tym zakresie. Praca specjalisty w zakresie pracy ze środowiskiem jest dokumentowana za pomocą karty pracy socjalnej i środowiskowej.

Specjalista zajmuje się także kwestiami organizacyjnymi: prowadzi terminarz spotkań ZIDR oraz odpowiada za gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji ZIDR, prowadzi korespondencję ze specjalistami zewnętrznymi (SZ), jak również prowadzi sprawozdawczość dla potrzeb Modelu.

W zakresie działań związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem lokalnej sieci wsparcia, praca Specjalisty ds. sieci wsparcia opiera się na roli organizatora sieci społecznych, opisanej szerzej w „Modelu środowiskowej pracy socjalnej / organizowania społeczności lokalnej”<sup>27</sup>. Zgodnie z nim, organizator sieci społecznych „tworzy sieci współpracy, buduje lokalne partnerstwa, kojarzy różne lokalne zasoby, pełni funkcje mediacyjne i pośredniczące. Rola

---

<sup>27</sup> *Model środowiskowej pracy socjalnej/organizowania społeczności lokalnej*, praca zbiorowa, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2014.

organizatora sieci społecznych polega na inicjowaniu i wspieraniu współpracy różnych podmiotów (jednostek, grup, instytucji, organizacji) oraz zawiązywaniu partnerstw lokalnych (*networking*). Organizator społeczności lokalnej jako *networker* prowadzi działania pośredniczące i mediacyjne, które służą nawiązywaniu kontaktów pomiędzy różnymi aktorami życia społecznego i tworzeniu okazji do podtrzymywania relacji oraz współdziałania, w celu doprowadzenia do samoorganizacji społeczności lokalnej<sup>28</sup>.

### 4.3. ETAPY TWORZENIA LOKALNEJ SIECI WSPARCIA

Podstawowym warunkiem powstania sieci jest chęć współpracy podmiotów i instytucji działających w lokalnej społeczności. Jako że głównym celem współpracy jest podejmowanie działań na rzecz rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa lub nim zagrożonych, niezbędnymi partnerami są ośrodki pomocy społecznej (w charakterze inicjatorów i koordynatorów pracy sieci), placówki edukacyjne (szkoły) powiatowe urzędy pracy (lub inne instytucje zajmujące się aktywizacją zawodową) i podmioty zajmujące się wspieraniem i rozwojem dzieci i młodzieży.

W działania podejmowane w ramach sieci włączane będą również rodziny dotknięte lub zagrożone problemem dziedzicznego ubóstwa. Pozwoli to z jednej strony na lepsze dostosowanie świadczonych usług do potrzeb i możliwości ich odbiorców, a z drugiej strony – umożliwi wytworzenia poczucia współodpowiedzialności za swój los zgodnie z zasadą empowermentu.

Tworzenie lokalnej sieci wsparcia jest procesem, w którym jednak można – i należy – wyróżnić poszczególne etapy.

#### **1. Dokonanie wewnętrznej diagnozy w instytucji inicjującej powstanie sieci (autodiagnozy) pod kątem zbadania zakresu i potrzeb współpracy międzyinstytucjonalnej**

Należy sprawdzić w jakim zakresie instytucja współpracuje z lokalnymi podmiotami oraz jakie są ewentualne potrzeby w zakresie nawiązania bądź usprawnienia istniejącej współpracy w obszarze działań na rzecz przeciwdziałania dziedzicznemu ubóstwu.

---

<sup>28</sup> Tamże.

Czynności, które należy podjąć w ramach tego etapu są:

- a) przeprowadzenie autodiagnozy w celu sprawdzenia obecnego stanu współpracy i potrzeb w zakresie podejmowania kolejnych działań; autodiagnoza powinna bazować na corocznie przeprowadzanej ocenie zasobów pomocy społecznej;
- b) przeprowadzenie analizy SWOT – należy zidentyfikować zagrożenia i bariery oraz opracować sposoby reagowania na nie; to efektywna metoda identyfikacji słabych i silnych stron oraz badania szans i zagrożeń, jakie stoją przed przedsięwzięciem do realizacji;

**SZANSE** to zjawiska i tendencje w otoczeniu, które, gdy zostaną odpowiednio wykorzystane, staną się impulsem pomyślnej realizacji Modelu oraz osłabią zagrożenia. Przykładową szansą może być duża liczba organizacji pozarządowych na obszarze planowanym do objęcia działaniami modelu czy aktywni liderzy w lokalnym środowisku.

**ZAGROŻENIA** to wszystkie czynniki zewnętrzne, środowiskowe, które są postrzegane jako bariery dla realizacji Modelu, utrudnienia, dodatkowe koszty. Istnienie zagrożeń nie pozwala na pełne wykorzystanie szans i mocnych stron. Przykładowym zagrożeniem może być brak koordynacji działań służb w gminie na rzecz osób wykluczonych.

**MOCNE STRONY** to atuty, walory zarówno organizacji i instytucji realizujących Model, jak i rodzin, przedstawicieli obszaru objętego wsparciem w ramach Modelu. Przykładową mocną stroną może być: posiadanie przez instytucję wdrażającą Model dobrze przygotowanej kadry, dobre relacje z podmiotami funkcjonującymi na terenie planowanym do objęcia działaniami w ramach Modelu.

**SŁABE STRONY** dotyczą organizacji i instytucji działających na rzecz rodzin zagrożonych i dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa. Słabe strony wskazują także na ograniczenia grup objętych wsparciem. Przykładem słabej strony może być: brak odpowiedniego zaplecza (pomieszczeń) do realizacji działań lub brak kadry posiadającej odpowiednie kompetencje do pracy w lokalnej społeczności.

Przeprowadzenie analizy SWOT pomaga w uniknięciu zagrożeń, wykorzystaniu szans i wzmocnieniu słabych stron. Umożliwia spojrzenie na podejmowane działania zarówno z perspektywy spraw, które ujawniła analiza i muszą zostać wykonane, jak i z ogólnej perspektywy.

- c) opracowanie planu działań w zakresie budowania lokalnego partnerstwa (łącznie

z harmonogramem i budżetem) opartego na zasobach instytucji inicjującej partnerstwo.

Zadanie to powinien przeprowadzić specjalista ds. sieci wsparcia przy udziale osób najlepiej znających lokalne uwarunkowania, tj. pracowników socjalnych i asystentów rodzin pracujących na terenie objętym działaniami Modelu. Działanie to jest pierwszym etapem tworzenia sieci współpracy, warunkuje formę i zakres kolejnych działań związanych

z uruchomieniem sieci współpracy. Planowany czas realizacji zadania to jeden miesiąc (trzy spotkania wewnętrzne). Rekomendowany plan działań w zakresie budowania partnerstwa powinien zawierać następujące elementy:

LP.	Krótki opis działania	Planowany czas realizacji	Rezultat	Osoba odpowiedzialna
1.				
2.				

## 2. Spotkania informacyjne z potencjalnymi partnerami

Kluczowi partnerzy, z którymi należy podjąć rozmowy na temat budowania sieci współpracy na rzecz rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa lub nim zagrożonych, to:

- a) samorządy gminne lub władze powiatowe – ich rolą jest udział w identyfikowaniu potrzeb społecznych, wspieranie podległych im instytucji rynku pracy i pomocy społecznej w rozwijaniu współpracy, informowanie i promowanie, koordynowanie współpracy instytucji samorządowych (edukacyjnych, ochrony zdrowia, kulturalnych, itd.) w zakresie potrzebnym dla skutecznego wsparcia rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa;
- b) Powiatowy Urząd Pracy (PUP), którego rola polega przede wszystkim na kwalifikowaniu osób do korzystania z usług oferowanych przez sieć oraz oferowaniu usług wspierających aktywizację społeczno-zawodową mieszczących się w sferze kompetencji PUP i realizowanych m.in. za pośrednictwem organizacji pozarządowych;
- c) szkoły i inne placówki edukacyjne – szkoły i przedszkola dysponują wiedzą na temat

funkcjonowania dzieci w środowisku rówieśniczym, osiągnięć edukacyjnych, deficytów rozwojowych dzieci i młodzieży uczęszczających do placówek; są – między innymi – organizatorami zajęć rozwojowych, wyrównujących szanse edukacyjne;

- d) podmioty działające w obszarze aktywizacji i reintegracji społecznej (np. świetlice środowiskowe, grupy wsparcia, organizacje wspierające osoby niepełnosprawne itd.) – posiadają wiedzę o rodzinach doświadczających ubóstwa, ale funkcjonujących poza systemem pomocy społecznej, będą w stanie zapewnić wsparcie uzupełniające w stosunku do działań ośrodka pomocy społecznej, np. grupy samopomocowe, grupy wsparcia, zajęcia dla dzieci i młodzieży;
- e) podmioty działające w obszarze zagospodarowania czasu wolnego, rozwoju pasji i zainteresowań (biblioteki, kluby sportowe, organizacje kulturalne, ośrodki kultury) – oferują szeroką gamę zajęć kierowanych przede wszystkim do dzieci i młodzieży, w zależności od lokalnych uwarunkowań mogą również być realizatorami zajęć profilaktycznych, integracyjnych;
- f) inne podmioty realizujące działania w zakresie aktywizacji zawodowej (np. OHP, organizacje pozarządowe, kluby pracy) – ich zadaniem będzie uzupełnienie oferty Powiatowego Urzędu Pracy, np. w zakresie organizacji szkoleń zawodowych, pośrednictwa w organizacji staży czy praktycznej nauki zawodu;
- g) zrzeszenia przedsiębiorców i/lub rzemieślników – przedstawiciele lokalnych przedsiębiorców i usługodawców mają wiedzę dotyczącą realnego popytu na określone zawody, wiedzą jakie umiejętności i kompetencje są poszukiwane na lokalnym rynku pracy.

#### **REKOMENDACJA**

Ustalając listę podmiotów i podejmując współpracę w ramach sieci należy wziąć pod uwagę potrzeby i oczekiwania rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa, które są nie tylko odbiorcami wsparcia, ale również uczestniczą w jego kształtowaniu poprzez: artykułowanie potrzeb własnych i ocenę oferowanego przez sieć wsparcia oraz formułowanie wniosków i propozycji na podstawie własnego doświadczenia z korzystania ze wsparcia.

Organizowanie i prowadzenie spotkań informacyjnych to zadanie specjalisty ds. sieci wsparcia. Na wstępie powinien on zadbać o odpowiednie sformułowanie zaproszenia do wybranych w wyniku autodiagnozy instytucji, organizacji pozarządowych, firm czy innych

podmiotów istotnych dla działalności sieci. Aby zachęcić do udziału i pokazać znaczenie sieci dla lokalnej społeczności warto zadbać o poparcie działań ze strony prezydenta, burmistrza czy wójta, np. w formie zaproszenia na pierwsze spotkanie podpisanego właśnie przez prezydenta, burmistrza czy wójta lub listu intencyjnego dołączanego do zaproszenia na spotkanie informacyjne. Zaproszenie na pierwsze spotkanie powinno być skierowane do kadry zarządzającej danego podmiotu, do udziału w kolejnych spotkaniach delegowana jest osoba wybrana odpowiednio do zakresu i form planowanej współpracy. Na spotkaniu informacyjnym należy pokrótce przedstawić założenia Modelu oraz przedstawić korzyści płynące z uczestnictwa w sieci, zarówno z perspektywy instytucji, organizacji czy firm, jak i lokalnej społeczności (udział w zmniejszeniu skali ważnego problemu społecznego, jakim jest dziedziczenie ubóstwa). Część spotkania warto poświęcić na dyskusję o formach, możliwościach uczestnictwa w sieci czy formach zaangażowania przedstawicieli podmiotów. Pozwoli to na zmniejszenie ewentualnych obaw związanych z celowością przedsięwzięcia i jego jakością. Osobom zainteresowanym warto przekazać poradniki dotyczące wdrażania Modelu. Spotkanie powinno odbywać się w miejscu, do którego jest łatwy dojazd, również środkami komunikacji miejskiej. Warto zadbać o dostępność pomieszczenia dla osób niepełnosprawnych czy starszych. W zależności od liczby podmiotów planowanych do zaangażowania w działania sieci należy przeprowadzić jedno lub kilka spotkań informacyjnych. Optymalna liczba uczestników spotkania to 15-20 osób.

### **3. Analiza zasobów instytucji i organizacji w odniesieniu do potrzeb rodzin doświadczających dziedziczonego ubóstwa**

Finalnym produktem analizy będzie katalog aktualnie dostępnych zasobów oraz usług, które wymagają uruchomienia. Fragment przykładowego katalogu usług został ujęty w poniższej tabeli.

**TABELA 1. FRAGMENT PRZYKŁADOWEGO KATALOGU USŁUG.**

LP.	NAZWA USŁUGI	OPIS USŁUGI	ODBIORCA USŁUGI	DOSTĘPNOŚĆ USŁUGI	REALIZATOR USŁUGI
1.	Asystent rodziny	<p>Asystent wspiera swoich klientów w podejmowaniu aktywności społecznej, łagodzi ewentualne konflikty z sąsiadami, rodziną czy przedstawicielami placówek pomocy społecznej. Do jego zadań należy też motywowanie klientów do podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub kontynuowania nauki, pomoc w wyborze odpowiedniej szkoły lub kursów zawodowych, przełamywaniu kompleksów i ewentualnych kryzysów wynikających z trudności i niepowodzeń w nauce. Asystent zachęca osoby pozostające bez pracy do podjęcia pracy i wspiera ich w pierwszych miesiącach zatrudnienia.</p>	Osoby pozostające bez pracy funkcjonujące w rodzinach	Dostępna	podmiot świadczący asystę na zlecenie gminy
2.	Doradztwo edukacyjne	<p>Celem doradztwa edukacyjnego jest podniesienie kwalifikacji bądź reedukacja osób nieaktywnych zawodowo, zwiększające szanse na znalezienie pracy i utrzymanie się w niej. Działania realizowane w ramach doradztwa edukacyjnego to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– dobieranie metod edukacyjnych do potrzeb i możliwości osoby nieaktywnej zawodowo,</li> <li>– prowadzenie badań diagnostycznych, pozwalających określić predyspozycje zawodowe nieaktywnych zawodowo uczniów i podejmowanie czynności postdiagnostycznych,</li> <li>– udzielanie porad ułatwiających wybór zawodu, uzupełnienie kwalifikacji, podjęcie lub zmianę zatrudnienia,</li> <li>– przygotowanie osób do 25 roku życia do samodzielnego i aktywnego kształtowania swojej drogi zawodowej, rozwoju umiejętności rozpoznawania własnych zasobów osobistych i ich wykorzystania,</li> <li>– pomoc w doborze kierunku szkolenia, jego rodzaju i poziomu,</li> </ul>	Młodzież nie ucząca się i nie pracująca	Potencjalnie dostępna	Potencjalni realizatorzy: PUP Wodzisław Śląski, OHP, broker edukacyjny (zakup usługi)

		– uwzględniające potrzeby rynku, certyfikację, koszty szkolenia oraz indywidualne możliwości psychofizyczne i ekonomiczne osoby nieaktywnej zawodowo, analiza predyspozycji osobowościowych, zawodowych osób nieaktywnych zawodowo.			
3.	Pośrednictwo pracy	Pośrednictwo pracy polega na bezpłatnym udzielaniu pomocy osobom pozostającym bez pracy w znalezieniu odpowiedniego zatrudnienia oraz pracodawcom w znalezieniu pracowników o poszukiwanych kwalifikacjach zawodowych. Pośrednictwo pracy prowadzone jest nieodpłatnie przez powiatowe urzędy pracy. Powiatowy urząd pracy przyjmuje od pracodawców oferty pracy i udostępnia je osobom zainteresowanym, poprzez umieszczenie na tablicy ogłoszeń w swojej siedzibie oraz w internetowej bazie ofert pracy. Powiatowe urzędy pracy zobowiązane są do podawania do publicznej wiadomości każdego wolnego miejsca pracy zgłoszonego przez pracodawcę. Bezrobotni i poszukujący pracy mogą uzyskać od pośredników pracy: informacje o ofertach pracy; pomoc w znalezieniu właściwych dla siebie ofert; skierowania do pracy na zgłoszone przez pracodawców miejsca pracy; informacje o możliwościach skorzystania z innych usług rynku pracy.	Osoby pozostające bez pracy	Dostępna	PUP Wodzisław Śląski

*Źródło: opracowanie własne.*



Prace nad katalogiem usług prowadzi specjalista ds. sieci wsparcia w porozumieniu z pracownikiem socjalnym (informacje odnośnie do potrzeb rodzin z terenu objętego działaniami modelu).

Bazą do przygotowania lokalnego pakietu usług powinny być pakiety usług będące elementem „Standardów w pomocy”<sup>29</sup>:

- pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób pozostających bez pracy;
- pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób starszych;
- pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin;
- pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla rodziny doświadczającej przemocy w rodzinie;
- pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla rodziny z dziećmi.

Pakiety te zawierają kompleksowe informacje o usługach, które mogą być świadczone na rzecz wskazanych powyżej grup docelowych.

Prace nad pakietami usług skierowanych do rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa powinny przebiegać dwuetapowo. Na pierwszym etapie z katalogu usług pomocy i integracji społecznej specjalista ds. sieci wsparcia wraz z pracownikiem socjalnym wybiera usługi, które mogą być przydatne we wspieraniu rodzin w przerywaniu procesu dziedziczenia ubóstwa. Na drugim etapie, w ramach spotkań z potencjalnymi członkami sieci katalog usług wypracowany przez specjalistę ds. sieci wsparcia i pracownika socjalnego zostanie urealniony pod kątem możliwości realizacji poszczególnych usług w ramach dostępnych zasobów lokalnych.

Lokalny pakiet usług powinien zostać wypracowany w toku spotkań diagnostycznych (co najmniej dwóch) prowadzonych przez specjalistę ds. sieci wsparcia przy użyciu metod diagnozowania lokalnych społeczności, np. lokalnej mapy zasobów i potrzeb.

Więcej informacji na temat metod pracy z lokalną społecznością, w tym o metodach diagnozowania lokalnych społeczności można znaleźć na stronie internetowej poświęconej organizowaniu społeczności lokalnej, pod adresem: <http://www.osl.org.pl/repozytorium-plikow/>

---

<sup>29</sup> Wytyczne opracowane przez zespoły eksperckie w latach 2011-2014 w ramach Projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”.

## REKOMENDACJA

Opracowując lokalny pakiet usług pomocy i integracji społecznej należy podzielić usługi na:

- **obecnie dostępne** – w lokalnej społeczności funkcjonuje podmiot, który obecnie świadczy daną usługę i będzie ją świadczył również na rzecz odbiorców Modelu,  
np. w gminie funkcjonuje punkt porad prawnych, z które mogą korzystać również rodzin będące podmiotem modelu; Usługi obecnie dostępne powinny zawierać ofertę usług z różnych obszarów, np. edukacji, kultury. Usługi obecnie dostępne są obowiązkowym elementem Modelu
- **możliwe do realizacji/warunkowo dostępne** – w lokalnej społeczności istnieje podmiot lub grupa podmiotów, które posiadają odpowiednie zasoby ludzkie i techniczne umożliwiające uruchomienie tego rodzaju usługi dla odbiorców Modelu, np. istnieje potrzeba zagospodarowania czasu wolnego dzieci w czasie ferii i wakacji – w gminie funkcjonuje świetlica środowiskowa, która, bazując na posiadanych zasobach rzeczowych i lokalowych oraz obecnie zatrudnionych pracownikach, będzie w stanie zorganizować półkolonie w tym czasie
- **obecnie niedostępne** – na terenie objętym działaniami Modelu lub w najbliższym sąsiedztwie brakuje podmiotów i/lub zasobów niezbędnych do realizacji usługi,  
np. z punktu widzenia realizacji Modelu młodzież objęta działaniami projektu wymaga wsparcia doradcy zawodowego, który obecnie nie funkcjonuje w szkole – należy rozważyć możliwości i potencjalne źródła sfinansowania tej usługi

Spotkania powinny odbywać się w miejscu, do którego jest łatwy dojazd, również środkami komunikacji miejskiej. Warto zadbać o dostępność pomieszczenia dla osób niepełnosprawnych czy starszych. W zależności od ilości podmiotów planowanych do zaangażowania w działania sieci należy wziąć pod uwagę przeprowadzenie spotkań branżowych. Optymalna liczba uczestników spotkania to 10-15 osób.

#### 4. Podpisanie porozumień o współpracy z lokalnymi instytucjami i organizacjami dotyczących wspólnych działań na rzecz rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa

W rezultacie powstanie sieć wsparcia na rzecz rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa.

Sieć będzie platformą współpracy mającą na celu dostarczenie kompleksowej i wysokiej jakości usługi na rzecz rodzin dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa lub nim zagrożonych. Współpraca polegać będzie przede wszystkim na wymianie informacji od

każdego z partnerów przydatnych do tworzenia tej usługi dla jej odbiorców oraz na podejmowaniu wspólnych działań w ramach realizacji indywidualnych projektów socjalnych.

Porozumienie o współpracy musi precyzować, do czego zobowiązują się podpisujący umowę.

Postanowienia ujęte w dokumencie powinny jasno i jednoznacznie określać zobowiązania obu stron.

#### **POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY POWINNO ZAWIERAĆ NASTĘPUJĄCE ELEMENTY:**

- ✓ najważniejsze zasady współpracy pomiędzy podmiotami tworzącymi sieć (zasady komunikacji i wymiany informacji, wskazanie osób do kontaktu, itp.);
- ✓ szczegółowe uregulowania dot. przekazywania informacji (np. o odbiorcach usług);
- ✓ zasady udostępniania posiadanych zasobów majątkowych (np. lokalu, sprzętu komputerowego, itp.)
- ✓ zasady udostępniania usług (np. pracowników podmiotu, wolontariuszy itp.)

#### **4.4. FUNKCJONOWANIE SIECI WSPARCIA**

Należy pamiętać, że ze względu na specyfikę podmiotów tworzących sieć oraz zakres zadań realizowanych przez sieć komunikacja w sieci będzie odbywała się na trzech poziomach.

1. Decyzje podejmowane przez kierownictwo instytucji, organizacji i innych podmiotów zaangażowanych w działania sieci, np. decyzje o uczestnictwie w sieci, o realizacji usług dla rodzin, o modyfikacji oferowanych usług.
2. Bieżąca współpraca i działania podejmowane w ramach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny.
3. Bieżąca współpraca i działania podejmowane przez specjalistów realizujących określone zadania w ramach pakietów usług oferowanych rodzinom i informatorium, np. pracownik socjalny bezpośrednio kontaktuje się ze szkolnym doradcą zawodowym, specjalista ds. sieci wsparcia z pracownikiem biblioteki odnośnie oferty warsztatów dla dzieci.

Działania sieci będą koordynowane przez specjalistę ds. sieci wsparcia pod bieżącym nadzorem Kierownika działu pomocy środowiskowej/kierownika nadzorującego pracę

zespołu/komórki. W kluczowe sprawy związane z wdrażaniem Modelu wymagające decyzji administracyjnych angażowany będzie dyrektor jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub władze gminy.

W wyniku działalności sieci powstaną oraz będą funkcjonowały Zespoły interdyscyplinarne ds. rodzin, dzięki którym rodziny doświadczające dziedzicznego ubóstwa lub nim zagrożone otrzymają wsparcie „skrojone na miarę” potrzeb i możliwości poprzedzone szczegółową diagnozą rodziny oraz aktywnym jej udziałem w tworzeniu planu wsparcia w postaci indywidualnego projektu socjalnego.

Zadaniem sieci będzie także stworzenie oraz rozwijanie lokalnego pakietu usług. Pakiet usług to praktyczne narzędzie pracowników realizujących działania w ramach Modelu, zawierający spisany zbiór różnorodnych, uporządkowanych, przydatnych rodzajów wsparcia – usług. Usługi mogą być realizowane przez ośrodek pomocy społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, powiatowy urząd pracy, inne jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe oraz podmioty prowadzące działalność gospodarczą. Usługi mogą być prostymi działaniami, składającymi się z pojedynczej czynności i usługami złożonymi, w ramach których realizowanych jest więcej działań, wzajemnie ze sobą powiązanych, realizujących wspólny cel i kierowanych do rodzin zagrożonych problemem dziedzicznej bezradności. Przykładowymi usługami świadczonymi przez ośrodek pomocy społecznej mogą być: praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne (usługa prawna, pedagogiczna lub psychologiczna). Jednymi z przykładowych usług, które mogą świadczyć PUP lub OHP są poradnictwo i doradztwo zawodowe lub pośrednictwo pracy. Organizacje pozarządowe mogą, przykładowo, wesprzeć rodziny usługą doradztwa ekonomicznego, usługą trenera pracy lub asystenta osoby niepełnosprawnej.

Pakiet usług powinien zawierać następujące informacje o usługach:

<b>LP.</b>	<b>NAZWA USŁUGI</b>	<b>OPIS USŁUGI</b>	<b>ODBIORCA USŁUGI</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ USŁUGI</b>	<b>REALIZATOR USŁUGI</b>
1.	Usługa 1			dostępna/ potencjalnie dostępna	
2.	Usługa 2				
3.					

W ramach działalności sieci powstanie oraz będzie stale aktualizowane informatorium. Informatorium będzie tworzone przez specjalistę ds. sieci wsparcia przy udziale przedstawicieli instytucji i organizacji zaangażowanych w działalność sieci. Informatorium ma formę czytelnego informatora (również w wersji elektronicznej) zawierającego wykaz instytucji mogących wesprzeć rodziny zagrożone lub dotknięte dziedzicznym ubóstwem. Informator powinien zawierać wykaz i dane adresowe instytucji działających w danej gminie i powiecie (m.in.: instytucje rynku pracy, instytucje dialogu społecznego, instytucje partnerstwa lokalnego) i innych organizacji prowadzących działania na rzecz rodzin objętych wsparciem. W informatorium mogą być także gromadzone i udostępniane także inne dane, na przykład ułatwiające osobom i rodzinom poruszanie się na rynku pracy (np. wykaz aktywnych metod poszukiwania pracy, listę stron tematycznych portali internetowych, informacje o możliwościach zamieszczenia bezpłatnych ogłoszeń prasowych, informację o archiwach państwowych). Informatorium może zawierać i gromadzić wszelkie informacje o prawach i uprawnieniach oraz dostępnych formach pomocy z obszaru pomocy społecznej, zatrudnienia, edukacji, zdrowia, a także pełną ofertę w obszarze aktywności pozaszkolnej dzieci i młodzieży. Informatorium powinno być aktualizowane co najmniej raz na pół roku. Informatorium jako podręczna i aktualna mapa zasobów środowiska lokalnego może być z powodzeniem wykorzystywana w bieżącej pracy wszystkich pracowników „pierwszego kontaktu”, pracujących w ramach Modelu.

Schemat opisu informacji w informatorze powinien zawierać następujące co najmniej następujące elementy:

- nazwa instytucji;
- dane teleadresowe;
- informacja o zakresie świadczonej pomocy / usługach dostarczanych/realizowanych przez dany podmiot.

Poniżej dwa przykłady ukazania danych w informatorium.

### Informatorium – przykład 1

LP	Nazwa zajęć	Organizator	Miejsce	Data i godzina	Do kogo skierowane?	Kontakt telefoniczny
1.						
2.						

### Informatorium – przykład 2

LP	INSTYTUCJA <i>(Pełna nazwa instytucji)</i>	DANE ADRESOWE <i>(Adres siedziby gdzie świadczone są usługi, numery telefonów, adres mailowy, strona internetowa instytucji)</i>	UWAGI <i>(Informacje o zakresie świadczonej pomocy lub usług, opis działalności, dostępność instytucji – godziny otwarcia, warunki korzystania, wymagania wobec osób korzystających)</i>
1.	<b>POWIATOWY URZĄD PRACY W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM</b>	44 -300 Wodzisław Śląski, ul. Michalskiego 12 Tel: 32 459 29 80 sekretariat@pup-wodzislaw.pl www.wodzislawslaski.praca.org.pl	PUP świadczy usługi w formie: doradztwa zawodowego, pośrednictwa pracy w Polsce i za granicą, wsparcie w aktywnym poszukiwaniu pracy, organizacji szkoleń, aktywizacji zawodowej. Oferty pracy udostępniane na stronie internetowej PUP, telefonicznie lub w siedzibie PUP. W przypadku udostępniania ofert pracy nie ma konieczności zarejestrowania się. Godziny otwarcia: 7:00 – 15:00
2.	<b>inne instytucje</b>		

Podczas budowania lokalnego partnerstwa, należy również pamiętać, że niektóre działania podejmowane w ramach modelu będą miały charakter środowiskowy, tj. model zakłada długofalową pracę środowiskową obejmującą zarówno rodziny doświadczające dziedzicznego ubóstwa, jak i ich najbliższe otoczenie, poprzez wykorzystanie katalogu (pakietu) usług/form wsparcia dedykowanych poszczególnym grupom wiekowym i społecznym. Dlatego też partnerstwo, poza wypracowaniem pakietu usług oraz bieżącym

tworzeniem Informatorium ma za zadanie również kreowanie wydarzeń o charakterze środowiskowym w dzielnicy objętej modelowym wsparciem.

Model zakłada długofalową pracę środowiskową obejmującą, oprócz rodzin zagrożonych bądź doświadczających dziedzicznego ubóstwa, również ich najbliższe otoczenie, np. zamieszkujących na terenie wdrażania Modelu ich krewnych, znajomych, sąsiadów, przedstawicieli grup rówieśniczych, zawodowych, hobbystycznych czy osoby, które łączy z nimi wspólna cecha (np. posiadanie dzieci w podobnym wieku, samotne rodzicielstwo), a których udział w działaniach jest niezbędny dla skutecznego wsparcia członków rodzin zagrożonych bądź dotkniętych dziedzicznym ubóstwem. Praca środowiskowa będzie realizowana poprzez wykorzystanie katalogu (pakietu) usług/form wsparcia dedykowanych poszczególnym grupom wiekowym i społecznym (np. niepełnosprawnym, seniorom). Będą one elementem indywidualnie dobieranego wsparcia dla rodzin w ramach proponowanych w Modelu pakietów usług, dlatego też nie jest możliwe stworzenie zamkniętego katalogu form i metod pracy środowiskowej. Będą one dobierane indywidualnie, w zależności od lokalnych uwarunkowań i sytuacji wspieranych rodzin.

Za realizację zadań związanych z tworzeniem i udzielaniem wsparcia społeczności lokalnej odpowiedzialny będzie specjalista ds. sieci wsparcia. Będzie mógł on wykorzystywać narzędzia (opisane szerszej w „Modelu środowiskowej pracy socjalnej/organizowania społeczności lokalnej”<sup>30</sup>), takie jak:

- praca ze społecznością terytorialną, której celem jest budowanie kompetencji do rozwiązywania lokalnych problemów oraz odbudowywanie i/lub wzmacnianie poziomu empowermentu;
- praca ze społecznością/grupą kategoryalną (np. młodzież, samotne matki, seniorzy, niepełnosprawni) - wzmacnianie podmiotowości, kompetencji (społecznych, zawodowych) poszczególnych grup, rzecznictwo ich interesów oraz integrowanie ich z lokalną społecznością;
- wspieranie istniejących oraz inicjowanie nowych grup, zwłaszcza o charakterze samopomocowym i edukacyjnym;

---

<sup>30</sup> „Model środowiskowej pracy socjalnej / organizowania społeczności lokalnej”, Instytut Spraw Publicznych, Stowarzyszenie CAL, Warszawa 2014. Publikacja powstała w ramach projektu systemowego 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”

- wolontariat - który może być wykorzystywany poprzez włączanie w proces zmian wolontariuszy działających np. na danym terenie oraz poprzez prowadzenie edukacji środowiskowej promującej wolontariat;
- kampanie informacyjne, edukacyjne i wydarzenia społeczne (np. festyny lokalne), wpływające na zmianę postaw i przekonań, a w konsekwencji nawyków (utrwalonych wzorców zachowań) odbiorców.

W przypadku dzielnicy Wilchwy, najbardziej adekwatne będzie zastosowanie strategii aktywizacji społeczności i rozwoju lokalnego według klasyfikacji Rothmana<sup>31</sup>, która szczególnie sprawdza w społecznościach biernych i zatowizowanych. Praca środowiskowa w tym przypadku polega na mobilizowaniu członków społeczności i aktywnym włączeniu mieszkańców w procesy współpracy i samopomocy. Strategia ta zakłada, że zarówno członkowie jak i liderzy grup zadaniowych to mieszkańcy dzielnicy.

Specjalista ds. sieci wsparcia będzie osobą dbającą o stronę organizacyjną przedsięwzięć podejmowanych w ramach pracy środowiskowej, tj. będzie czuwał nad procesem wyłaniania się grup zadaniowych, tematycznych, edukacyjnych czy samopomocowych i wspierał ich funkcjonowanie, np. poprzez ułatwianie wzajemnych kontaktów, zapewnienie miejsca spotkań, będzie wspierał procesy komunikacyjne, czuwał nad procesem grupowym.

Działania środowiskowe będą prowadzone w oparciu o zasoby sieci zarówno w zakresie wymiany informacji (np. o zasobach poszczególnych instytucji, realizowanych działaniach, odbiorcach usług); jak i udostępniania posiadanych przez członków sieci zasobów, zarówno infrastrukturalnych (np. sprzętu, pomieszczeń), jak i kadrowych (np. specjalistów, wolontariuszy) oraz finansowych.

W działania modelu będzie angażowana lokalna społeczność (działania środowiskowe), duży nacisk położony został jednak na funkcjonowanie lokalnego partnerstwa w formie sieci wsparcia opierającej się na realnym zaangażowaniu lokalnych instytucji czy organizacji. Działania zaplanowane w ramach modelu stwarzają możliwości zdobywania umiejętności kooperacji na rzecz dobra wspólnego mieszkańców i lokalnych podmiotów, zarówno poprzez uczestnictwo w działaniach lokalnej sieci jak i uczestnictwo w działaniach środowiskowych opisanych powyżej.

---

<sup>31</sup> Klasyfikacja za: ibidem.



W przypadku terytorium takiego jak dzielnica Wilchwy, gdzie brakuje wspólnot sąsiedzkich, które tworzyłyby sieć wsparcia dla rodzin z problemem dziedzicznego ubóstwa, konieczne będzie zastosowanie usług angażujących środowisko lokalne co najmniej takich jak:

- praca socjalna z rodziną przy wykorzystaniu metody organizowania środowiska lokalnego; celem wykorzystania tej metody w pracy z rodziną jest rozwijanie u członków rodziny przynależności do określonej zbiorowości i wzmocnianiu procesów identyfikacyjnych, które w perspektywie będą sprzyjać uruchamianiu motywacji prospołecznej i zachowań kooperacyjnych (pakiet usług dla rodzin z dziećmi);
- usługi aktywizujące na rzecz środowiska lokalnego na rzecz osób starszych – celem wykorzystania jej usługi jest wzmocnienie potencjału otoczenia osób starszych służącego rozwojowi osobowemu, aktywności i samorealizacji seniorów i/lub animacja wolontariatu na rzecz seniorów (pakiet usług dla osób starszych);
- integracja społeczna – usługa polega m.in. na podejmowaniu działań wspierających więzi rodzinne i sąsiedzkie, działań wspierających integrację społeczności lokalnej (pakiet usług dla osób starszych).

Działania skierowane do przedstawicieli lokalnego środowiska przyczynią się do włączania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym do społeczności lokalnej, inicjowania oraz promowania działań samopomocowych, wzmocnienia poczucia sprawstwa, jak również zintegrowania społeczności lokalnej poprzez zaangażowanie jej członków we wspólne działania. Praca w środowisku lokalnym pozwoli zwiększyć trwałość zmian dokonanych w funkcjonowaniu rodzin zagrożonych bądź dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa.

#### **REKOMENDACJA**

Rekomenduje się, aby w pracach nad rozpoznaniem zasobów, tworzeniem pakietu usług oraz informatorium brały udział wszystkie podmioty zaproszone do współpracy.

Niezwykle pomocne w tworzeniu bazy usług może być wykorzystanie danych zawartych w ocenie zasobów pomocy społecznej, którą corocznie gminy, powiaty oraz samorządy województw zgodnie z art.16a ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 930 ze zmianami), mają obowiązek przygotowania.

## 4.5. MONITORING I EWALUACJA DZIAŁAŃ

W ramach wdrażania Modelu niezbędne jest zaplanowanie i przeprowadzenie działań ewaluacyjno-monitoringowych.

Ewaluację i monitoring działań w ramach modelu należy realizować na trzech poziomach:

1. realizacji planu pracy w ramach IPS (ocena założeń i efektów w odniesieniu do specyfiki funkcjonowania rodzin objętych systemem wsparcia),
2. realizacji działań w ramach ZIDR (ocena założeń i efektów funkcjonowania Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny) ,
3. realizacji funkcjonalności Modelu w określonej gminie (ocena założeń i efektów wprowadzenia Modelu w kontekście społeczno-kulturowym zbiorowości (gminy/miasta/powiatu) w obrębie której wprowadzane są innowacje wynikające z założeń programowych ujętych w opisie Modelu.

Na każdym z wymienionych poziomów należy przeprowadzić trójfazowe działania ewaluacyjno-monitoringowe związane z etapami działań podejmowanych w oparciu o założenia zawarte w Modelu zawierające elementy:

- ewaluacji *ex ante* pozwalającej na możliwie szeroką diagnozę sytuacji początkowej/określenie charakterystyki punktu startowego;
- ewaluacji *on going* (monitoring) pozwalającej na efektywne korygowanie działań podejmowanych w czasie jego trwania poprzez modyfikację charakteru realizowanych działań oraz zmian w zakresie struktury sieci wsparcia obejmującej rodziny objęte działaniami wynikającymi z założeń Modelu;
- ewaluacji *ex post*, pozwalającej na uchwycenie efektywności realizowanych działań ocenianej w płaszczyźnie skuteczności wdrażania planu pracy w ramach: IPS, ZIDR oraz wielopłaszczyznowo rozpatrywanej funkcjonalności Modelu w gminie wdrażającej jego założenia.

### 4.5.1. POZIOM RODZIN OBJĘTYCH SYSTEMEM WSPARCIA

Na poziomie rodzin objętych systemem wsparcia zakłada się realizację szerokiej i wielopłaszczyznowej diagnozy sytuacji społecznej rodziny objętej wsparciem realizowanym

zgodnie z założeniami Modelu. Rozpoznanie realizowane w ramach diagnozy powinno uwzględniać perspektywę członków rodzin mających zostać objętych wsparciem w ramach Modelu. Wynika to z założenia zasad partycypacji, podmiotowości (empowerment) i wzmacniania istniejącego potencjału uczestników programu, które traktowane są jako główne drogowskazy na mapie drogowej wdrażanego projektu.

Celem działań prowadzonych na tym poziomie jest także bieżąca weryfikacja/monitoring efektywności wsparcia rozpatrywanej z uwzględnieniem perspektywy członków rodzin objętych działaniami realizowanymi w ramach Modelu. W celu weryfikacji proponowanego wsparcia, należy odpowiedzieć na pytania zaproponowane poniżej.

- Czy przygotowany pakiet usług jest efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?
- Jaka jest skuteczność działań podejmowanych przez instytucje tworzące sieć wsparcia?
- Czy kolejne instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia? (Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia?)
- Jaka jest dynamika zmian motywacji członków rodzin dotkniętych lub zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa w odniesieniu do swojej sytuacji życiowej?
- Jak zmieniają się oczekiwania członków rodzin związane z uczestnictwem w działaniach realizowanych w ramach Modelu?
- Jakie bariery ograniczają skuteczność działań instytucji kluczowych dla realizacji zadań wynikających z założeń Modelu?

W szczególności ustalenia dotyczące powyższych kwestii powinny dostarczyć informacji umożliwiającą podjęcie decyzji dotyczących utrzymania określonych na etapie diagnostycznym celów i zadań bądź ich modyfikację.

Narzędziami wykorzystywanymi na tym poziomie są kwestionariusz indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz Karta monitoringu i ewaluacji indywidualnego projektu socjalnego. Za realizację działań odpowiedzialny jest w zasadniczej mierze pracownik socjalny – *case manager* (PS) (współpracuje on w tym zakresie ze specjalistą ds. sieci wsparcia (S)).

Proponowane przykładowe wskaźniki ewaluacji dotyczących działań prowadzonych na poziomie realizacji planu IPS.

- Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli pracę zawodową
- Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły pracę zawodową
- Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
- Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu
- Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR
- Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu
- Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS — ocena członków ZIDR
- Odsetek instytucji koniecznych do włączenia do w sieci wsparcia w celu realizacji efektów zakładanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek instytucji koniecznych do włączenia do w sieci wsparcia w celu realizacji efektów zakładanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR
- Oczekiwana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe
- Szacowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy

deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej

- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.

Zakończenie współpracy z rodziną może nastąpić, gdy:

- zostaną zrealizowane cele określone w IPS,
- wyczerpie się formuła realizacji wsparcia interdyscyplinarnego,
- rodzina, mimo zgłoszonej deklaracji współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń,
- rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy.

Wobec powyższych sytuacji, po podjęciu kolegialnej decyzji, pracownik socjalny (PS) umieszcza stosowną adnotację na druku karty monitoringu i ewaluacji indywidualnego projektu socjalnego w punkcie „Projekt wymaga wprowadzenia zmian w zakresie”; w polu „inne”. Ostateczną decyzję o zakończeniu współpracy z rodziną podejmuje Kierownik ośrodka pomocy społecznej koordynującego działania prowadzone w ramach Modelu.

Po upływie trzech, a następnie sześciu miesięcy od zakończenia programu wsparcia (określonego w ramach założeń Modelu), prowadzona jest ewaluacja *ex post*. Jej celem jest ocena trwałości efektów zrealizowanych w ramach modelu działań. Efektywność wsparcia rozpatrywana jest ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy członków rodzin objętych działaniami realizowanymi w ramach Modelu. Narzędziami ewaluacji na tym etapie jest Kwestionariusz ewaluacji *ex post* indywidualnego projektu socjalnego.

Za jej realizację odpowiedzialny jest pracownik socjalny (PS). Prowadząc wywiad kierunkowany dyspozycjami zawartymi we wzorze narzędzia, gromadzi on dane dotyczące

postrzegania i oceny efektywności realizowanych działań przez beneficjentów oraz kolekcjonuje i syntetyzuje sugestie, wskazania i preferencje uczestników dotyczące dalszych (potencjalnie planowanych) przedsięwzięć o podobnym charakterze.

Ten etap ewaluacji powinien koncentrować się wokół następujących kwestii problemowych:

- Czy przygotowany pakiet usług był efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?
- Jaka jest efektywność działań podejmowanych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń projektu?
  - Które działania realizowane w ramach Modelu były szczególnie efektywne?
  - Które działania realizowane w ramach Modelu były mało efektywne?
- W jakim stopniu poszczególne instytucje tworzące sieć wsparcia zrealizowały swoje zadania wynikające z założeń projektu?
- Jaki jest poziom motywacji członków rodzin w odniesieniu do wyjścia z systemu pomocy społecznej?
- Czy działania podjęte w ramach Modelu przyczyniły się do ograniczenia marginalizacji społecznej członków rodzin objętych wsparciem?
- Jakie instytucje powinny zostać uwzględnione w czasie tworzenia sieci wsparcia?

Proponowane na tym etapie wskaźniki:

- Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli i utrzymali pracę zawodową
- Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły i utrzymały pracę zawodową
- Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą w zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
- Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych

wsparciem realizowanym w ramach Modelu

- Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową
- Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową

Wyniki ewaluacji *ex post* powinny umożliwić podjęcie decyzji dotyczących ustalenia zakresu ewentualnej dalszej współpracy z rodzinami objętymi programem wsparcia. Wnioski pochodzące z ewaluacji *ex post* pracownik socjalny (PS) przedstawia Kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub Kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/komórki, który podejmuje decyzję co do charakteru dalszej współpracy z rodziną.

## **REKOMENDACJA**

W celu rozpoznania ocen programu dokonywanych przez osoby objęte wsparciem realizowanym w ramach projektu rekomenduje się zastosowanie poniższego algorytmu:

***Suma ocen dokonanych przez poszczególnych członków rodziny w skali 1 (ocena najniższa) do 5 (ocena najwyższa) podzielona przez liczbę członków rodziny.***

***(Wymagana dokładność: poziom dziesiętnych)***

**Model:**

***średniona ocena = (ocena osoby A + ocena osoby B + ocena osoby X)/liczba członków rodziny***

(Algorytm ten jest przywołany również w proponowanym wzorze **KWESTIONARIUSZA EWALUACJI EX POST INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO**)

### **4.5.2. POZIOM ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DS. RODZINY**

Celem działań ewaluacyjnych na tym poziomie jest określenie spodziewanych rezultatów działań prowadzonych zgodnie z założeniami Modelu w odniesieniu do rodzin objętych programem oraz wyznaczenie głównych kierunków podejmowanych działań. Stanowi ona uzupełnienie diagnozy sytuacji rodziny i daje podstawy do modyfikacji planu działań określonego w IPS o zadania realizowane przez partnerów zewnętrznych.

W szczególności ewaluacja powinna posłużyć:

- pogłębieniu diagnozy sytuacji rodziny w przestrzeni zawodowej, mieszkaniowej, materialnej, zdrowotnej, opiekuńczo-wychowawczej i funkcjonowania w środowisku;
- wyłonieniu zasadniczych problemów i potrzeb rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu oraz ich hierarchizacji pod względem istotności dla poprawy sytuacji rodziny;
- dostosowaniu kształtu pakietu usług do potrzeb rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu,
- sformułowaniu wniosków dotyczących celów i metod pracy z oraz stworzeniu założeń indywidualnego projektu socjalnego (IPS);
- weryfikacji możliwości włączenia potencjalnych partnerów instytucjonalnych



wchodzących w skład sieci wsparcia.

Narzędziem ewaluacji realizowanej na poziomie Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny jest kwestionariusz protokołu ze spotkania zespołu interdyscyplinarnego do spraw rodziny/spotkania konsultacyjnego.

Działania ZIDR są monitorowane ze szczególnym uwzględnieniem następujących kwestii problemowych.

- Czy zaproponowany przez ZIDR pakiet usług jest efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?
- Jaka jest skuteczność działań podejmowanych przez ZIDR?
- Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez ZIDR w ramach wsparcia realizowanego wg założeń Modelu?
- Czy kolejne instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia? (Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia?)

Narzędziem monitoringu jest kwestionariusz monitoringu działań ZIDR/spotkania konsultacyjnego.

### **Proponowane przykładowe wskaźniki ewaluacji dotyczących działań ZIDR:**

#### **I. Perspektywa krótkoterminowa (do 6 miesięcy po zakończeniu działań)**

- Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęli pracę zawodową
- Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu, które w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęły pracę zawodową
- Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR uczestniczą w zajęciach

pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych

- Odsetek interwencji policji w gospodarstwie domowym objętym wsparciem
- Odsetek interwencji straży miejskiej w gospodarstwie domowym objętym wsparciem
- Wysokość świadczeń finansowych, z których korzystają członkowie rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek wskazań dotyczących form pomocy formułowanych przez członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu formułowanych przez członków ZIDR
- Sugerowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek instytucji świadczących pomoc na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek pracowników instytucji pomocowych zaangażowanych w pomoc na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek pracowników organizacji pozarządowych zaangażowanych w pomoc na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek członków ZIDR wyłączonych z dalszych działań ze względu na realizację założonych celów.
- Odsetek członków ZIDR włączonych do dalszych działań ze względu na brak realizacji założonych celów

## **II. Perspektywa długoterminowa (powyżej 6 miesięcy po zakończeniu działań)**

- Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęli i utrzymali pracę zawodową
- Odsetek kobiet w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach Modelu, które w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęły i utrzymały pracę

zawodową

- Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR uczestniczą w zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych
- Odsetek interwencji policji w gospodarstwie domowym objętym wsparciem
- Odsetek interwencji straży miejskiej w gospodarstwie domowym objętym wsparciem
- Wysokość świadczeń finansowych, z których korzystają członkowie rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek wskazań dotyczących form pomocy formułowanych przez członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek instytucji świadczących pomoc na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek pracowników instytucji pomocowych zaangażowanych w pomoc na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu
- Odsetek pracowników organizacji pozarządowych zaangażowanych w pomoc na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach Modelu

Za realizację tego etapu ewaluacji odpowiedzialny jest specjalista ds. sieci wsparcia (S). Współpracuje on w tym zakresie z pracownikiem socjalnym (PS).

Na podstawie wyników monitoringu, specjalista ds. sieci wsparcia (S) przedstawia propozycje modyfikacji celów i zadań określonych na etapie przygotowania do realizacji wsparcia bądź sugeruje ich utrzymanie. Ponadto efektem monitoringu jest decyzja co do ewentualnej zmiany lub utrzymania składu ekspertów tworzących ZIDR.

Specjalista ds. sieci wsparcia S przedstawia wnioski pochodzące z monitoringu kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/komórki, który podejmuje decyzję o dalszej współpracy członków ZIDR z rodziną objętą systemem wsparcia.

### 4.5.3. POZIOM REALIZACJI MODELU NA TERENIE GMINY

- Ewaluacja ex ante

Jej celem jest określenie spodziewanych rezultatów działań prowadzonych zgodnie z założeniami Modelu – barier i ograniczeń w jego stosowaniu w perspektywie instytucjonalnej. Wyniki tego etapu ewaluacji powinny umożliwić oszacowanie potencjału kadrowego, infrastrukturalnego i organizacyjnego w instytucjach podejmujących działania ukierunkowane na ograniczanie skali dziedzicznego ubóstwa na terenie objętym działaniami realizowanym zgodnie z założeniami Modelu.

W szczególności ustalenia wynikające z ewaluacji *ex ante* powinny posłużyć do zaprojektowania przebiegu procesu wdrażania zmian w strukturach organizacyjnych instytucji realizujących działania w obrębie modelu (w zasadniczej mierze dotyczy to ośrodków pomocy społecznej).

Powyższe zalecenia oznaczają konieczność wskazania instytucji, które mogą wejść w skład tworzonej sieci wsparcia oraz określenie ich potencjału – zasobów oraz deficytów, które wpływać będą na skuteczność działań podejmowanych przez ich przedstawicieli.

W szczególności ewaluacja *ex ante* realizowana powinna posłużyć:

- rozpoznaniu specyfiki potrzeb rodzin funkcjonujących na badanym terenie w celu zaprojektowania efektywnych pakietów usług,
- rozpoznaniu specyfiki funkcjonowania lokalnych instytucji potencjalnie mogących wejść w skład sieci wsparcia,
- rozpoznaniu możliwości formalnych włączenia instytucji potencjalnie mogących wejść w skład sieci wsparcia w skład sieci wsparcia
- rozpoznaniu poziomu motywacji pracowników różnego szczebla ośrodka pomocy społecznej (OPS) w odniesieniu do działań związanych z wdrażaniem Modelu (gotowość do akceptacji zmian dotyczących systemu pracy),
- identyfikacji problemów OPS oraz ich hierarchizacji z perspektywy wdrażania założeń Modelu,
- identyfikacji potrzeb OPS oraz ich hierarchizacji z perspektywy wdrażania założeń Modelu,
- rozpoznaniu potencjału kadrowego OPS ułatwiającego wdrożenie Modelu – zarówno

w aspekcie liczby pracowników, jak i ich kompetencji,

- rozpoznaniu potencjału infrastrukturalnego OPS ułatwiającego wdrożenie Modelu.

Za jej realizację odpowiedzialny jest zewnętrzny ewaluator – osoba posiadająca doświadczenie w zakresie realizacji badań ewaluacyjnych w obszarze badań dotyczących problemów społecznych. Narzędziem ewaluacji jest Karta ewaluacji *ex ante* przygotowana przez ewaluatora. Na podstawie wyników ewaluacji, specjalista – zewnętrzny ewaluator przedstawia kierownictwu OPS wnioski stanowiące podstawę decyzji dotyczącej wdrażania Modelu.

- **Ewaluacja on going (monitoring)**

Jej celem jest bieżąca weryfikacja/monitoring rezultatów działań rozpatrywanych z perspektywy efektywności rozwiązań instytucjonalnych. Jest ona prowadzona na etapie realizacji wsparcia.

W szczególności wyniki ewaluacji *on going* powinny dostarczyć informacji umożliwiających podjęcie decyzji dotyczących utrzymania wypracowanych w ramach Modelu rozwiązań organizacyjnych i infrastrukturalnych, ich zaniechanie bądź modyfikację.

Ten etap ewaluacji powinien koncentrować się wokół poniższych kwestii problemowych.

- Czy przygotowane pakiety usług są efektywne w aspekcie wsparcia na rzecz rodzin objętych działaniami prowadzonymi w ramach Modelu?
- Czy włączone w skład sieci wsparcia instytucje realizują swoje zadania w sposób efektywny?
- Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej są adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?
  - Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?
  - Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych?
- Jaka jest efektywność działań podejmowanych przez poszczególne instytucje zaangażowane

w realizację działań wynikających z założeń projektu?

- Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez instytucje wchodzące w skład sieci wsparcia w ramach określonych przez założenia Modelu?
- Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia?/Jakie instytucje powinny zostać wyłączone z sieci wsparcia?
- Czy działania prowadzone zgodnie z założeniami Modelu są zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym mieście/danej gminie.

Za realizację tego etapu ewaluacji odpowiedzialny jest zewnętrzny ewaluator. Narzędziem ewaluacji jest Karta ewaluacji instytucji przygotowana przez zewnętrznego ewaluatora na podstawie. Wnioski z ewaluacji *on going* powinny odnosić się do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w IPS.

Na podstawie wyników ewaluacji *on going*, specjalista – zewnętrzny ewaluator przedstawia kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/komórki, który przygotowuje propozycje modyfikacji rozwiązań infrastrukturalnych, organizacyjnych i technicznych związanych z realizacją zadań wynikających z wdrażania Modelu, bądź wnioskuje o utrzymanie wypracowanych rozwiązań. Propozycje przedstawiane są następnie kierownictwu OPS i instytucji tworzących sieć wsparcia.

- **Ewaluacja ex post**

Jej celem jest określenie stopnia efektywności działań prowadzonych zgodnie z założeniami Modelu na poziomie instytucjonalnym. Wyniki ewaluacji *ex post* powinny umożliwić podjęcie decyzji dotyczących wprowadzania ewentualnych zmian organizacyjnych, infrastrukturalnych i technicznych.

Jej celem jest bieżąca weryfikacja/monitoring rezultatów działań rozpatrywanych z perspektywy efektywności rozwiązań instytucjonalnych. Jest ona prowadzona bezpośrednio po zakończeniu etapu realizacji wsparcia.

W szczególności wyniki ewaluacji *ex post* powinny dostarczyć informacji umożliwiających podjęcie decyzji dotyczących utrzymania wypracowanych w ramach Modelu rozwiązań organizacyjnych i infrastrukturalnych, ich zaniechanie bądź modyfikację.

Ten etap ewaluacji powinien koncentrować się wokół następujących kwestii problemowych:

- Czy przygotowane pakiety usług okazały się efektywne w aspekcie wsparcia na rzecz rodzin objętych działaniami prowadzonymi w ramach Modelu?
- Czy włączone w skład sieci wsparcia instytucje realizowały swoje zadania w sposób efektywny?
- Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej okazały się adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?
  - Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?
  - Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych?
- Jaka jest efektywność działań podjętych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń projektu?
- Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez instytucje wchodzące w skład sieci wsparcia w ramach określonych przez założenia Modelu?
- Jakie instytucje powinny zostać włączone w przyszłości w sieć wsparcia?/Jakie instytucje powinny zostać w przyszłości wyłączone z sieci wsparcia?
- Czy działania przeprowadzone zgodnie z założeniami Modelu były zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym mieście/danej gminie.

Za realizację tego etapu ewaluacji odpowiedzialny jest zewnętrzny ewaluator. Narzędziem ewaluacji jest Karta ewaluacji instytucji przygotowana przez zewnętrznego ewaluatora. Wnioski z ewaluacji *ex post* powinny odnosić się do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w IPS.

Na podstawie wyników ewaluacji *ex post*, specjalista-zewnętrzny ewaluator przedstawia wnioski kierownikowi działu pomocy środowiskowej lub kierownikowi nadzorującemu pracę zespołu/ komórki, który przygotowuje propozycje modyfikacji rozwiązań infrastrukturalnych, organizacyjnych i technicznych związanych z realizacją w przyszłości zadań wynikających z wdrażania Modelu bądź wnioskuje o utrzymanie wypracowanych rozwiązań. Propozycje przedstawiane są następnie kierownictwu Ośrodka Pomocy Społecznej i instytucji tworzących sieć wsparcia.

### Proponowane na tym etapie wskaźniki

- Uśredniona ocena efektywności Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).
- Uśredniona ocena efektywności poszczególnych działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).
- Uśredniona ocena motywacji do wzięcia udziału w kolejnych etapach realizacji Modelu członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).
- Uśredniona ocena dostępu do informacji dotyczących działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach. (Algorytm: średnia arytmetyczna ocen dokonywanych w skali 1 – 5; zgodnie z zaleceniem zawartym w narzędziu ewaluacji).

### REKOMENDACJA

W celu rozpoznania ocen programu dokonywanych przez osoby objęte wsparciem realizowanym w ramach projektu rekomenduje się zastosowanie poniższego algorytmu:

***Suma ocen dokonanych przez poszczególnych członków rodziny w skali 1 (ocena najniższa) do 5 (ocena najwyższa) podzielona przez liczbę członków rodziny.***

***(Wymagana dokładność: poziom dziesiętnych)***

#### Model:

***uśredniona ocena = (ocena osoby A + ocena osoby B + ocena osoby X)/liczba członków rodziny***

(Algorytm ten jest przywołany również w proponowanym wzorze **KWESTIONARIUSZA EWALUACJI EX POST INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO**)



- Odsetek rodzin, które zostały wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu.
- Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy podjęli i utrzymali pracę zawodową.
- Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które podjęły i utrzymały pracę zawodową.
- Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.
- Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.
- Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.
- Średnia liczba instytucji wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.
- Liczba usług wchodzących w skład „katalogu usług”.
- Odsetek instytucji, które weszły w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.
- Odsetek usług, które weszły w skład „katalogu usług”.
- Średni odsetek usług wchodzących w skład „katalogu usług”, które oceniane są przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu ocenionych jako nieefektywne.
- 
- Odsetek działań realizowanych niezgodnie z wytycznymi Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie.

## 5. ZAŁĄCZNIKI

---

### 5.1. WZÓR POROZUMIENIA PARTNERSKIEGO/UMOWY O WSPÓŁPRACY

#### POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY

zawarte w dniu ..... roku pomiędzy:

.....  
.....  
.....  
.....

reprezentowanym przez:

.....  
.....

zwanym dalej Partnerem

a

instytucją wdrażającą Model pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa na terenach pogórnich na obszarze .....(nazwa terytorium)....

.....  
.....  
.....  
.....

reprezentowanym przez:

.....  
.....

zwanym dalej Liderem

## **Preambuła**

Intencją partnerów niniejszego porozumienia jest wspólna realizacja założeń Modelu w zakresie wypracowania nowatorskich rozwiązań zmierzających do przeciwdziałania oraz minimalizowania problemu dziedziczeniu ubóstwa.

Rozwiązania, o których mowa powyżej, mają na celu wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń w pracy z środowiskiem dotkniętym dziedzicznym ubóstwem, jak również dostosowanie ich do specyficznych problemów danego terytorium.

Ponadto są ukierunkowane na wypracowanie nowej jakości usług, swoistego rodzaju modelowych rozwiązań w zakresie działalności społecznej z szczególnym uwzględnieniem społeczności lokalnej i zasobów instytucjonalnych.

### **§ 1.**

Strony porozumienia wspólnie zobowiązują się do:

- stałej współpracy na rzecz sprawnej realizacji zadań przewidzianych w ramach Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa,
- wyznaczenia pracowników odpowiedzialnych za współpracę,
- dostosowania (w razie potrzeby) organizacji pracy instytucji na rzecz sprawnego funkcjonowania zaproponowanego modelu pracy,
- aktywnego wspierania uczestników realizowanych działań w zakresie posiadanych kompetencji,
- przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

### **§ 2.**

Strony porozumienia ustalają następujący podział zadań:

1. Lider zobowiązuje się do:
  - zorganizowania systemu pracy określonego w Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa,
  - koordynowania (w tym monitorowania i nadzorowania) prac w ramach wdrażania Modelu,
  - zapewnienia sprawnego systemu komunikacji z Partnerami,
  - zapewnienia udziału Partnerów w podejmowaniu decyzji i realizacji zadań, na zasadach określonych w niniejszym porozumieniu,

- wsparcia Partnerów w realizacji powierzonych zadań, w tym pomocy w rozwiązywaniu wszelkich występujących problemów podczas realizacji działań modelowych,
- zapewnienia zachowania zasady równości szans i płci w ramach partnerstwa,
- zapewnienia warunków technicznych i lokalowych do sprawnego organizowania wszelkich spotkań w ramach działań Modelu,
- gromadzenia informacji o uczestnikach realizowanych działań,
- wyznaczenia pracowników odpowiedzialnych za poszczególne działania w Modelu i ujęcie ich na liście stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Porozumienia

## 2. Partner zobowiązuje się do:

- aktywnego uczestnictwa i współpracy w realizacji Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa,
- dostosowania (w razie potrzeby) organizacji pracy instytucji na rzecz sprawnego funkcjonowania zaproponowanego w modelu pracy,
- aktywnej realizacji założonych celów partnerstwa, zgodnie z posiadanymi kompetencjami,
- terminowej realizacji zadań ustalonych przez członków zespołów zadaniowych,
- stosowania przyjętego systemu przepływu informacji i komunikacji między Partnerami,
- niezwłocznego informowania Lidera o przeszkodach przy realizacji zadań,
- gromadzenia informacji o uczestnikach realizowanych działań i przekazywania ich Liderowi,
- respektowania w realizowanych zadaniach zasady równości szans i płci,
- dołączenia do niniejszego Porozumienia katalogu/pakietu usług, stanowiących zasoby Partnera (załącznik nr 3),
- wyznaczenia pracowników odpowiedzialnych za poszczególne działania w Modelu i ujęcie ich na liście stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego Porozumienia

### § 3.

Strony przyjmują następujący system zapewnienia równości szans, w tym równości płci:

1. Kadra realizująca działania w ramach Partnerstwa zostanie wybrana na podstawie kwalifikacji i kompetencji do wykonywania określonych zadań. Będzie miała możliwość godzenia życia zawodowego i rodzinnego poprzez elastyczne formy zatrudnienia.
2. Realizowane wsparcie będzie miało charakter zindywidualizowany, uwzględniający specyficzną sytuację i indywidualne potrzeby kobiet i mężczyzn, co pozwoli na realizację zasad dotyczących równości szans i równego dostępu.
3. Realizowane działania będą uwzględniać potrzeby osób z niepełnosprawnością, m.in. poprzez planowanie funkcjonalnych usprawnień, organizację działań w miejscach pozbawionych barier architektonicznych i funkcjonalnych itd.

### § 4.

Strony porozumienia przyjmują następujący system przepływu informacji i komunikacji:

1. Bieżąca wymiana informacji i komunikacji między Partnerami będzie realizowana za pomocą poczty elektronicznej. Partnerzy są zobowiązani do wskazania osoby odpowiedzialnej za kontakty z Liderem oraz przekazania Liderowi jej imienia, nazwiska, adresu poczty elektronicznej i numeru telefonu (na formularzu będącym załącznikiem nr 2 do porozumienia).
2. Partnerzy zobowiązują się do zorganizowania sprawnego systemu odbioru poczty elektronicznej (co najmniej raz na 24 godziny). Potwierdzenie odbioru e-maila jest równoznaczne z zapoznaniem się z przesyłaną informacją i tak traktowane przez Lidera.
3. Partnerzy są odpowiedzialni za zapewnienie efektywnej komunikacji wewnątrz swoich instytucji.

§ 5

Działania podejmowane w ramach niniejszego Porozumienia nie wykraczają poza działania statutowe Lidera, jak i Partnera,

§ 6.

Postępowanie w sprawach spornych:

1. Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją porozumienia strony będą starały się rozwiązać polubownie.
2. W przypadku niemożności rozstrzygnięcia sporu w trybie określonym w ust. 1, strony ustalają zgodnie, że spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie Sądu Powszechnego właściwego dla siedziby Lidera.

§ 7.

W sprawach nie uregulowanych niniejszym porozumieniem stosuje się odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8.

1. Porozumienie wchodzi w życie w dniu podpisania. porozumienie zawiera się na okres .....

§ 9.

Zmiany i uzupełnienia Porozumienia wymagają zgody obu stron oraz formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10.

Porozumienie sporządzono w ..... jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Partner:

Lider:

Załącznik nr 1

<b>Imię, Nazwisko</b>	<b>Instytucja</b>	<b>Funkcja pełniona w projekcie</b>	<b>Kontakt (telefon, mail)</b>

Załącznik nr 2

**Tabela katalogu/pakietu usług\***

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa usługi</b>	<b>Opis usługi</b>	<b>Odbiorca usługi</b>	<b>Dostępność</b>	<b>Realizator</b>

--	--	--	--	--	--

\* wypełnia Współpartner niniejszego Porozumienia

## 5.2. KARTA OCENY FORMALNEJ

### KARTA OCENY FORMALNEJ

Kryteria kwalifikacji rodzin do objęcia wsparciem

<i><b>Instytucja weryfikująca</b></i>	<i><b>Ośrodek Pomocy Społecznej w</b></i>
<i><b>Uczestnik projektu (imię, nazwisko)</b></i>	
<i><b>Adres</b></i>	
<i><b>Data</b></i>	
<i><b>Spełnienie wymogów formalnych</b></i>	



<b>Lp.</b>	<b>Podstawowe kryteria kwalifikacji</b> (spełniane łącznie)	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>	<b>Nie dotyczy</b>
1.	Rodzina mieszka w enklawie / wybranym obszarze			
2.	Istotnym źródłem utrzymania rodziny są świadczenia społeczne			
3.	W składzie rodziny znajduje się co najmniej jedna osoba w wieku aktywności zawodowej, pozostająca bez pracy lub wykonująca pracę charakteryzującą się niskimi dochodami, ograniczającą perspektywy życiowe i rozwój zawodowy			
4.	W rodzinie są dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa i edukacji szkolnej.			

<b>Lp.</b>	<b>Dodatkowe kryteria kwalifikacji</b> (wymagane jest spełnienie co najmniej jednego kryterium)	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>	<b>Nie dotyczy</b>
1.	problemy opiekuńczo-wychowawcze			
2.	nadużywanie alkoholu przez co najmniej jednego członka rodziny			
3.	przemoc domowa			
4.	niepełnosprawność			
5.	długotrwała choroba			
6.	przestępczość			
7.	rodzina niepełna			
8.	brak lub niskie wykształcenie rodziców			
9.	wielodzietność			
10.	niskie zasoby kulturowe, deficyty kapitału społecznego i słaba aktywność społeczna			

### Uzasadnienie / uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
*data i podpis pracownika socjalnego*

<p><u><i>Sprawdzone przez:</i></u></p> <p><i>Imię i nazwisko:</i></p>   <p><i>Stanowisko:</i></p>   <p><i>Nazwa Instytucji:</i></p>	<p><u><i>Zaakceptowane przez:</i></u></p> <p><i>Imię i nazwisko:</i></p>   <p><i>Stanowisko:</i></p>   <p><i>Nazwa Instytucji:</i></p>
---	--

*Podpis:*

*Podpis:*

### 5.3. KARTA PRACY SOCJALNEJ/ŚRODOWISKOWEJ PRACY SOCJALNEJ

## KARTA PRACY SOCJALNEJ/ŚRODOWISKOWEJ PRACY SOCJALNEJ\*

Imię i nazwisko pracownika: .....

Rodzina objęta wsparciem: .....

Data	Opis wykonanych działań pracownika socjalnego / specjalisty ds. sieci wsparcia	Podpis

--	--	--

.....

podpis pracownika socjalnego / specjalisty ds. sieci wsparcia

\*zaznaczyć właściwe

## 5.4. PROTOKÓŁ SK/PROTOKÓŁ ZIDR

Miejsce.....

data.....

### **PROTOKÓŁ ZE SPOTKANIA ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY\* SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO\***

Numer sprawy:

W sprawie:.....

Obecni na spotkaniu:

- 1.** .....
- 2.** .....
- 3.** .....

4. ....

5. ....

Na spotkaniu poruszono oraz omówiono następujące kwestie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Opis problemu:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\*właściwe zaznaczyć

Ustalenie planu pomocy rodzinie

.....  
.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Podział ról i działań / zadania członków zespołu**

Instytucja / przedstawiciel / kontakt	Działanie / data

**Zadania osoby / rodziny / terminy realizacji**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

KOLEJNE SPOTKANIE  
ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY\*  
SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO\*

Ewaluacja działań / DATA

.....  
.....

Podpisy uczestników niniejszego spotkania



.....  
/miejsowość, data/

\*właściwe zaznaczyć

## 5.5. MONITORING DZIAŁAŃ SK/ZIDR

### MONITORING DZIAŁAŃ ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY\* SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO\*

W sprawie .....

Data

.....

#### II. ZADANIA CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO

Zrealizowane działania	Czy osoba/rodzina wymaga dalszego wsparcia? TAK/NIE	Dalsze działania / realizator


### III. WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADAŃ CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO

Lp.	Wskaźnik	
1.	Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęli pracę zawodową.	
2.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR podjęły pracę zawodową.	
3.	Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań zaprojektowanych przez ZIDR uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych.	
4.	Wysokość świadczeń finansowych, z których korzystają członkowie rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
5.	Odsetek wskazań dotyczących form pomocy formułowanych przez członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu formułowanych przez członków ZIDR.	
6.	Sugerowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
7.	Odsetek członków ZIDR wyłączonych z dalszych działań ze względu na realizację założonych celów.	
8.	Odsetek członków ZIDR włączonych do dalszych działań ze względu na brak realizacji założonych celów.	

#### **DALSZE ZADANIA OSOBY/RODZINY**

.....

.....



.....  
.....  
KOLEJNE SPOTKANIE CZŁONKÓW ZESPOŁU / DATA

.....  
.....  
Podpisy uczestników Zespołu Interdyscyplinarnego

\*właściwe zaznaczyć

## 5.6. KARTA INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO/MONITORING IPS

### INDYWIDUALNY PROJEKT SOCJALNY

#### 1. Uczestnicy/realizatorzy projektu socjalnego

##### 1.1 Członkowie rodziny realizującej projekt socjalny

Nazwiska	Imiona	Dane adresowe	Dane kontaktowe
1.			

2.			
3.			
4.			
5.			

**1.2. Pozostali uczestnicy/realizatorzy projektu – pracownik socjalny i inne osoby**

Nazwiska	Imiona	Dane adresowe instytucji / organizacji.	Dane kontaktowe
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Załączniki do opisu sytuacji rodziny */zastosowane narzędzia diagnostyczne/*.

---

---

---

Lp.	Wskaźnik	
1.	Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli pracę zawodową.	
2.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinie objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły pracę zawodową.	
3.	Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych.	



4.	Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
5.	Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR.	
6.	Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
7.	Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS — ocena członków ZIDR.	
8.	Odsetek instytucji koniecznych do włączenia do w sieci wsparcia w celu realizacji efektów zakładanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
9.	Odsetek instytucji koniecznych do włączenia do w sieci wsparcia w celu realizacji efektów zakładanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR.	
10.	Oczekiwana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe.	
11.	Szacowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
12.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej.	
13.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się.	
14.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej.	
15.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną.	

16.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.	
17.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.	

### 3. Cele projektu socjalnego

#### 3.1. Cel/cele ogólny/e projektu.

---



---



---



---



---

Przewidywany termin osiągnięcia celu/ów projektu

---



---



---



---

#### 3.2 Cele operacyjne projektu socjalnego.

I

---



---



---



---

II

---



---



---

---

III

---

---

---

---

IV

---

---

---

---

V

---

---

---

---

### 3.3 Zadania i harmonogram ich realizacji

<b>Nr celu</b>	<b>Nazwa zadania</b>	<b>Realizator zadania</b> <i>/imię i nazwisko/ funkcja</i>	<b>Współpraca w realizacji zadania</b> <i>/Instytucja, imię i nazwisko, funkcja zakres współpracy/</i>	<b>Sposób realizacji zadania</b>	<b>Termin realizacji zadania</b>	<b>Koszt realizacji zadania i źródło finansowania</b>	<b>Przewidywany rezultat realizacji zadania</b>

--	--	--	--	--	--	--	--

**Ewaluacja projektu socjalnego – ustalenia wszystkich uczestników/realizatorów projektu socjalnego**

**- jakie narzędzia oceny będą wykorzystywane:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Projekt socjalny sporządzono w ..... egzemplarzach – po 1 dla każdego uczestnika/realizatora projektu.**

**6. Podpisy uczestników/realizatorów projektu socjalnego**

**6.1. Główni uczestnicy/realizatorzy i odbiorcy projektu - klient lub klienci**

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

**6.2. Pozostali uczestnicy/realizatorzy projektu – pracownik socjalny i inne osoby**

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_

## KARTA MONITORINGU I EWALUACJI PROJEKTU SOCJALNEGO

### Dotyczy Projektu socjalnego indywidualnego z dnia \_\_\_\_\_

l.p.	Wskaźnik	
1.	Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli pracę zawodową.	
2.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinie objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły pracę zawodową.	
3.	Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych.	
4.	Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
5.	Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR.	
6.	Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
7.	Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS — ocena członków ZIDR.	
8.	Odsetek instytucji koniecznych do włączenia do w sieci wsparcia w celu realizacji efektów zakładanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
9.	Odsetek instytucji koniecznych do włączenia do w sieci wsparcia w celu realizacji efektów zakładanych w ramach IPS – ocena członków ZIDR.	

10.	Oczekiwana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe.	
11.	Szacowana przez członków ZIDR wysokość świadczeń finansowych realizowanych przez instytucje pomocowe na rzecz rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
12.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej.	
13.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się.	
14.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej.	
15.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną.	
16.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.	
17.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.	

Projekt jest realizowany zgodnie z ustaleniami – nie wymaga dokonania zmian.

Projekt wymaga wprowadzenia zmian w zakresie:

a) Celów

---



---

b) Zadań

---



---



c) Inne

---

---

Załączniki do karty monitoringu i ewaluacji.<sup>33</sup>

---

**Data wypełnienie Karty**

---

**Podpisy głównych uczestników/realizatorów i odbiorców projektu**

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

**Podpisy pozostałych uczestników/realizatorów projektu**

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_

**Instrukcja opracowania diagnozy na potrzeby Indywidualnego Projektu Socjalnego**

Na diagnozę rodziny niezbędnej do sformułowania Indywidualnego projektu socjalnego składa się:

- Rozpoznanie sytuacji związanej z problemem
- Pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem
- Opracowanie diagnozy we współpracy z osobą/rodziną

Opis polega na zebraniu informacji w sposób umożliwiający łatwe wyciągnięcie wniosków. Na opis sytuacji składają się informacje dotyczące sytuacji życiowej osoby/rodziny:

- rodzinnej,
- zawodowej i edukacyjnej,
- mieszkaniowej,
- materialnej,
- zdrowotnej,

---

<sup>33</sup> W przypadku zmiany celów i zadań konieczne jest ponowne wypełnienie tabeli 3.3.

- opiekuńczo-wychowawczej
- funkcjonowania w środowisku
- innych kluczowych dla danej rodziny,

Za informacje niezbędne uważa się te, które pomogą w ustaleniu planu działania w celu zniwelowania sytuacji problemowej.

Diagnoza – ocena sytuacji osoby/rodziny powinna składać się z następujących elementów:

- przyczyny trudnej sytuacji życiowej oraz źródła tych przyczyn,
- mocne strony osoby/ rodziny i zasoby środowiska,
- słabe strony osoby/ rodziny oraz ograniczenia, przeszkody i bariery w środowisku.

Proponuje się następujący schemat sporządzania oceny-diagnozy

1. Ogólny opis sytuacji w poszczególnych – kluczowych obszarach funkcjonowania osoby/ rodziny.
2. Kluczowe problemy ustalone w trakcie diagnozy – oceny sytuacji i uzasadnienie diagnozy. Należy wpisać uzgodnienia z klientem na temat wybranych trudności, które będą rozwiązywane w ramach IPS. Przy wyborze należy przy tym uwzględniać szczególnie te, których zniesienie poprawi sytuację najmłodszego pokolenia i przez to przyczyni się do przerwania cyklu dziedziczenia ubóstwa w rodzinie.
3. Przyczyny trudnej sytuacji klienta i ich źródła. Należy przedstawić punkt widzenia sytuacji przez klienta. Jeśli sytuacja jest odmiennie postrzegana przez pozostałych członków ZIDR można zapisać czym różnią się ich spostrzeżenia.
4. Uprawnienia i zasoby, ograniczenia i bariery oraz możliwości rozwiązania problemu. Należy wskazać wszystkie zidentyfikowane uprawnienia i zasoby, ograniczenia i bariery oraz możliwości związane ze zdefiniowaną przez rodzinę trudnością
5. Możliwości wykorzystania posiadanych uprawnień i zasobów oraz możliwych obszarów działań odnoszących się do różnych rodzajów sytuacji oraz ograniczenia i bariery osoby/ rodziny

Diagnoza może/powinna być formułowana w oparciu o różne narzędzia, które mogą być poszerzane o kolejne wraz z pogłębianiem się wiedzy o sytuacji w rodzinie. Proponuje się zatem stosowanie wybranych narzędzi diagnostycznych– w formie kwestionariuszy zaczerpniętych z opracowanych w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”. Po ich wypełnieniu stanowią one załącznik do diagnozy – co zostaje odnotowane w odpowiedniej pozycji Druku Indywidualnego Projektu Socjalnego.

## 5.7. NARZĘDZIA ANALIZY SYTUACJI RODZINY/DIAGNOZY WSTĘPNEJ I POGŁĘBIONEJ

W ramach Modelu, na etapie analizy sytuacji rodzin, diagnozy wstępnej i pogłębionej, a także na etapie realizacji pracy socjalnej – rekomenduje się wykorzystanie narzędzi stworzonych w ramach projektu p.n. „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”. Narzędzia te w dużej mierze uzupełniają warsztat pracy pracownika socjalnego. W ramach Modelu każde z narzędzi zarekomendowanych w standardach, ma charakter fakultatywny, a więc o wykorzystaniu danego narzędzia powinien decydować pracownik socjalny. Poniżej wykaz rekomendowanych narzędzi:

Narzędzie nr 1: Wywiad – Rozpoznanie sytuacji

Narzędzie nr 2: Diagnoza – ocena sytuacji

Narzędzie nr 3: Umowa współpracy

Narzędzie nr 4: Karta pracy socjalnej

Narzędzie nr 5: Ocena realizacji Umowy współpracy

Narzędzie nr 6: Ewaluacja końcowa

Narzędzie nr 7: Wywiad z osobą pozostającą bez pracy

Narzędzie nr 8: Wywiad z osobą niepełnosprawną

Narzędzie nr 9: Wywiad z rodziną osoby niepełnosprawnej

Narzędzie nr 10: Wywiad z osobą starszą

Narzędzie nr 11: Wywiad z rodziną z dziećmi

Narzędzie nr 12: Wywiad z osobą/rodziną dotkniętą przemocą w rodzinie

Narzędzie nr 13: Wywiad ze sprawcą przemocy w rodzinie

Narzędzie nr 14: Wywiad z osobą długotrwale chorą

Narzędzie nr 15: Wywiad z osobą uzależnioną od alkoholu

Narzędzie nr 16: Wywiad z osobą współuzależnioną

Narzędzie nr 17: Arkusz Moje zasoby i możliwości

Narzędzie nr 18: Ankieta aktywności na rynku pracy

Narzędzie nr 19: Ankieta umiejętności poszukiwania pracy

Narzędzie nr 20: Analiza gospodarowania czasem przez osobę pozostającą bez pracy

Narzędzie nr 21: Ankieta umiejętności społecznych

Narzędzie nr 22: Arkusz obserwacji kondycji psychofizycznej osoby starszej

Narzędzie nr 23: Genogram rodziny

Narzędzie nr 24: Ekogram rodziny

Narzędzie nr 25: Ankieta umiejętności wychowawczych

Narzędzie nr 26: Arkusz obserwacji dziecka małego (od 0 do 3 roku życia)

Narzędzie nr 27: Analiza czynników ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie wobec dziecka

Narzędzie nr 28: Arkusz diagnostyczny przemocy w rodzinie wobec dzieci

Narzędzie nr 29: Arkusz oceny zagrożenia rozwoju dziecka

Narzędzia w wersji elektronicznej wraz z wprowadzeniem i opisem ich stosowania są do dyspozycji na stronie Wspólnoty Roboczej Związków Organizacji Socjalnych pod adresem: [http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/?id=121&m=40]

## 5.8. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX POST REALIZOWANY PO ZAKOŃCZENIU PRACY Z RODZINĄ

### **KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX POST INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO**

**(realizowany w okresie 3 i 6 miesięcy po zakończeniu pracy z rodziną realizowanej w ramach założeń Modelu)**

**W sprawie .....**

<b>I.p.</b>	<b>Obszary ewaluacji</b>	<b>Opisowa ocena ewaluatora</b>
1.	Czy w dłuższej perspektywie czasowej przygotowany pakiet usług był efektywny i adekwatny do potrzeb rodziny objętej wsparciem w ramach Modelu?	
2.	Jaka jest długookresowa skuteczność działań podjętych przez instytucje, które tworzyły sieć wsparcia?	
3.	Jaka jest dynamika zmian motywacji członków rodzin dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa w odniesieniu do swojej sytuacji życiowej?	

4.	Które ze zrealizowanych celów działań podejmowanych w ramach Modelu zostały utrzymane w dłuższej perspektywie czasowej?	
5.	Które ze zrealizowanych celów działań podejmowanych w ramach Modelu nie zostały utrzymane w dłuższej perspektywie czasowej?	
6.	Czy rodzina wymaga dalszego wsparcia instytucjonalnego? <ul style="list-style-type: none"> <li>Ewentualnie: Jakie instytucje powinny świadczyć wsparcie na rzecz rodziny w przyszłości?</li> </ul>	

<b>I.p.</b>	<b>Obszary ewaluacji</b>	<b>Ocena ewaluatora</b>
1.	Odsetek pełnoletnich członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS podjęli i utrzymali pracę zawodową.	
2.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinie objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, które w wyniku działań zapisanych w IPS podjęły i utrzymały pracę zawodową.	
3.	Odsetek młodocianych członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy w wyniku działań ujętych w IPS uczestniczą zajęciach pozaszkolnych bez finansowego wsparcia instytucji pomocowych.	
4.	Odsetek celów zrealizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
5.	Odsetek barier utrudniających realizację celów realizowanych w ramach IPS – ocena członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu.	
6.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć podjęcia pracy zawodowej.	
7.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć dalszego kształcenia się.	

8.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć zaniechania korzystania ze świadczeń wynikających z założeń systemu pomocy społecznej.	
9.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację społeczną.	
10.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.	
11.	Odsetek członków rodziny objętej wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy deklarują chęć uczestnictwa w zajęciach/kursach/szkoleniach umożliwiających aktywizację zawodową.	

<b>I.p.</b>	<b>Obszary ewaluacji</b>	<b>Ocena</b> <b>(wg algorytmu: suma ocen dokonanych przez poszczególnych członków rodziny w skali 1 (ocena najniższa)- 5 (ocena najwyższa) podzielona przez liczbę członków rodziny. (Wymagana dokładność: poziom dziesiętnych)</b> <b>Model:</b> <b>uśredniona ocena = (ocena osoby A + ocena osoby B + ocena osoby x)/liczba członków rodziny</b>
1.	Uśredniona ocena efektywności Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach.	
2.	Uśredniona ocena efektywności poszczególnych działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach.	

3.	Uśredniona ocena motywacji do wzięcia udziału w kolejnych etapach realizacji Modelu członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach.	
4.	Uśredniona ocena dostępu do informacji dotyczących działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach.	
5.	Uśredniona ocena efektywności Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach.	
6.	Uśredniona ocena efektywności poszczególnych działań realizowanych w ramach Modelu formułowana przez członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w jego ramach.	

Czy osoba/rodzina wymaga kolejnego wsparcia świadczonego w ramach założeń Modelu?

TAK/NIE

Propozycje dalszych działań instytucjonalnych

.....  
 .....

Sporządził/a

.....

Data .....

## 5.9. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX ANTE MODELU NA TERENIE GMINY

### WZÓR KWESTIONARIUSZA EWALUACJI *EX ANTE* – POZIOM WDRAŻANIA MODELU NA TERENIE GMINY

L.p	Obszary ewaluacji	Opisowa ocena ewaluatora
1.	<p>Czy na terenie objętym programem wsparcia realizowanym wg założeń Modelu funkcjonują instytucje potencjalnie mogące wejść w skład sieci wsparcia? Jakiego rodzaju/typu są to instytucje? W jakich obszarach funkcjonują (np. socjalizacja dzieci i młodzieży, kultura fizyczna, aktywizacja seniorów).</p>	
2.	<p>Czy istnieją możliwości formalno-organizacyjne umożliwiające włączenie instytucji funkcjonujących poza systemem pomocy społecznej w skład sieci wsparcia? Jakie są bariery utrudniające tworzenie sieci wsparcia?</p>	
3.	<p>Jaki jest potencjał kadrowy Ośrodka Pomocy Społecznej w kontekście wdrażania zmian wynikających z założeń Modelu? (liczba pracowników socjalnych realizujących działania wynikające z założeń Modelu i ich kompetencje)</p>	
4.	<p>Jaki jest poziom motywacji pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej funkcjonującego na terenie gminy (różnego szczebla) w odniesieniu do działań związanych z wdrażaniem Modelu? (Jaka jest gotowość akceptacji zmian dotyczących systemu pracy);</p>	



5.	Jakie bariery strukturalne i organizacyjne mogą utrudnić wdrażanie założeń Modelu w danym Ośrodku Pomocy Społecznej?	
----	--	--

L.p.	Obszary ewaluacji	Ocena ewaluatora
1.	Odsetek rodzin, które potencjalnie mogą zostać wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu.	
2.	Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy potencjalnie mogą podjąć i utrzymać pracę zawodową.	
3.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które potencjalnie mogą podjąć i utrzymać pracę zawodową.	
4.	Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających planowane zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
5.	Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających planowane zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
6.	Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających planowane zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
7.	Liczba instytucji potencjalnie wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.	
8.	Liczba usług potencjalnie wchodzących w skład „katalogu usług”.	

Ocena możliwości wdrożenia Modelu na terenie gminy: TAK/NIE

Rekomendacje dotyczące zmian ułatwiających wprowadzenie Modelu

.....  
 .....

Sporządził/a

.....

Data

.....

## 5.10. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI *ON GOING* MODELU NA TERENIE GMINY

### WZÓR KWESTIONARIUSZA EWALUACJI *ON GOING* – POZIOM WDRAŻANIA MODELU NA TERENIE GMINY

L.p.	Obszary ewaluacji	Opisowa ocena ewaluatora
1.	Czy włączone w skład sieci wsparcia instytucje realizują swoje zadania w sposób efektywny?	
2.	<p>Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej są adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jak sprawdzają się w praktyce zmiany organizacyjne wprowadzone w strukturze Ośrodka Pomocy Społecznej?</li> <li>○ Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?</li> <li>○ Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych?</li> </ul>	
3.	Jaka jest efektywność działań podejmowanych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń projektu?	
4.	Jakie dalsze działania powinny być zrealizowane przez instytucje wchodzące w skład sieci wsparcia w	

	ramach określonych przez założenia Modelu?	
5.	Jakie instytucje powinny zostać włączone w sieć wsparcia? /Jakie instytucje powinny zostać wyłączone z sieci wsparcia?	
6.	Czy działania prowadzone zgodnie z założeniami Modelu są zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie.	

<b>L.p.</b>	<b>Obszary ewaluacji</b>	<b>Ocena ewaluatora</b>
1.	Odsetek rodzin, które zostały wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu.	
2.	Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy podjęli i utrzymali pracę zawodową.	
3.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które podjęły i utrzymały pracę zawodową.	
4.	Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
5.	Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.	

6.	Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
7.	Odsetek instytucji wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.	
8.	Odsetek usług wchodzących w skład „katalogu usług”.	
9.	Odsetek działań realizowanych niezgodnie z wytycznymi Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie.	

Rekomendacje dotyczące zmian ułatwiających wprowadzenie Modelu

.....  
 .....

Sporządził/a

.....

Data

.....

## 5.11. KWESTIONARIUSZ EWALUACJI EX POST MODELU NA TERENIE

### GMINY

#### WZÓR KWESTIONARIUSZA EWALUACJI EX POST – POZIOM WDRAŻANIA MODELU NA TERENIE GMINY

L.p.	Obszary ewaluacji	Opisowa ocena ewaluatora
1.	Czy włączone w skład sieci wsparcia instytucje zrealizowały swoje zadania w sposób efektywny?	
2.	Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej okazały się adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu? <ul style="list-style-type: none"><li>○ Jak sprawdziły się w praktyce zmiany organizacyjne wprowadzone w strukturze Ośrodka Pomocy Społecznej?</li><li>○ Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych?</li><li>○ Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych?</li></ul>	
3.	Jaka jest efektywność działań podjętych przez poszczególne instytucje zaangażowane w realizację działań wynikających z założeń Modelu?	
4.	Czy działania prowadzone zgodnie z założeniami Modelu były zgodne z wytycznymi ujętymi w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie.	

L.p.	Obszary ewaluacji	Ocena ewaluatora
1.	Odsetek rodzin, które zostały wyłączone z systemu wsparcia instytucjonalnego ze względu na realizację celów ujętych w Modelu.	
10.	Odsetek pełnoletnich członków rodzin objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, którzy podjęli i utrzymali pracę zawodową.	
11.	Odsetek kobiet funkcjonujących w rodzinach objętych wsparciem realizowanym w ramach modelu, które podjęły i utrzymały pracę zawodową.	
12.	Odsetek pracowników instytucji pomocowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
13.	Odsetek pracowników instytucji pozarządowych pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
14.	Odsetek osób korzystających ze zróżnicowanych form pomocy społecznej pozytywnie oceniających zmiany wprowadzone w ramach modelu.	
15.	Odsetek instytucji, które weszły w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.	
16.	Odsetek usług, które weszły w skład „katalogu usług”.	
17.	Odsetek działań zrealizowanych niezgodnie z wytycznymi Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w danym Mieście/danej Gminie.	

Rekomendacje dotyczące zmian usprawniających wdrażanie Modelu na terenie gminy

.....  
 .....

Sporządził/a

.....

Data

.....

## BIBLIOGRAFIA

---

Andrew R., *Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych*, w: *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.

Ciczkowska-Giedziun M., *Praca socjalna oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” XXI, Wydawnictwo UAM, Poznań 2011.

De Jong P., Berg I.K., *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2007.

*Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, red. J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015.

*Edukacja: jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji ds. Edukacji Dwudziestego Pierwszego Wieku pod przewodnictwem Jacquesa Delorsa*, tł. z franc. W. Rabczuk, Warszawa 1998.

„Równość” [<http://rownosc.info/dictionary/dziedziczenie-biedy/>], data wejścia: 10.08.2017.

Krasiejko I., Jaraczewska J.M., *Dialog Motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2012.

Krasiejko I., *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2010.

*Model środowiskowej pracy socjalnej/organizowania społeczności lokalnej*, praca zbiorowa, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2014.

Pielińska M., *Oblicza polskiej biedy – dzieci. Seminarium w Warszawie*, „Polityka Społeczna” 2003.

Przeperski J., *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2015.

Przeperski J., *Praca z rodziną z zastosowaniem metody Konferencji Grupy Rodzinnej*, „es.O.es” nr 2/2006, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.

Szczepkowski J., *Praca socjalna. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach*,

Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2010.

Tarkowska E., *Młode pokolenie z byłych PGR-ów: dziedziczenie biedy czy wychodzenie z biedy*, „Polityka Społeczna” 2006.

Tarkowska E., *Oblicza polskiej biedy*, Analizy Laboratorium WIĘZI, nr 2/2009 E. Tarkowska, *Dziecko w biednej rodzinie*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 9, s. 10.

Warzywoda-Kruszyńska W., *Wielkomijska bieda w Polsce*, w: *Polska bieda w świetle Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym*, red. H. E. Kubiak, Kraków 2012.

Zabłocki G., Sobczak M., Piszczek E., Kwiecińska M., *Ubóstwo na terenach wiejskich północnej Polski*, Toruń 1999.

*Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017.

Zawadzki P., *Konferencja Grupy Rodzinnej – nowa metoda pomocy dziecku i młodzieży w rodzinie*, dostęp online: [http://zalaczniki.ops.pl/patryk\\_zawadzki\\_tekst\\_kgr.pdf](http://zalaczniki.ops.pl/patryk_zawadzki_tekst_kgr.pdf), data wejścia: 15.09.2017.



## SPIS SCHEMATÓW

---

SCHEMAT 1. ETAPY METODYCZNEGO DZIAŁANIA (ŚCIEŻKA WSPARCIA RODZIN W MODELU) /26

SCHEMAT 2. ZADANIA MENEDŻERA PRZYPADKU /36

## SPIS TABEL

---

TABELA 1. FRAGMENT PRZYKŁADOWEGO KATALOGU USŁUG /79