



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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

PORADNIK DLA INSTYTUCJI WDRAŻAJĄCEJ

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. ZAKRES REALIZACJI MODELU /8
 - 2.1. ZAKRES PODMIOTOWY MODELU /9
 - 2.2. ZASADY STOSOWANE W REALIZACJI MODELU /11
 - 2.3. KORZYŚCI DLA REALIZATORÓW I ODBIORCÓW DZIAŁAŃ /12
3. ZAŁOŻENIA MODELU /17
 - 3.1. SCHEMAT MODELU /22
 - 3.2. ETAPY WDRAŻANIA MODELU – DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH MODELU /24
 - 3.2.1. ETAP DIAGNOSTYCZNY /24
 - 3.2.1.1 ETAP ORGANIZACYJNY A – ZBUDOWANIE PARTNERSTWA NA RZECZ REALIZACJI MODELU /27
 - 3.2.1.2 ETAP ORGANIZACYJNY B – PRZYGOTOWANIE INSTYTUCJI DO WDROŻENIA MODELU /46
 - 3.2.1.3 ETAP PRZYGOTOWANIA DO REALIZACJI WSPARCIA /61
 - 3.2.1.4 ETAP REALIZACJI WSPARCIA /69
4. ETAPY PRACY Z RODZINĄ /72
 - 4.1. PROCES WSPARCIA RODZIN – ETAPY METODYCZNEGO DZIAŁANIA PRACOWNIKÓW W RAMACH MODELU /75
 - I ETAP - NAWIĄZANIE KONTAKTU Z RODZINĄ/ANALIZA SYTUACJI RODZINY /75
 - II ETAP – POGŁĘBIENIE DIAGNOZY/NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY PRACOWNIKA SOCJALNEGO ZE SPECJALISTĄ DS. SIECI WSPARCIA /81
 - III ETAP – WSPÓŁPRACA SPECJALISTÓW W FORMULE INTERDYS-CYPLINARNEJ /83
 - IV ETAP – REALIZACJA INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO /86
 - V ETAP – ZAKOŃCZENIE INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO /87
 - 4.2. MONITORING I EWALUACJA DZIAŁAŃ /87
 - 4.3. WARUNKI REALIZACJI MODELU /90
5. ZAŁĄCZNIKI /99
 - 5.1. WZORY UMÓW I POROZUMIEŃ Z PARTNERAMI /99
 - 5.1.1 WZÓR POROZUMIENIA PARTNERSKIEGO/UMOWY O WSPÓŁPRACY /99

5.1.2	PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA ZMIAN STRATEGII	/105
5.1.3	PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA NARZĘDZIA W POSTACI MODELU	/106
5.1.4	WZÓR ZARZĄDZENIA W SPRAWIE ZMIANY REGULAMINU PRACY OŚRODKA	/107
5.1.5	WZÓR POROZUMIENIA Z PRACOWNIKIEM SOCJALNYM	/109
5.1.6	POROZUMIENIE Z PRACOWNIKIEM W SPRAWIE ZADANIOWEGO CZASU PRACY	/110
5.1.7	WZÓR ANEKSU DO ZAKRESU CZYNNOŚCI PRACOWNIKA SOCJALNEGO	/112
5.1.8	WZÓR ANEKSU DO ZAKRESU CZYNNOŚCI SPECJALISTY DS. SIECI WSPARCIA	/113
5.2	WYKAZ NARZĘDZI WYKORZYSTYWANYCH W MODELU	/114
5.2.1	WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W MODELU	/114
5.2.2	KARTA OCENY FORMALNEJ	/117
5.2.3	KARTA PRACY SOCJALNEJ/ŚRODOWISKOWEJ PRACY SOCJALNEJ	/120
5.2.4	PROTOKÓŁ SK/PROTOKÓŁ ZIDR	/121
5.2.5	MONITORING DZIAŁAŃ SK/ZIDR	/124
5.2.6	KARTAINDIVIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO/MONITORING IPS	/129
5.2.7	NARZĘDZIA ANALIZY SYTUACJI RODZINY/DIAGNOZY WSTĘPNEJ I POGŁĘBIONEJ	/140
5.2.8	KWESTIONARIUSZ EWALUACJI <i>EX POST</i> REALIZOWANY PO ZAKOŃCZENIU PRACY Z RODZINĄ	/141
5.2.9	KWESTIONARIUSZ EWALUACJI <i>EX ANTE</i> MODELU NA TERENIE GMINY	/145
5.2.10	KWESTIONARIUSZ EWALUACJI <i>ON GOING</i> MODELU NA TERENIE GMINY	/147
5.2.11	KWESTIONARIUSZ EWALUACJI <i>EX POST</i> MODELU NA TERENIE GMINY	/149
5.2.12	PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA ROZWIĄZANIACH (PSR)	/152
5.2.13	DIALOG MOTYWUJĄCY (DM)	/154
5.2.14	KONFERENCJA GRUPY RODZINNEJ (KGR)	/156
	BIBLIOGRAFIA	/160
	SPIS SCHEMATÓW	/161
	SPIS TABEL	/161

1. PODSTAWOWE INFORMACJE NA TEMAT PODRĘCZNIKA

1.1. PRZEZNACZENIE PODRĘCZNIKA

Niniejszy podręcznik stanowi integralną część „Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa”. Jest on przeznaczony dla instytucji, która zdecyduje się na wdrożenie Modelu. Korzystać z niego powinni w szczególności pracownicy instytucji pomocy społecznej (zarówno kadra zarządzająca, jak i późniejsi realizatorzy), którzy będą odpowiedzialni za zorganizowanie procesu wdrażania Modelu. Zbiór ten nie tylko precyzuje i wyjaśnia zasady pracy w oparciu o Model, ale także ma dostarczyć przedstawicielom instytucji wdrażającej wskazówek, które mają im pomóc właściwym zaplanowaniu pracy organizacyjnej związanej z wdrożeniem rozwiązań przewidzianych w Modelu oraz w realizacji kolejnych etapów wsparcia. Z treścią podręcznika powinny zapoznać się przede wszystkim osoby zarządzające instytucją pomocy społecznej, ale również pracownicy socjalni, którzy będą współpracowali z rodzinami oraz 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 bezpośrednio spoczywa obowiązek nadzorowania pracy pracowników socjalnych i specjalistów ds. sieci wsparcia zaangażowanych we wdrażanie Modelu.

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 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. 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.

W rozdziale drugim wskazano instytucje mogące wykorzystać Model na swoim gruncie oddziaływać. Przedstawiony jest także podmiot oddziaływać, na rzecz którego Model został stworzony. Prezentowane zasady wskażą wymiar etyczny proponowanych działań.

Rozdział trzeci służy ukazaniu założeń, zestawu „konceptji pomocowych”, filarów, stanowiących fundament rekomendowanego Modelu. W kolejnych częściach III rozdziału zostaną krok po kroku przedstawione zasady koordynacji prac związanych z wdrażaniem Modelu i omówione etapy wdrażania wypracowanych, rekomendowanych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania dziedzicznemu ubóstwu. W ramach tej części przedstawione zostaną wymagania dotyczące rozwiązań organizacyjnych w jednostce, wymagania dotyczące personelu wdrażającego Model, opisy stanowisk, programy szkoleń.

Przedostatnia część to szczegółowy opis rekomendowanego wsparcia rodzin w podziale na etapy metodycznego działania. Rozdział ten wskazuje w szczególności zakres działań podejmowanych przez pracowników socjalnych i specjalistów pracujących w ramach instytucji wdrażającej Model. To praktyczna wskazówka dla realizatorów zadań w ramach Modelu odpowiadająca na pytania co, gdzie i w jakim wymiarze realizować, aby spełnić kryteria Modelu. Model rekomenduje wykorzystanie w pracy z rodzinami zagrożonymi dziedzicznym ubóstwem określonych metod pracy. Spis oraz wskazówki do wykorzystania tych narzędzi znajduje się także w czwartym rozdziale. Sposoby monitoringu i ewaluacji działań będą opisane zarówno w ramach opisu etapów wdrażania Modelu, jak i w przedostatnim rozdziale.

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

2. ZAKRES REALIZACJI MODELU

Model pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa na danym terytorium opiera się na wytycznych wskazanych w Regulaminie konkursu na makroinnowacje w temacie „Przerwanie dziedzicznego ubóstwa na obszarach

zdegradowanych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”.

Realizacja Modelu musi opierać się na:

- a) dogłębnej diagnozie zasobów i ograniczeń miejsca, środowiska, które będzie objęte wsparciem;
- b) wykorzystaniu opracowanych w ramach PIW EQUAL i PO KL rozwiązań;
- c) zmianie dotychczasowych, rutynowych rozwiązań, realizowanych w obszarze pomocy społecznej;
- d) uwzględnieniu podmiotowości i autonomii adresatów – rodzin i środowiska, w którym one na co dzień funkcjonują;
- e) zaangażowaniu całej lokalnej społeczności (autentycznej partycypacji), dążeniu do budowania realnego partnerstwa, tworzeniu możliwości zdobywania umiejętności współpracy dla dobra mieszkańców obszaru;
- f) wzmocnieniu potencjału rozwojowego dzieci i młodzieży, tak, aby mogły wyjść z zaklętego kręgu biedy i prowadzić samodzielne i godne życie;
- g) zapewnieniu dostępu do różnego rodzaju usług (pomocy społecznej, edukacyjnych, opiekuńczych, zdrowotnych i kulturalnych);
- h) określeniu instytucji koordynującej, odpowiedzialnej za sprawne, skuteczne i efektywne funkcjonowanie Modelu;
- i) wskazaniu źródeł finansowania Modelu.

2.1. ZAKRES PODMIOTOWY MODELU

Odbiorcami wsparcia są rodziny – zagrożone problemem dziedzicznego ubóstwa oraz te, w których problem ten już występuje – wraz z ich najbliższym sąsiedztwem. Grupa docelowych odbiorców Modelu to cała rodzina, czyli osoby dorosłe (rodzice), dzieci (zarówno pełnoletnie, jak i niepełnoletnie) oraz dziadkowie. Model skupia się w szczególności na rodzinach trzypokoleniowych. Działania przewidziane w schemacie są ukierunkowane na redukcję już istniejących problemów, poprzez dostarczenie konkretnych usług czy projektów – główne wsparcie bezpośrednie skierowane będzie do dzieci reprezentujących okres wczesnego dzieciństwa oraz będących w okresie edukacji szkolnej, do dorosłych osób niepracujących lub zaliczanych do grupy prekariuszy, 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.

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 płci lub wieku, lecz do natężenia dotyczących daną rodzinę problemów. Niepełnosprawność czy, np. samotne rodzicielstwo –dotykające w głównej mierze kobiety – są kryteriami dodatkowymi, które ułatwiają tym osobom skorzystanie z planowanego wsparcia.

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.

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.

2.2. ZASADY STOSOWANE W REALIZACJI MODELU

W realizacji działań wspierających i aktywizujących w ramach Modelu należy uwzględnić podstawowe zasady funkcjonowania społecznego oraz zasady pracy socjalnej, a w szczególności:

- ✓ **zasadę wzajemnego zaufania i akceptacji** – opartą na tolerancji, poszanowaniu godności, swobody wyboru wartości i celów życiowych osób objętych wsparciem;
- ✓ **zasadę wzmacniania (empowerment)** – w ramach której respektuje się prawo rodzin do współuczestnictwa w procesie definiowania potrzeb i celów, ufa się w zdolność rodzin do przeprowadzenia pozytywnych zmian we własnym życiu poprzez wykorzystanie zasobów i silnych stron oraz rezygnacji z traktowania osób wyłącznie przez pryzmat cechujących ich deficytów;
- ✓ **zasadę indywidualizacji** – podmiotowego podejścia do klienta, uwzględniającą indywidualne cechy osobowości klienta, jego potencjał, możliwości rozwojowe, ograniczenia oraz inne atrybuty ważne dla budowania relacji współpracy w pokonywaniu życiowych trudności;
- ✓ **zasadę poufności** – respektowania prywatności i nieujawniania informacji uzyskanych od klienta bez jego wiedzy i zgody osobom trzecim (z wyłączeniem wyjątków wynikających z przepisów obowiązującego prawa);

- ✓ **zasadę właściwego doboru metod i technik stosowanych z poszanowaniem godności osób i ich prawa do samostanowienia** – prawa klientów do wolności i odpowiedzialności za swoje życie, gwarantujące osobom aktywne uczestnictwo w działaniach prowadzących do poprawy ich sytuacji oraz prawo do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących wyboru właściwej formy wsparcia;
- ✓ **zasadę udostępniania zasobów** – przejawiającą się w zobowiązaniu pracowników realizujących działania w ramach Modelu do poszukiwania możliwości zaspokojenia uzasadnionych potrzeb klientów i udzielania wszelkich informacji w tym zakresie;
- ✓ **zasadę neutralności** – poszukiwania przyczyn i sposobów rozwiązywania sytuacji problemowych powstałych podczas realizacji zadań w ramach Modelu, niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez osoby pomagające i klientów;
- ✓ **zasadę nieoceniań** – rozpatrywania każdej sytuacji opartego na profesjonalnej wiedzy, odstąpienia od osądów i krytyki osób korzystających ze wsparcia;
- ✓ **zasadę dobra rodziny i poszczególnych jej członków** – uwzględnienia w postępowaniu pomocowym potrzeb i wsparcia poszczególnych członków środowiska rodzinnego;
- ✓ **zasadę efektów odłożonych w czasie** – zakładającą, że nie wszystkie podejmowane działania muszą od razu przynieść widoczną zmianę.

2.3. KORZYŚCI DLA REALIZATORÓW I ODBIORCÓW DZIAŁAŃ

Model jest wart wdrożenia ze względu na szereg rozwiązań o charakterze innowacyjnym, które zostały w jego ramach zaproponowane. Praca w oparciu o Model jest korzystna dla realizatorów, ale również odbiorców działań, czyli rodzin zagrożonych problemem dziedzicznego ubóstwa. Wśród najważniejszych korzyści dla realizatorów Modelu wskazać należy sześć kwestii.

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

Praca z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa 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 pomocą rodzinom 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 problemem dziedzicznego ubóstwa

Praca z klientami pomocy społecznej 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 itp.). Pracownik socjalny pozostaje blisko klienta, jednak mając do dyspozycji wielu specjalistów dąży do zorganizowania mu kompleksowego i specjalistycznego wsparcia.

4. Nawiązanie i funkcjonowanie lokalnego partnerstwa na rzecz przeciwdziałania dziedzicznemu ubóstwu

W ramach Modelu przewiduje się stworzenie lokalnej sieci wsparcia, w skład której wejdą przedstawiciele różnych instytucji i organizacji lokalnych. Pozwala to usprawnić interwencję i szybciej doprowadzić do pozytywnego zakończenia przypadku. Zróżnicowanie 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 także będzie wykorzystywane do współdziałania w ramach innych przedsięwzięć.

5. Systematyczne monitorowanie efektów pracy

Dzięki określonym w Modelu warunkom ewaluacji i monitoringu, wsparcie, jakie jest udzielane rodzinom z 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 i 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 z pewnością niesie konieczność podniesienia kompetencji pracowników instytucji będącej realizatorem działań. Będzie to jednak kwestia zindywidualizowana, uzależniona od określonych potrzeb w tym zakresie. Szczegółowy zakres niezbędnych działań oraz rekomendowanych szkoleń dla instytucji wdrażającej został określony w Modelu, w rozdziale szóstym (Tabela nr 3. Warunki zastosowania Modelu w praktyce). Warto wspomnieć, iż kwestia zastosowania bądź konieczności szkolenia – czy to pracowników bezpośrednio realizujących założenia Modelu, czy też współpartnerów – jest mocno uzależniona od zdiagnozowanych w tym obszarze deficytów.

Podkreślić należy, iż praca w ramach proponowanego Modelu ma w pierwszej kolejności czerpać z zasobów pozostających w dyspozycji instytucji. Dla przykładu, można założyć, że pracownicy socjalni powinni odbyć szkolenie w zakresie stosowania szeroko pojętej pracy metodą indywidualnego przypadku (w sytuacji zdiagnozowania braku odpowiednich kompetencji) bądź też skorzystać z lżejszej formy, np. w postaci warsztatów (w sytuacji zdiagnozowania odpowiednich kompetencji, wymagających nieznacznego „przypomnienia” jej zastosowania). Należy również założyć, że kwestia potrzeb szkoleniowych w proponowanym Modelu jest sprawą otwartą i winna być na bieżąco analizowana. Tym samym w sytuacji zaistnienia potrzeby przeprowadzenia niezbędnych szkoleń, nawet już w trakcie pracy w Modelu należy sprostać temu wyzwaniu i przeprowadzić istotne i potrzebne szkolenia. Praca w oparciu o Model może więc

przynieść realizatorom korzyści w postaci wzbogacenia doświadczenia zawodowego, jak również podwyższenia kompetencji zawodowych oraz zwiększyć jakości usług instytucji, co również może zostać przez wykorzystane w danej instytucji w dalszej pracy.

Działanie w oparciu o Model przynosi 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 problemem dziedzicznego ubóstwa. Dzięki międzysektorowej i międzyinstytucjonalnej współpracy oraz wymianie doświadczeń, zwiększa się szansa na udzielenie kompleksowego wsparcia każdemu z klientów. Zintegrowanie różnych, często wyspecjalizowanych form wsparcia, połączone z systematycznymi, bezpośrednimi kontaktami pomiędzy tymi formami, 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 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 i omawiania jej problemów, co dla beneficjentów wsparcia bywa szczególnie 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. Model bierze pod uwagę te różnice i dlatego działania założone

w nim mają charakter wysoce zindywidualizowany, dostosowany do potrzeb i deficytów każdej z rodzin. Opracowanie zestawu form pomocy dedykowanego konkretnej komórce społecznej powinno być przez nią odebrane jako działanie nadające wartość rodzinie, ponieważ przestaje być ona traktowana jako jeden z wielu „przypadków”, dostrzega się jej indywidualną 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 problemem dziedzicznego ubóstwa i jej najbliższego otoczenia, czyli sąsiadów czy znajomych. Istotnym 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 bez możliwości skorzystania ze wsparcia także po wdrożeniu Modelu, co jest niezwykłym, w odniesieniu do dotychczas realizowanych projektów, dodatkiem wspomagającym efektywność prowadzonych działań.

7. Działania ukierunkowane na przerwanie międzypokoleniowego łańcucha dziedziczonego ubóstwa

Działania przewidziane w Modelu mają charakter kompensacyjny i są ukierunkowane na redukcję już istniejących deficytów i problemów, 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 szansę przyswoić sobie nowe wzorce efektywnego działania, skuteczne sposoby rozwiązywania problemów, a także wykształcić właściwe postawy, które pomogą im przerwać łańcuch dziedziczenia ubóstwa.

Lista korzyści, które można przedstawić rodzinom, zachęcając je do współpracy w ramach „modelowych” działań, znajduje się w rozdziale 4.1 podręcznika: Proces wsparcia rodzin, w części I, dotyczącej nawiązania relacji z rodziną.

3. ZAŁOŻENIA MODELU

Wskazane poniżej ogólne założenia zastosowane w ramach Modelu stanowią nowy, niestosowany dotąd w sposób łączny, zbiór przesłanek odróżniających proponowany Model od innych, znanych dotychczas rozwiązań o podobnym charakterze. Zakłada się, że schemat, poprzez wykorzystanie i połączenie zasobów środowiska lokalnego, interdyscyplinarne wsparcie, nacisk na profesjonalizację działań oraz współdziałanie rodzin w ich realizacji, stanie się rozwiązaniem efektywniejszym i skuteczniejszym w porównaniu z dotychczas stosowanymi.

Obecnie problemy osób dotkniętych dziedziczną bezradnością i wykluczeniem 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. Jak wynika z przeprowadzonych na potrzeby opracowania Modelu diagnoz i analiz, teren dzielnicy Wilchw, dzielnicy Wodzisławia Śląskiego, od kilku lat objęty jest stałą pracą i działaniami lokalnego ośrodka pomocy społecznej. Różne działania, wdrażane zarówno poprzez realizację zadań własnych placówki, jak również prowadzonych na terenie dzielnicy projektów innych instytucji, pomimo zrealizowania w znacznej większości ich założeń, nie dały wymiernych rezultatów. Szczególnie problematyczne jest utrzymanie osiągniętych celów w dłuższej perspektywie czasowej. Ośrodek pomocy społecznej współpracował z lokalnym środowiskiem, wykorzystywał istniejące potencjały, jednakże wydaje się obecnie, że założenia co do podjętej współpracy były zbyt „płytkie” oraz powierzchowne. Praca z rodziną oraz potencjalnym klientem pomocy społecznej ograniczała się natomiast tylko do aktywizacji głowy rodziny przez pracownika socjalnego.

Główne problemy, wpływające na niską efektywność podejmowanych dotychczas działań, można rozpatrywać zarówno w aspekcie instytucji, jak i rodziny.

- **W aspekcie instytucji okazuje się, że**

- zrealizowane projekty były zbyt krótkie oraz nie posiadały działań poprojektowych, które pozwoliłyby choć częściowo kontynuować lub też wspierać zaistniałe pozytywne efekty; Model opiera się na współpracy lokalnych instytucji, przedsiębiorstw i organizacji z koordynacyjną rolą ośrodka pomocy społecznej niezależnie od finansowania zewnętrznego; W Tabelach nr 9 i 11 Modelu wskazano alternatywne możliwości finansowania działań modelowych;
- podjęta współpraca międzyinstytucjonalna nie posiadała planów na przyszłość, była ulokowana jedynie na potrzeby danego przedsięwzięcia; obecnie w Modelu zakłada się szeroko pojętą współpracę poprzez zawieranie porozumień partnerskich oraz umów o współpracy, których zasadniczym celem będzie wspólna realizacja założeń Modelu, z wykorzystaniem dotychczasowych doświadczeń w pracy ze środowiskiem, jak również wypracowanie nowej jakości usług; sposoby pracy w lokalnym środowisku oraz zasady organizacji pracy lokalnego partnerstwa opisano w części 3IIA, w szczególności w podrozdziale 2 i 5 Modelu;

- brakowało określenia wspólnych celów, zarówno dla podmiotów realizujących działania, współpracujących z nimi, jak i ich odbiorców; Model – poprzez realizację założeń związanych z budowaniem lokalnego partnerstwa – oprócz ogólnych zasad współpracy instytucjonalnej będzie skupiał się na stworzeniu sieci wsparcia, wspólnych celów i katalogu aktualnych zasobów i usług; sposoby pracy w lokalnym środowisku oraz zasady organizacji pracy lokalnego partnerstwa opisano w części 3IIA Modelu, w szczególności w podrozdziałach 2 i 5;
 - brak liderów, zarówno w podmiotach współpracujących, jak i środowisku społecznym; jak wspomniano powyżej, ujęty deficyt zamierza się zniwelować poprzez zbudowanie partnerstwa; w wymienionym zakresie w dużej mierze odpowiedzialny będzie pracownik ds. sieci wsparcia. sposoby pracy w lokalnym środowisku oraz zasady organizacji pracy lokalnego partnerstwa opisano w części 3IIA w szczególności w podrozdziale 2 i 5 Modelu;
 - prowadzona praca cechowała się niskim zainteresowaniem przedstawicieli lokalnego środowiska – zidentyfikowano mechanizmy motywacji opisane w części IIA2. Modelu
- **W aspekcie rodziny z kolei** kierowana pomoc nie obejmowała swoim wsparciem całej rodziny, najczęściej głównym odbiorcą była głowa rodziny, w działaniach pomijano pozostałych jej członków. Działania zaproponowane w Modelu obecnie odnoszą się do każdego członka rodziny objętego wsparciem. Planuje się, aby każdy członek rodziny został zdiagnozowany pod kątem stworzenia indywidualnego planu pracy. Takie rozwiązanie zapewne pozwoli w całości zniwelować ujęty powyżej deficyt. Działania Modelu będą obejmowały całą rodzinę zgodnie z koncepcją modelu opisaną w części 5. IV Modelu.

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

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

mieszcząc 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.

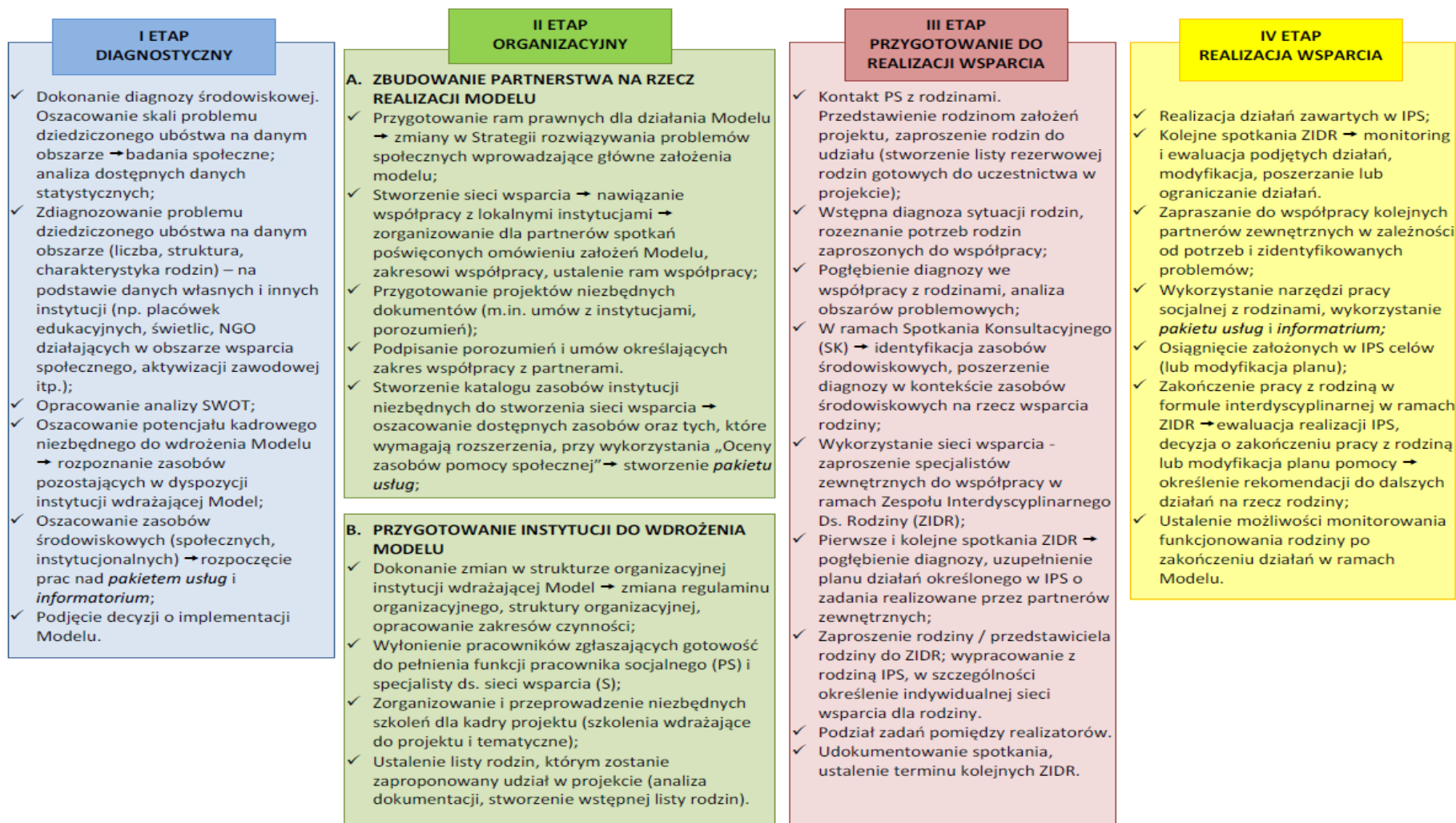
3.1. SCHEMAT MODELU

Wdrożenie Modelu obejmuje cztery następujące etapy:

- diagnostyczny;
- organizacyjny, który dzieli się na dwa podetapy (pierwszy z nich zakłada budowanie lokalnego partnerstwa na rzecz realizacji Modelu, natomiast drugi obejmuje działania związane z przygotowaniem instytucji do wdrożenia Modelu);
- przygotowanie do realizacji wsparcia;
- realizację wsparcia dla rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa.

Poniżej przedstawiono schemat graficzny opis poszczególnych etapów.

SCHEMAT 1. ETAPY WDRAŻANIA MODELU PRACY Z RODZINĄ DOTKNIĘTĄ PROBLEMEM DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA.



Źródło: opracowanie własne.

3.2. ETAPY WDRAŻANIA MODELU – DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH MODELU

3.2.1. ETAP DIAGNOSTYCZNY

ETAP DIAGNOSTYCZNY

1. Dokonanie diagnozy środowiskowej. Oszacowanie skali problemu dziedzicznego ubóstwa na danym obszarze → badania społeczne; analiza dostępnych danych statystycznych;
2. Zdiagnozowanie problemu dziedzicznego ubóstwa na danym obszarze (liczba, struktura, charakterystyka rodzin) – na podstawie danych własnych i innych instytucji (np. placówek edukacyjnych, świetlic, NGO działających w obszarze wsparcia społecznego, aktywizacji zawodowej);
3. Opracowanie analizy SWOT;
4. Oszacowanie potencjału kadrowego niezbędnego do wdrożenia Modelu → rozpoznanie zasobów pozostających w dyspozycji instytucji wdrażającej Model;
5. Oszacowanie zasobów środowiskowych (społecznych, instytucjonalnych) → rozpoczęcie prac nad *pakiem usług* i *informatorium*;
6. Podjęcie decyzji o implementacji Modelu.

Etap diagnostyczny zakłada realizację następujących działań:

1. Dokonanie diagnozy środowiskowej, oszacowanie skali problemu dziedzicznego ubóstwa

Instytucja wdrażająca Model analizuje dane własne oraz dane pozostające w dyspozycji innych instytucji (organizacje pozarządowe, urząd pracy, regionalny ośrodek polityki społecznej, inne), a także dokumenty strategiczne. Zakłada się także możliwość zlecenia badań społecznych. Celem jest uzyskanie odpowiedzi na kluczowe pytania:

- jakie problemy społeczne występują na terenie miasta/gminy/powiatu?
- czy na terenie miasta/gminy/powiatu występuje zjawisko dziedziczenia ubóstwa?
- czy są możliwe do zidentyfikowania obszary szczególnej koncentracji tego zjawiska, np. ulice, dzielnice?
- jakie instytucje/organizacje działają na tym obszarze i jakie usługi dla rodzin oferują?

2. Zdiagnozowanie problemu dziedzicznego ubóstwa na danym obszarze

Pogłębienie diagnozy problemu dziedzicznego ubóstwa powinno dotyczyć charakterystyki problemu na wybranym obszarze. Instytucja planująca wdrożenie Modelu, na podstawie danych własnych (w tym na podstawie analizy środowisk korzystających ze wsparcia) i innych instytucji, powinna określić liczbę, strukturę i dokonać charakterystyki rodzin spełniających kryteria dziedzicznego ubóstwa.

3. Opracowanie analizy SWOT realizacji Modelu na wybranym obszarze

Analiza SWOT jest efektywną metodą identyfikacji słabych i silnych stron oraz badania szans i zagrożeń, jakie stoją przed przedsięwzięciem do realizacji. Istotne jest wybranie czynników mogących mieć wpływ na proces przygotowywania i wdrażania Modelu oraz klasyfikacja tych czynników według poniższego schematu.

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 niska stopa bezrobocia w gminie lub dobra infrastruktura komunikacyjna.
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 lub gotowość rodzin do współpracy z instytucjami 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 pogłębiające się zniechęcenie i opór klientów, brak gotowości do zmiany swojej sytuacji.

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. W rezultacie analizy może zostać podjęta decyzja o implementacji Modelu lub zaniechaniu implementacji.

4. Oszacowanie potencjału kadrowego niezbędnego do wdrożenia Modelu

Na tym etapie istotne jest rozpoznanie zasobów kadrowych pozostających w dyspozycji instytucji wdrażającej Model oraz potrzeb wynikających z wdrożenia modelu. Konieczne jest rozeznanie zarówno niedoborów kadrowych jak i faktycznego potencjału, jakim dysponują pracownicy ośrodka pomocy społecznej w zakresie kompetencji metodycznych niezbędnych do realizacji zadań w ramach Modelu. Zaangażowanie kadrowe ośrodka zależne jest także od potencjału, jakim mogą go wesprzeć lokalne instytucje.

5. Oszacowanie zasobów środowiskowych (społecznych i instytucjonalnych)

W obliczu problemów, jakie pociąga za sobą dziedziczone ubóstwo oraz dla uzyskania trwałości efektów pomocowych, konieczne jest wzmocnienie działań poprzez stworzenie sieci wsparcia społecznego. Rolą instytucji wdrażającej Model i jej pracowników jest umiejętne rozpoznanie zasobów indywidualnych jak i społecznych, które mogą zostać wykorzystane w procesie wsparcia rodzin. W efekcie tych działań powinien powstać wykaz dostępnych usług, które na etapie drugim (organizacyjnym) posłużą, przy uwzględnieniu wypracowanych standardów, do stworzenia pakietu usług na rzecz osób zagrożonych dziedzicznym ubóstwem oraz informatorium.

6. Podjęcie decyzji o implementacji Modelu

Wdrożenie Modelu opiera się na zasadzie rozwiązania „dostępnego od ręki” – proponuje zatem gotowe rozwiązania wraz ze szczegółowymi wskazaniem sposobu ich wdrażania. Nie oznacza to jednak, że rekomendowany Model będzie

dopasowany do możliwości i potrzeb wszystkich zainteresowanych ośrodków bez dokonania głębszych zmian organizacyjnych. Decydenci w danym ośrodku pomocy społecznej powinni skupić się na zidentyfikowaniu najlepszego dla swojej instytucji rozwiązania, ocenić je pod względem jak najkorzystniejszego dopasowania do istniejących warunków i ewentualnie dostosować do potrzeb konkretnego ośrodka. Kluczowa jest faza konceptualizacji i uszczegółowienia zadań do realizacji oraz niezbędnych modyfikacji Modelu, uwzględniających środowiskowe uwarunkowania wdrożenia. Podjęcie decyzji o dalszych działaniach w Modelu musi brać pod uwagę także wyzwania związane z koniecznością zaproszenia do współpracy znacznej liczby partnerów, mogących posiadać odmienne cele i kulturę organizacyjną.

3.2.1.1 ETAP ORGANIZACYJNY A – ZBUDOWANIE PARTNERSTWA NA RZECZ REALIZACJI MODELU

II ETAP - ORGANIZACYJNY

A. ZBUDOWANIE PARTNERSTWA NA RZECZ REALIZACJI MODELU

1. Przygotowanie ram prawnych dla działania Modelu → zmiany w Strategii rozwiązywania problemów społecznych wprowadzające główne założenia Modelu;
2. Stworzenie sieci wsparcia → nawiązanie współpracy z lokalnymi instytucjami → zorganizowanie dla partnerów spotkań poświęconych omówieniu założeń Modelu, zakresowi współpracy, ustalenie ram współpracy;
3. Przygotowanie projektów niezbędnych dokumentów (m.in. umów z instytucjami, porozumień);
4. Podpisanie porozumień i umów określających zakres współpracy z partnerami.
5. Stworzenie katalogu zasobów instytucji niezbędnych do stworzenia sieci wsparcia → oszacowanie dostępnych zasobów oraz tych, które wymagają rozszerzenia, przy wykorzystaniu „Oceny zasobów pomocy społecznej” → stworzenie *pakietu usług*.

1. Przygotowanie ram prawnych dla działania Modelu

Kluczowe dla wdrożenia Modelu w ośrodku pomocy społecznej jest zestawienie proponowanych rozwiązań organizacyjnych z istniejącą strukturą i zadaniami jednostki. Ponadto, w związku z koniecznością realizacji zadań na poziomie instytucjonalnym, konieczne będzie utworzenie zespołu koordynująco-monitorującego, którego zadaniem będzie koordynacja działań na poziomie instytucjonalnym. Szczegóły w tym zakresie ujęto w Modelu, w rozdziale piątym („Opis koordynacji wdrożeniowej i funkcjonowania

Modelu”). Dokonanie zmian wiąże się z koniecznością regulacji w drodze stosownych zarządzeń, zarówno struktury organizacyjnej (regulamin organizacyjny), jak i szczegółowego podziału zadań oraz sposobów ich realizacji (np. zmiany w instrukcji kancelaryjnej czy we wzorach dokumentów). W konsekwencji, zmiany wymagać będą także zakresy czynności pracowników uczestniczących we wdrażaniu Modelu.

REKOMENDACJA

Aby po podjęciu decyzji o wdrożeniu Modelu, wprowadzić go do stosowania w danej jednostce organizacyjnej, rekomenduje się zastosowanie opisanej poniżej procedury administracyjno-prawnej.

1. Wystąpienie do władz gminy z projektem uchwały w sprawie przyjęcia zmian w lokalnym dokumencie związanym z rozwiązywaniem problemów społecznych na danym obszarze (np. Strategii rozwiązywania problemów społecznych).
2. Wystąpienie do władz gminy z projektem uchwały w sprawie przyjęcia narzędzia pracy pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej w postaci „Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa”.
3. Osoba zarządzająca instytucją wdrażającą na tym etapie powinna przeprowadzić procedurę zmian organizacyjnych w swojej jednostce, np. poprzez
 - powołanie grupy osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych części Modelu,
 - ustalenie porozumień z pracownikami w sprawie zmiany warunków pracy i pracy,
 - ustalenie zakresów czynności pracowników,
 - wprowadzenie zmian regulaminie pracy Ośrodka Pomocy Społecznej w częściach dotyczących zakresu czynności.

Wzory dokumentów, które można wykorzystać podczas tworzenia ram prawnych dla działania Modelu stanowią załączniki do niniejszego Podręcznika

1. PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA ZMIAN W „STRATEGII ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH” – załącznik nr 5.1.2.
2. PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA NARZĘDZIA PRACY PRACOWNIKA OPS W POSTACI: MODELU PRACY Z RODZINĄ DOTKNIĘTĄ PROBLEMEM DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA” – załącznik nr 5.1.3.
3. WZÓR ZARZĄDZENIA W SPRAWIE ZMIANY REGULAMINU PRACY OŚRODKA – załącznik nr 5.1.4.
4. PROJEKT POROZUMIENIA ZMNIEJAJĄCEGO WARUNKI PRACY I PŁACY PRACOWNIKÓW ZAANGAŻOWANYCH W REALIZACJĘ MODELU wraz z załącznikiem określającym zakres zadań w zadaniowym systemie czasu pracy – załącznik nr 5.1.5.
5. WZORY ANEKSÓW DO ZAKRESU CZYNNOŚCI PRACOWNIKÓW W MODELU – załączniki nr 5.1.7. i 5.1.8.

2. Stworzenie sieci wsparcia – nawiązanie współpracy z lokalnymi instytucjami

Model opiera swoje funkcjonowanie na zdolności do stworzenia więzi i współdziałania z innymi instytucjami – potencjalnymi partnerami. Zakłada się, że potencjalni lokalni partnerzy funkcjonują w środowisku społecznym i często w odosobnieniu realizują odrębne, jednak wciąż nakierowane na wsparcie rodzin, cele. Realizacja zadań przez poszczególne instytucje równoległe, bez stworzenia płaszczyzny interdyscyplinarnej współpracy, negatywnie wpływa na długofalowe efekty, w szczególności w przypadku rodzin z tak zwanymi sprzężonymi dysfunkcjami. Sieć interdyscyplinarnego wsparcia umożliwia realizację zadań z uwzględnieniem efektu synergii. Z punktu widzenia idei Modelu, współdziałanie potencjalnych, lokalnych partnerów ma zostać określone w ramach wspólnie uzgodnionych celów i wspólnie zaplanowanych działań – na rzecz konkretnych rodzin i osób.

KIEDY MOŻNA MÓWIĆ O PARTNERSTWIE W MODELU?

- ✓ Model posiada lidera partnerstwa – w tym przypadku liderem jest Jednostka Organizacyjna Pomocy Społecznej
- ✓ Partnerzy uczestniczą w realizacji projektu na każdym jego etapie, co oznacza również wspólne zarządzanie działaniami w ramach Modelu
- ✓ Występuje adekwatność udziału partnerów, co oznacza odpowiedni udział partnerów w realizacji projektu (wniesienie zasobów ludzkich, organizacyjnych, technicznych lub finansowych odpowiadających realizowanym zadaniom)
- ✓ Partnerzy nie są wobec siebie w podległości instytucjonalnej
- ✓ Zawarta jest pisemna umowa lub porozumienie partnerów, określająca podział zadań i obowiązków pomiędzy partnerami

3. Przygotowanie projektów niezbędnych dokumentów

Na tym etapie instytucja wdrażająca powinna przygotować projekty umów o współpracy, które zostaną skonsultowane z zaproszonymi partnerami i – w razie konieczności – zmodyfikowane. Dokumentacja wykorzystywana w Modelu to także kwestionariusze i inne narzędzia, które będą służyły pracownikom w pracy z rodzinami – wywiady, narzędzia diagnozy, narzędzia opisu współpracy, kwestionariusze pomocne w opracowaniu indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz narzędzia ewaluacji. Model zawiera także gotowe propozycje wzorów dokumentów oraz rekomendacje dotyczące stosowania narzędzi ogólnodostępnych. Instytucja wdrażająca może dostosować proponowaną dokumentację do swoich potrzeb. Może także wykorzystać w realizacji Modelu własne, sprawdzone rozwiązania.

SZABLONY NARZĘDZI, które można wykorzystać w pracy z rodzinami, znajdują się w rozdziale 5.2 podręcznika.

4. Podpisanie porozumień i umów określających zakres współpracy z partnerami, dotyczących wspólnych działań na rzecz rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa

Zawarcie umowy o współpracy oznacza, że partnerzy Modelu osiągnęli porozumienie co do wspólnych celów i zakresu współdziałania. Porozumienie/umowa o współpracy musi precyzować, do czego zobowiązują się podpisujący umowę. Są to najistotniejsze jej postanowienia – powinny jasno i jednoznacznie określać zobowiązania obu stron. Jednocześnie zakłada się, że wraz ze zdiagnozowaniem określonych deficytów w zakresie form wsparcia (usług), które dzięki współpracy oraz wykorzystaniu potencjału różnych partnerów mogłyby być realizowane, możliwe będzie zawieranie porozumień wielostronnych. Kształt i treść tych porozumień będzie już wynikać wprost z ustaleń i zakresu uzgodnionej współpracy.

UMOWA PARTNERSKA POWINNA ZAWIERAĆ CO NAJMNIJ:

- ✓ cel partnerstwa;
- ✓ zadania i obowiązki partnerów w związku z realizacją Modelu;
- ✓ zasady komunikacji i przepływu informacji w partnerstwie (w tym wskazanie osób do kontaktu).

W zależności od potrzeb i zakresu współpracy, warto również zadbać o ustalenie:

- ✓ zasad dotyczących przekazywania informacji (np. o odbiorcach usług);
- ✓ zasad udostępniania posiadanych zasobów majątkowych (np. lokalu, sprzętu komputerowego, itp.);
- ✓ zasad udostępniania usług (np. pracownikom podmiotu, wolontariuszom).

Zadanie wypracowania porozumień partnerskich lub porozumień o współpracy spoczywać będzie na specjalście ds. sieci wsparcia (S).

WZÓR POROZUMIENIA/UMOWY O WSPÓŁPRACY zawiera załącznik nr 5.1.1. do podręcznika.

5. Stworzenie katalogu aktualnie dostępnych zasobów oraz usług

Rozpoznanie zasobów indywidualnych oraz społecznych, możliwych do wykorzystania w procesie wsparcia rodzin to kolejny, niezbędny etap przygotowujący do wdrożenia

Modelu. Celem rozpoznania zasobów jest między innymi stworzenie narzędzi, które na etapie realizacji działań posłużą realizatorom modelowych działań do zbudowania zindywidualizowanej oferty wsparcia dla rodzin. Narzędziami tymi są pakiet usług oraz informatorium.

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, lub usługami złożonymi, w ramach których realizowanych jest więcej działań, wzajemnie ze sobą powiązanych, realizujących wspólny cel i kierowanych do rodzin zagrożonych problemem dziedzicznej bezradności.

W ramach działań standaryzujących system pomocy społecznej zaproponowano wprowadzenie pakietów usług, które umożliwią profesjonalne wsparcie i wspomaganie rodzin i ich poszczególnych członków w przewyżnianiu zdiagnozowanych problemów oraz wydobywanie istniejących sił w procesie poprawy ich sytuacji.

Standardy zakładają budowę pakietów w odniesieniu do różnych grup, w tym między innymi osób starszych, osób poszukujących pracy, niepełnosprawnych, rodzin z dziećmi. W rodzinach dotkniętych bądź zagrożonych dziedzicznym ubóstwem występuje szereg często sprzężonych problemów. Oznacza to, iż pakiet usług opracowywany w ramach Modelu, powinien uwzględniać potrzeby wszystkich grup zagrożonych – niezależnie od wieku.

Prace nad pakietami usług skierowanych do rodzin doświadczających dziedzicznego ubóstwa powinny przebiegać dwuetapowo:

- I. 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.
- II. 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/>].

REKOMENDACJA

Podczas pracy nad lokalnym pakietem usług pomocy i integracji społecznej, usługi można podzielić 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 którego mogą korzystać również rodziny będące podmiotem Modelu; usługi obecnie dostępne powinny zawierać ofertę usług z różnych obszarów, np. edukacji, kultury; usługi te 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, a 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.

W jakiej formie opracować pakiet usług? Opracowane w ramach standardów pakiety usług dla różnych grup klientów są znormalizowane i przedstawione w formie tabelarycznej. Rekomenduje się, aby pakiet usług opracowywany przez instytucje współrealizujące założenia Modelu w danej gminie był podobnie sformatowany. Poniżej przedstawiono

przykłady pakietów (dostępnych, warunkowo dostępnych/możliwych do realizacji oraz niedostępnych) zawierających usługi skierowane do różnych członków rodziny.

• Przykład dostępnego pakietu usług pomocy i integracji społecznej

Lp.	Nazwa usługi	Opis usługi	Odbiorca usługi	Dostępność	Realizator
1.	Praca socjalna	Jest to usługa dostępna i powszechna dla rodzin niezależnie od posiadanego dochodu. Jest procesem zaplanowanych w określonym czasie działań obejmujących wszystkie niezbędne i możliwe w danej sytuacji formy pomocy z zakresu profilaktyki, ratownictwa, opieki, kompensacji wobec rodziny. Jest działaniem ukierunkowanym na poprawę kondycji psychicznej, zażegnanie poczucia bezsilności życiowej i rozwijanie umiejętności w prawidłowym pełnieniu ról rodzicielskich, co umożliwi prawidłowy rozwój dzieci w ich naturalnym środowisku.	rodzice, dzieci, seniorzy (w tym osoby poszukujące pracy, niepełnosprawne)	dostępna	OPS, PCPR
2.	Asystent rodziny	Bezpośrednia pomoc rodzinie w jej środowisku domowym. Przewycięzenie trudności i poprawa funkcjonowania rodziny, szczególnie w sferze opiekuńczo-wychowawczej pozwalająca na bezpieczny i prawidłowy rozwój dzieci. Towarzystwo rodzinie, wspieranie jej i pomoc w zrozumieniu przyczyn jej kłopotów (diagnoza Pomoc w miejscu zamieszkania rodziny mająca na celu nabycie przez rodzinę umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego w zakresie budżetu, żywienia oraz higieny osobistej.	rodzice, dzieci, seniorzy	dostępna	OPS, PCPR
3.	Inne dostępne usługi				

• Przykład opisanego pakietu warunkowo dostępnych usług pomocy i integracji społecznej

Lp.	Nazwa usługi	Opis usługi	Odbiorca usługi	Dostępność	Realizator
1.	Praca socjalna metodą grupową	Celem jest podnoszenie (doskonalenie) kompetencji (wiedzy, umiejętności) z zakresu pełnienia ról rodzicielskich i małżeńskich (umiejętności wychowawczych, interpersonalnych, psychologicznych, planowania regulacji poczuć).	rodzice, opiekunowie	warunkowo dostępna/ możliwa do realizacji	OPS, PCPR

		<p>1) Warsztaty kompetencji rodzicielskich, Warsztaty odbywają się poza miejscem zamieszkania rodziny np. w siedzibie organizatora</p> <p>2) Warsztaty umiejętności społecznych dla dorosłych lub dla młodzieży. Celem usługi będzie kształtowanie i podnoszenie umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej, asertywności, profilaktyki zdrowia i higieny, edukacji dot. planowania rodziny, pierwszej pomocy przedmedycznej.</p> <p>Warsztaty odbywają się poza miejscem zamieszkania rodziny, np. w siedzibie organizatora.</p>			
2.	Oddziaływanie korekcyjne- edukacyjne dla osób stosujących przemoc w rodzinie	Specjalistyczna pomoc dla osób stosujących przemoc w rodzinie, której celem jest powstrzymanie stosowania przemocy przez zwiększenie zdolności do samokontroli agresywnych zachowań. Nauczenie osób stosujących przemoc w rodzinie radzenia sobie z emocjami w konstruktywny sposób oraz odbudowania pozytywnych relacji rodzinnych i interpersonalnych.	sprawy przemocy domowej	warunkowo dostępna/ możliwa do realizacji	OPS, PCPR
3.	Inne usługi warunkowo dostępne				

• **Przykład opisanego pakietu brakujących usług pomocy i integracji społecznej**

Lp.	Nazwa usługi	Opis usługi	Odbiorca usługi	Dostępność	Realizator
1.	Asystent osoby niepełnosprawnej	Asystent osoby niepełnosprawnej ma ułatwiać klientowi aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, warunkujące aktywność zawodową. Przez usługi asystenckie rozumie się świadczenie osobistej pomocy osobie niepełnosprawnej w wykonywaniu czynności, których nie jest ona w stanie wykonywać samodzielnie.	NGO w ramach zadań własnych lub zleconych	osoby niepełnosprawne,	
3.	Wsparcie dzienne i integracja społeczna osób starszych	Działania wspierające tworzenie trwałych więzi pomiędzy grupami zróżnicowanymi ze względu na wiek m.in. przez zapewnienie udziału w integracyjnych przedsięwzięciach kulturalnych, sportowych, turystycznych, edukacyjnych.	NGO w ramach zadań własnych lub zleconych	Seniorzy	
6.	Inne brakujące usługi				

- Pakiet usług uwzględniający specyfikę zdegradowanej dzielnicy przemysłowej / obszaru pogórniczego oraz sytuację rodziny objętej wsparciem

Czynnikami, które brane są pod uwagę w tworzeniu pakietu wszystkich usług dostępnych na danym terytorium (w tym przypadku obszaru pogórniczego) są obszary problemowe określone na etapie diagnozy środowiskowej. Diagnoza środowiskowa obszaru pogórniczego ukazała następujące problemy:

- zamknięcie dużego pracodawcy w okolicy (kopalnia, huta, zakład produkcyjny), zatrudniającego wcześniej nawet do kilku tysięcy pracowników;
- odejście z dzielnicy „innych przedsiębiorców” – skupionych wcześniej wokół dużego, zamkniętego już zakładu;
- zanik centrum aktywności społecznej finansowane przez zakład, znikła infrastruktura kulturalna (kluby, świetlice, itp.);
- występowanie w rodzinach byłych pracowników zakładu problemów społecznych (bezrobocie wynoszące ponad 40% mieszkańców dzielnicy, rezygnacja z aktywnej postawy na rynku pracy, problem alkoholowy, ubóstwo, wykluczenie edukacyjne, przemoc domowa, przestępczość, wzrost postaw roszczeniowych, duży odsetek rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, wzrost zależności finansowej mieszkańców od świadczeń pomocy społecznej, hermetyczność, niechęć do nawiązywania współpracy na rzecz poprawy swojej sytuacji, przrzucanie odpowiedzialności na instytucje, niskie kompetencje opiekuńczo-wychowawcze rodziców);
- występowanie wśród mieszkańców dzielnicy, będących w wieku aktywności zawodowej, problemów stanowiących barierę w aktywizacji (niskie wykształcenie, brak umiejętności zawodowych, brak umiejętności poruszania się po rynku pracy, niska samoocena, brak motywacji do podjęcia pracy, pogłębiająca się bezradność, trudności w pełnieniu ról, obciążenia związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, opieką i wychowaniem dzieci przez tylko jednego z rodziców);
- negatywna ocena dzielnicy przez jej mieszkańców;
- niechęć mieszkańców do angażowania się w sprawy dzielnicy;
- degradacja infrastruktury przemysłowej i wyludnienie dzielnicy;
- funkcjonujący model tradycyjnej rodziny robotniczej (pracujący zawodowo mężczyzna i zajmująca się domem żona);
- wchodząca na rynek pracy młodzież, która nie ma określonego celu zawodowego i nie posiada wiedzy o skutecznym poszukiwaniu zatrudnienia;

- słabo rozwinięty transport, komunikacja. Izolacja komunikacyjna dzielnicy.

Pakiet, będący w dyspozycji specjalisty do spraw sieci wsparcia i pracownika socjalnego, powinien zatem zawierać usługi (dostępne, jak i rekomendowane) wynikające z diagnozy i odpowiadające na potrzeby mieszkańców danego obszaru. W tym przypadku będą to usługi aktywizujące dorosłych na rynku pracy, wpływające na integrację społeczną mieszkańców, aktywizujące dzieci, młodzież oraz osoby starsze i niepełnosprawne, ułatwiające dostęp do dóbr (edukacji, rekreacji, kultury), zwiększające aktywność i zaangażowanie mieszkańców na rzecz dzielnicy, wpływające na poprawę mobilności mieszkańców.

Wyposażony w tak skonstruowany pakiet usług oraz diagnozę sytuacji rodziny specjalista ds. sieci wsparcia współtworzy z pracownikiem socjalnym koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz wspiera pracownika socjalnego w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego. Celem specjalistów pracujących z rodziną jest takie dobranie usług zawartych w pakiecie, aby jak najlepiej służyły wsparciu konkretnej, omawianej rodziny.

Poniżej przedstawiono przykładowy pakiet usług, który może być wykorzystany w realizacji działań na rzecz rodziny, której sytuację przedstawiono poniżej.

Dwie osoby dorosłe, pozostające bez zatrudnienia (byli pracownicy zakładu górniczego) oraz senior aktywny ruchowo w obrębie mieszkania. Pod opieką dorosłych jest trójka dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Jeden z dorosłych nadużywa alkoholu, po spożyciu jest agresywny wobec reszty domowników. Na jednego z rodziców przerzucony jest ciężar opieki nad dziećmi. Jedynym dochodem rodziny jest emerytura seniora. Nie wystarcza ona na zaspokojenie potrzeb całej rodziny. Rodzic niepijący nie zgłasza gotowości do poszukiwania i podjęcia pracy z uwagi na problemy domowe i konieczność opieki nad dziećmi. Rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej.

- **Przykład dostępnego pakietu usług uwzględniającego wyżej wymienioną specyfikę**

Lp.	Nazwa usługi	Opis usługi	Odbiorca usługi	Dostępność	Realizator
1.	Praca socjalna	Jest to usługa dostępna i powszechna dla rodzin niezależnie od posiadanego dochodu. Jest procesem zaplanowanych w określonym czasie działań obejmujących wszystkie niezbędne i możliwe w danej sytuacji formy pomocy z zakresu	rodzice, dzieci, seniorzy (w tym osoby poszukujące pracy,	dostępna	OPS, PCPR

		profilaktyki, ratownictwa, opieki, kompensacji wobec rodziny. Jest działaniem ukierunkowanym na poprawę kondycji psychicznej, zażegnanie poczucia bezsilności życiowej i rozwijanie umiejętności w prawidłowym pełnieniu ról rodzicielskich, co umożliwi prawidłowy rozwój dzieci w ich naturalnym środowisku.	niepełnosprawne)		
	Praca socjalna z rodziną przy wykorzystaniu metody organizowania środowiska lokalnego	Celem wykorzystania tej metody w pracy z rodziną będzie rozwijanie u członków rodziny przynależności do określonej zbiorowości i wzmacnianiu procesów identyfikacyjnych, które w perspektywie będą sprzyjać uruchamianiu motywacji prospołecznej i zachowań kooperacyjnych.	rodzice, dzieci	dostępna	OPS, PCPR
	Asystent rodziny	Bezpośrednia pomoc rodzinie w jej środowisku domowym. Przewyciężenie trudności i poprawa funkcjonowania rodziny, szczególnie w sferze opiekuńczo-wychowawczej pozwalająca na bezpieczny i prawidłowy rozwój dzieci. Towarzyszenie rodzinie, wspieranie jej i pomoc w zrozumieniu przyczyn jej kłopotów (diagnoza Pomoc w miejscu zamieszkania rodziny mająca na celu nabycie przez rodzinę umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego w zakresie budżetu, żywienia oraz higieny osobistej.	rodzice, dzieci, seniorzy	dostępna	OPS, PCPR
	Usługi na rzecz dzieci i młodzieży organizowane przez szkoły w ramach ich działalności oświatowej	Świetlica szkolna: zabezpieczenie opieki przed i po lekcjach w ramach świetlicy szkolnej (pomoc przy odrabianiu zadań domowych, organizacja czasu wolnego, dożywianie). Zajęcia wyrównawcze i uzupełniające: organizacja zajęć wyrównawczych dla dzieci mających trudności w nauce. Pomoc pedagoga i psychologa szkolnego: wsparcie w sytuacji wystąpienia zaburzeń zachowania i innych problemów.	dzieci, rodzice	dostępna	Szkoły publiczne (gmina). Szkoły niepubliczne (osoba prawna lub osoba fizyczna).
	Opieka przedszkolna	Zabezpieczenie opieki nad dziećmi od 3 do 6 roku życia w ciągu dnia oraz żywienia. W ramach placówki istnieje możliwość tworzenia	dzieci, rodzice	dostępna	Placówki publiczne: gmina,

		oddziałów integracyjnych.			osoby prawne, osoby fizyczne.
	Opieka nad dziećmi do lat 3	Zabezpieczenie opieki oraz wyżywienia dzieciom od 20 tygodnia życia do 3 roku życia w ramach działalności żłobka. W placówce istnieje możliwość tworzenia grup integracyjnych. Istnieje też możliwość zabezpieczenia dzieci w tym wieku w formie usługi dziennego opiekuna. Organizatorem są wtedy osoby fizyczne zatrudniane przez gminę. W ramach klubów dziecięcych zabezpieczone są dzieci w wieku od 1 do 3 roku życia przez pięć godzin dziennie (organizator i podstawa prawna jak w żłobkach).	dzieci, rodzice	dostępna	Gmina Osoby fizyczne Osoby prawne Jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej
	Poradnictwo specjalistyczne	Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności psychologiczne, prawne i rodzinne, jest świadczone rodzinom z dziećmi, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. Celem poradnictwa specjalistycznego jest wspieranie rodzin poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • Poradnictwo psychologiczne, czyli zapewnienie dostępu do poradnictwa dla rodziców, kierowanie dzieci i dorosłych na różne formy oddziaływań terapeutycznych. • Poradnictwo prawne polegające na wyszukiwaniu możliwości rozwiązywania problemu, przedstawianiu ich rodzinie wraz z ich konsekwencjami, wsparciu członków rodziny w dokonaniu wyboru sposobu postępowania z poszanowaniem ich samodzielności w podejmowaniu decyzji sporządzeniu wspólnie planu działania. • Poradnictwo rodzinne obejmujące „problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. 	rodzice, dzieci, seniorzy	dostępna	PCPR. OPS, Poradnia Pedagogiczne – Psychologiczne, Punkty nieodpłatnej pomocy prawnej
	Wsparcie funkcji opiekuńczej rodziny poprzez	W celu wsparcia rodziny dziecko może zostać objęte opieką i wychowaniem w placówce wsparcia dziennego, w formie specjalistycznej. Placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie specjalistycznej w szczególności:	dzieci, młodzież, rodzice	dostępna	OPS, Organizacja pozarządowa organizacja

	<p>placówkę wsparcia dziennego w formie specjalistycznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizuje zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne. • Realizuje indywidualny program korekcyjny, program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny, w szczególności terapię pedagogiczną, psychologiczną i socjoterapię. <p>Praca w placówce specjalistycznej może być oparta o grupowe formy pracy, dające dzieciom możliwość korekty zachowań w środowisku rówieśniczym, otrzymywania pozytywnych wzorców i wzajemnego wsparcia oraz specjalistycznej pomocy.</p>			<p>kościelna</p>
	<p>Wsparcie dzienne w organizacji czasu wolnego</p>	<p>Kluby osiedlowe: formy wsparcia dziennego, których głównym celem jest szeroko rozumiana organizacja czasu wolnego dzieci, młodzieży i osób starszych.</p> <p>Dziecięce grupy, świetlice, ochronki przyparafialne: forma wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży organizowana przez parafie.</p> <p>Kluby sportowe prowadzące sekcje różnych dyscyplin sportowych.</p> <p>Domy kultury i biblioteka dzielnicowa: prowadzą działalność kulturalno-oświatową, organizują czas wolny dzieci, młodzieży, osób starszych i organizują akcje edukacyjne.</p> <p>Kluby Seniora: zaspokojenie potrzeb (szczególnie wyższego rzędu) osób starszych, umożliwienie osobom starszym atrakcyjnego spędzania czasu wolnego.</p> <p>Aktywizowanie społeczności lokalnej (np. spotkania mieszkańców z członkami klubu seniora) i umożliwienie wolontariuszom działań na rzecz placówki.</p> <p>Możliwość wykorzystania potencjału osób starszych.</p>	<p>dzieci, młodzież. osoby starsze</p>	<p>dostępna</p>	<p>Spółdzielnia mieszkaniowa, organizacje pozarządowe Parafie Kluby sportowe Miejski Dom Kultury, Biblioteka Dzielnicowa</p>
	<p>Doradztwo zawodowe indywidualne i grupowe (także na terenie)</p>	<p>Doradztwo zawodowe stacjonarne i informacja zawodowa mają na celu pomoc osobom bezrobotnym i poszukującym pracy w planowaniu i organizowaniu życia zawodowego. Doradcy zawodowi PUP pomagają osobom mającym trudności z podjęciem lub realizacją decyzji</p>	<p>osoby bezrobotne, młodzież wychodząca na rynek pracy</p>	<p>dostępna</p>	<p>PUP, OHP – Mobilne Centrum Informacji Zawodowej</p>

	dzielniczy)	<p>zawodowych.</p> <p>Mobilne Centra Informacji Zawodowej to nowoczesna sieć oferująca informację i poradnictwo zawodowe.</p> <p>MCIZ świadczą usługi w formie stacjonarnej i mobilnej. doradcy zawodowi docierają do młodzieży specjalnie oznakowanymi busami, wyposażonymi w nowoczesny sprzęt multimedialny i zasoby informacyjne. Służą pomocą młodzieży w podejmowaniu ważnych decyzji edukacyjnych i zawodowych.</p>			
	Informacja zawodowa	<p>PUP i OHP udostępnia różne informacje zawodowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informacja o zawodach - zawiera opisy czynności, zadań, wymagań, dróg kształcenia i podnoszenia kwalifikacji w poszczególnych zawodach, • Informatory o szkołach różnego typu - o zasięgu lokalnym, regionalnym i krajowym. • Katalogi instytucji szkoleniowych - zawierają m.in. informacje o tematach, wymaganiach, warunkach, czasie trwania i kosztach szkoleń realizowanych przez różne instytucje. • Informacje o lokalnym rynku pracy - zawierają m.in. dane o bezrobociu w podziale na zawody, informacje o ofertach pracy, prognozy dotyczące poszczególnych zawodów. • Wykazy instytucji doradczych, administracyjnych, ekonomicznych, wspomagających uruchomienie działalności gospodarczej. • Inne informatory, poradniki, katalogi, wzory podań, życiorysów, listów motywacyjnych itp. • Filmy wideo o zawodach oraz filmy instruktażowe. 	<p>osoby bezrobotne, młodzież wychodząca na rynek pracy</p>	dostępna	PUP, OHP
	Organizacja szkoleń	<p>Powiatowy Urząd Pracy sporządza listę zawodów i specjalności, na które istnieje zapotrzebowanie na lokalnym rynku pracy. Na tej podstawie PUP organizuje szkolenia we współpracy między innymi z pracodawcami krajowymi, instytucjami szkoleniowymi, instytucjami egzaminacyjnymi, organizatorami studiów podyplomowych. PUP zajmuje się także promocją i upowszechnianiem informacji o szkoleniach w formie drukowanej i elektronicznej.</p>	<p>osoby bezrobotne, osoby bez kwalifikacji lub o niskich kwalifikacjach, osoby pracujące – chcące podnieść kwalifikacje lub</p>	dostępna	PUP, WUP, Instytucje szkoleniowe

		Wojewódzki Urząd Pracy dysponuje i udostępnia na stronie internetowej informację o bezpłatnych (finansowanych ze środków Unijnych) szkoleniach dla osób poszukujących pracy i pracujących) Instytucje szkoleniowe realizują szkolenia zawodowe dla mieszkańców danego terytorium (województwo, miasto).	zmienić pracę.		
	Leczenie odwykowe osób uzależnionych, Ruchy trzeźwościowe	Diagnostyka i terapia uzależnień i współuzależnień dorosłych i dzieci prowadzona w formie stacjonarnej i niestacjonarnej.	rodzice, dzieci	dostępna	Zakłady leczenia odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej, OPS, Kluby AA
	Usługi charytatywne związane z udzielaniem pomocy w sytuacji ubóstwa	Nieodpłatne dostarczanie osobom potrzebującym artykułów żywnościowych oraz odzieży i niezbędnych sprzętów, np. dystrybucja żywności w ramach banku żywności, punkty pomocy rzeczowej	rodzice, dzieci	dostępna	Organizacje pozarządowe, kościelne
	Opieka zdrowotna	Podstawowa opieka zdrowotna (poradnie ogólne, dziecięce, poradnie dla kobiet): diagnoza, leczenie i w przypadku potrzeby kierowanie do specjalisty. Specjalistyczna opieka zdrowotna: leczenie przez odpowiedniego specjalistę, np. neurologa, psychiatrę, kardiologa, okulistę, onkologa itd.	rodzice, dzieci	dostępna	Samodzielne publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej podstawowej i specjalistycznej
	Interwencja kryzysowa. Oddziaływanie korekcyjno – edukacyjne dla osób stosujących przemoc w rodzinie	W sytuacji zagrożenia zdrowia i życia członków rodziny w wyniku przemocy domowej lub innych sytuacji kryzysowych podstawą jest zabezpieczenie schronienia celem zapewnienia poczucia bezpieczeństwa i udzielenie pomocy psychologicznej odpowiedniej do PTSD (Zespół Postraumatyczny). Rolą pracownika socjalnego jest zapewnienie dostępu do specjalistycznej usługi świadczonej w ramach ośrodka interwencji kryzysowej lub innego ośrodka wsparcia. Ośrodki Interwencji Kryzysowej: specjalistyczne,	Rodzice i dzieci i doświadczający przemocy domowej i innych sytuacji kryzysowych	dostępna	OPS, PCPR, Ośrodki Interwencji Kryzysowej, organizacje pozarządowe

		<p>kompleksowe (psychologiczne, prawne, socjalne ze schronieniem włącznie) wsparcie dla członków rodziny w sytuacji kryzysu.</p> <p>Specjalistyczna pomoc dla osób stosujących przemoc w rodzinie, której celem jest powstrzymanie stosowania przemocy przez zwiększenie zdolności do samokontroli agresywnych zachowań. Nauczenie osób stosujących przemoc w rodzinie radzenia sobie z emocjami w konstruktywny sposób oraz odbudowania pozytywnych relacji rodzinnych i interpersonalnych.</p>			
	<p>Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania</p>	<p>Umożliwienie zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych samotnych osób starszych i niepełnosprawnych.</p> <p>Zróżnicowana oferta dostosowana do szczególnych potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności (w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi).</p> <p>Dostawa posiłków w miejscu zamieszkania.</p>	<p>osoby starsze i niepełnosprawne</p>	<p>dostępna</p>	<p>OPS</p>
	<p>Usługi opiekuńcze świadczone w ośrodkach wsparcia dziennego pobytu</p>	<p>Zróżnicowana oferta umożliwiająca zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych OS w</p> <ul style="list-style-type: none"> – dziennych domach pomocy, – środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. 	<p>osoby starsze i niepełnosprawne</p>	<p>dostępna</p>	<p>Dzienne Domy Pomocy Społecznej, Środowisko we Domy Samopomocy</p>

REKOMENDACJA

Rekomenduje się, aby w pracach nad rozpoznaniem zasobów i tworzeniem pakietu usług 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.

Rekomenduje się także, aby pracownikiem koordynującym prace nad tworzeniem pakietu usług był specjalista do spraw sieci wsparcia. Coroczną aktualizację i sprawdzanie dostępności usług można powierzyć osobom zatrudnionym w instytucji wdrażającej Model w ramach wolontariatu.

Informatorium ma formę czytelnego informatora (również w wersji elektronicznej) zawierającego wykaz instytucji mogących wesprzeć rodziny zagrożone 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 kierujących działania na rzecz rodzin objętych wsparciem. W informatorium mogą być także gromadzone i udostępniane inne dane, na przykład ułatwiające osobom i rodzinom poruszanie się na rynku pracy (wykaz aktywnych metod poszukiwania pracy, lista 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 wykorzystywane w bieżącej pracy wszystkich pracowników „pierwszego kontaktu”, pracujących w ramach Modelu oraz poza Modelem.

- **Jak opisać informatorium?**

Forma graficzna informatorium nie jest narzucona. Instytucja wdrażająca Model sama decyduje o szacie graficznej i formie przedstawienia danych. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej, które stosują już w swojej praktyce usługę informacyjną, zwykle dzielą dane zawarte w informatorium, stosując odrębne tabele tematyczne, np. część I, dotycząca aktywizacji zawodowej, część II, dotycząca bezpłatnych porad prawnych, część III, dotycząca oferty edukacyjnej i rozwojowej dla dzieci. Schemat opisu informacji w informatorze powinien zawierać co najmniej nazwę instytucji, dane teleadresowe oraz informacje o zakresie świadczonej pomocy i usługach realizowanych przez dany podmiot.

Poniżej dwa przykłady ukazania danych w informatorium.

- **Informatorium – przykład pierwszy**

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.	POWIATOWY URZĄD PRACY W WODZISŁAWIU ŚLĄSKIM	44 -300Wodzisław Śląski, ul. Michalskiego 12 Tel: 32 459 29 80 sekretariat@pup-wodzislaw.pl www.wodzislawslaski.praca.org.p 	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.	inne instytucje		

- **Informatorium – przykład drugi**

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

3.2.1.2 ETAP ORGANIZACYJNY B – PRZYGOTOWANIE INSTYTUCJI DO WDROŻENIA MODELU

II ETAP - ORGANIZACYJNY

B. PRZYGOTOWANIE INSTYTUCJI DO WDROŻENIA MODELU

1. Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej instytucji wdrażającej Model → zmiana regulaminu organizacyjnego, struktury organizacyjnej, opracowanie zakresów czynności;
2. Wyłonienie pracowników zgłaszających gotowość do pełnienia funkcji pracownika socjalnego (PS) i specjalisty ds. sieci wsparcia (S);
3. Zorganizowanie i przeprowadzenie niezbędnych szkoleń dla kadry projektu (szkolenia wdrażające do projektu i tematyczne);
4. Ustalenie listy rodzin, którym zostanie zaproponowany udział w projekcie (analiza dokumentacji, stworzenie wstępnej listy rodzin).

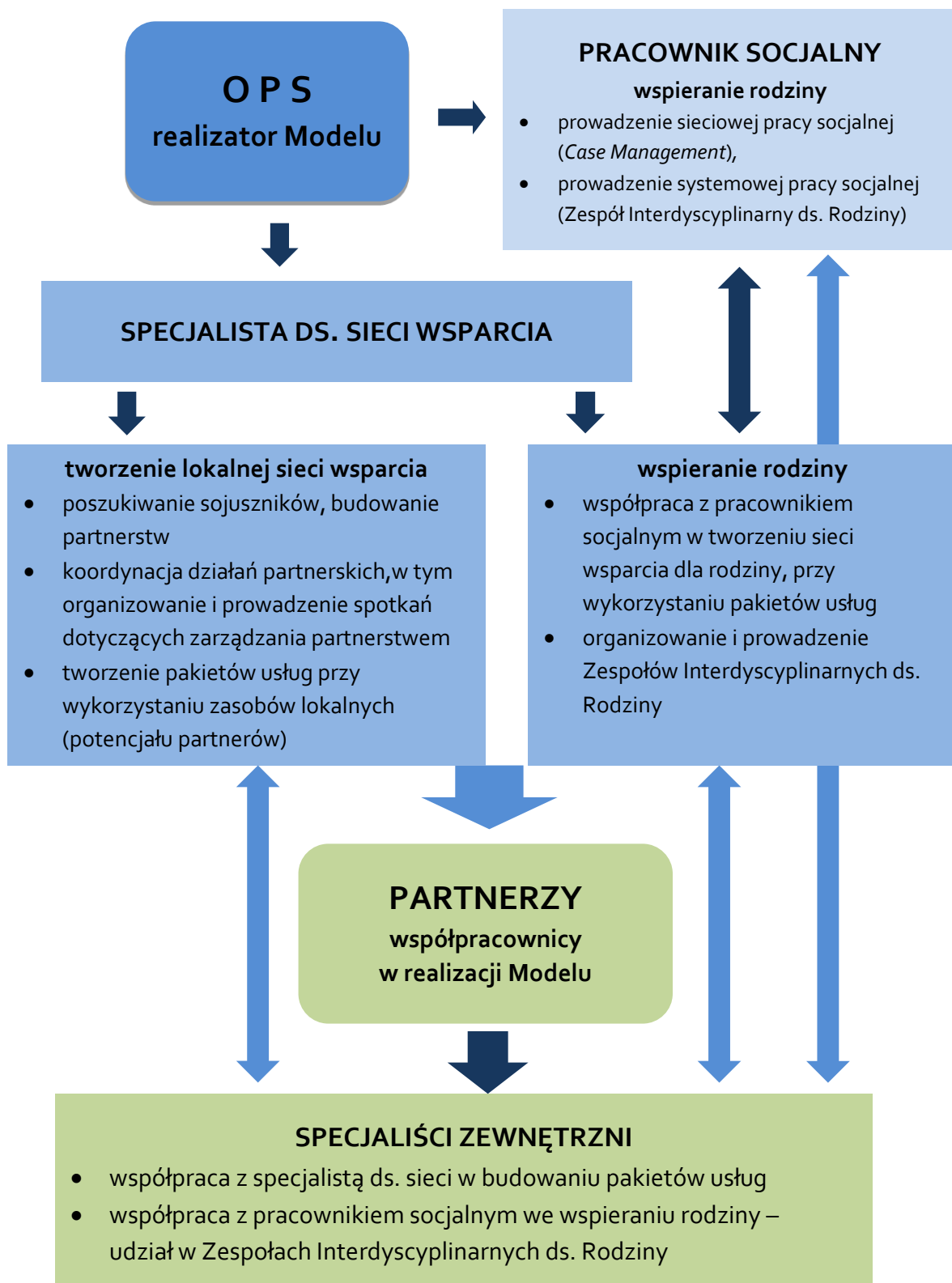
6. Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej instytucji wdrażającej Model

Na tym etapie osoby zarządzające instytucją wdrażającą podejmują decyzję dotyczącą zastosowania lub odrzucenia rekomendowanych rozwiązań w zakresie oddzielenia przyznawania i wypłacania świadczeń od realizacji przez pracownika socjalnego zadań w ramach Modelu. Należy także podjąć decyzję o powołaniu i umiejscowieniu specjalnej komórki lub zespołu, który będzie zajmował się realizacją

zadań w ramach Modelu. Komórka/zespół może funkcjonować zarówno jako samodzielna jednostka, jak również podlegać istniejącemu działowi/referatowi. Rekomenduje się umiejscowienie powołanej struktury w pionie podlegającym osobie zarządzającej pracownikami socjalnymi (kierownik działu lub bezpośrednio kierownik ośrodka). Niniejsza reorganizacja jest gwarantem pełnego zaangażowania w pracę na danym obszarze, jak również pozwala na pomyślne wdrożenie i realizację pracy socjalnej zgodnej z założeniami Modelu. Na zespół realizatorów Modelu składać się będą pracownicy socjalni (PS) – case managerzy – zarządzający pracą z poszczególnymi rodzinami oraz specjaliści ds. sieci wsparcia (S) – realizujący działania środowiskowe, a także koordynujący prace na etapie interdyscyplinarnym, odpowiedzialni również za prace administracyjno-organizacyjną w ramach Modelu. Wyżej wymienieni specjaliści pełnią kluczową rolę w pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa w zaproponowanym Modelu.

Zasady współpracy pomiędzy pracownikiem socjalnym a specjalistą prezentuje schemat nr 2.

SCHEMAT 2. TWORZENIE LOKALNEJ SIECI WSPARCIA.



Źródło: opracowanie własne.

Liczba pracowników socjalnych przewidzianych do pracy w ramach Modelu jest uzależniona od możliwości instytucji wdrażającej i dokonanej w tym zakresie analizy zasobów kadrowych. Z uwagi na zaproponowane w Modelu działania, zaleca się, aby pracę z maksymalnie 10 rodzinami objętymi wsparciem w ramach modelu prowadził jeden pracownik socjalny, zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy. Dodatkowo w celu skutecznej realizacji Modelu rekomenduje się, aby pracownik posiadał zadaniowy czas pracy.

REKOMENDACJA

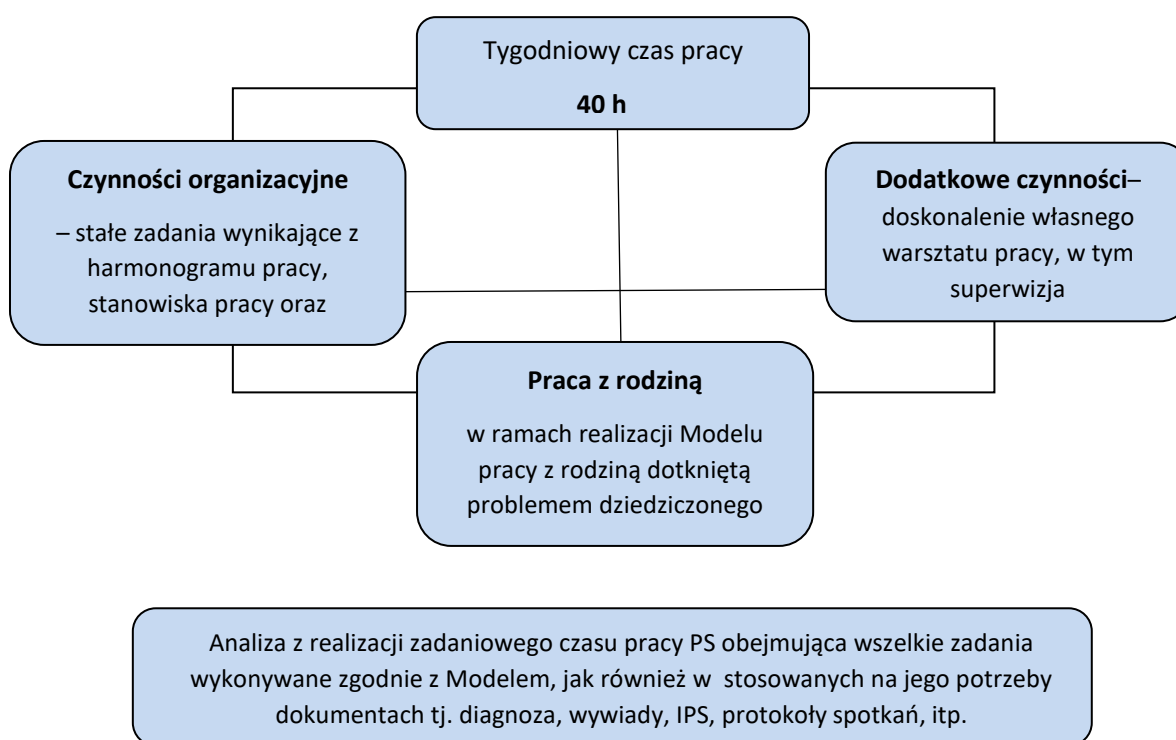
Podczas przygotowywania instytucji do wprowadzenia zadaniowego czasu pracy dla pracownika socjalnego, zaleca się wykonanie następujących czynności:

- wydania zarządzenia przez Dyrektora/Kierownika JOPS w sprawie zmiany Regulaminu pracy;
- nawiązania umowy o pracę z zakresem czynności określająca zakres zadań w zadaniowym systemie czasu pracy – w przypadku nowo zatrudnionego pracownika;
- zawarcia porozumienia zmieniającego warunki płacy i pracy – w przypadku pracownika zatrudnionego w jednostce organizacyjnej – oraz zawarcia porozumienia z pracownikiem określającego zakres zadań w zadaniowym systemie czasu pracy.

Wprowadzenie zadaniowego czasu pracy oparto na następujących założeniach:

- ✓ stałość zadań obejmujących czynności organizacyjne, zadania i czas niezbędny do ich wykonania dla stanowiska socjalnego pracującego w Modelu,
- ✓ systematyczność pracy w ramach Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa.

SCHEMAT 3. ZADANIOWY CZAS PRACY PRACOWNIKA SOCJALNEGO.



Źródło: opracowanie własne.

Przy wprowadzeniu zadaniowego czasu pracy należy stosować się do wymogów umieszczonych w Kodeksie pracy oraz poniższych wytycznych:

- ✓ rozmiar powierzonych zadań musi być możliwy do wykonania w ramach wymiaru czasu pracy wynikającego z norm określonych w artykule 129 kp;
- ✓ wprowadzenie elastycznego systemu pracy, polegającego na zasadzie, iż pracownik sam ustala gdzie i kiedy będzie wykonywał swoje obowiązki.

REKOMENDACJA

Zadaniowy czas pracy nie podlega rozliczeniu, zatem dla poprawnego i – co najważniejsze – pewnego rozliczenia czasu pracy w systemie zadaniowym wskazana jest praktyka polegająca na potwierdzaniu przez pracownika, po zakończeniu okresu rozliczeniowego, że zadania zostały wykonane zgodnie z planem i w rozmiarze odpowiadającym planowanemu czasowi pracy.

WZÓR POROZUMIENIA DOTYCZĄCEGO ZADANIOWEGO CZASU PRACY zawiera załącznik nr 5.1.6 do podręcznika.

Poniżej przedstawiono tabelę zawierającą listę osób reprezentujących instytucję wdrażającą, rekomendowanych do realizacji Modelu oraz do współpracy z realizatorami Modelu, a także proponowany zakres ich zadań.

TABELA 1. REKOMENDOWANE ZAKRESY ZADAŃ PRACOWNIKÓW REALIZUJĄCYCH ZADANIA W RAMACH MODELU Z RAMIENIA INSTYTUCJI WDRAŻAJĄCEJ.

STANOWISKO	PROPONOWANY ZAKRES ZADAŃ
<p>KIEROWNIK DZIAŁU POMOCY ŚRODOWISKOWEJ/ KIEROWNIK NADZORUJĄCY PRACĘ ZESPOŁU/KOMÓRKI*</p>	<ul style="list-style-type: none"> – przygotowuje reorganizację instytucji na potrzeby wdrożenia Modelu – inicjuje i utrzymuje kontakty z instytucjami i organizacjami partnerskimi – na etapie budowania partnerstw uczestniczy w spotkaniach informacyjnych z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa. Uczestniczy w spotkaniach poświęconych ustalaniu ram współpracy – przygotowuje porozumienia o współpracy w ramach Modelu – przedstawia władzom gminy potrzeby w zakresie realizacji Modelu – przygotowuje uchwałę dotyczącą działań gminy w zakresie wsparcia rodzin zagrożonych lub dotkniętych problemem dziedzicznego ubóstwa (lokalny program pomocy) – planuje wydatki oraz ich realizację zgodnie z planem finansowym instytucji wdrażającej Model – przeprowadza rekrutację osób do realizacji zadań w ramach projektu – przygotowuje zmiany w regulaminie organizacyjnym instytucji wdrażającej Model – przygotowuje zmiany w zakresie obowiązków pracowników rekrutowanych do realizacji zadań w ramach Modelu – organizuje dla pracowników szkolenia przygotowujące do realizacji Modelu oraz szkolenia podnoszące kompetencje merytoryczne – wdraża wzory dokumentów, kwestionariuszy i narzędzi przyjętych do wykorzystania przy realizacji Modelu – zatwierdza kartę oceny formalnej – dysponuje środkami finansowymi, otrzymanymi w ramach planu finansowego oraz pozyskanymi ze źródeł pozabudżetowych – nadzoruje i kontroluje prace pracowników socjalnych i specjalistów ds. sieci wsparcia

	– dokonuje ewaluacji i przedkłada sprawozdania z realizacji Modelu
*Proponowany zakres zadań może być rozdzielony pomiędzy kadrę różnych szczebli zarządzania, w zależności od potrzeb i specyfiki instytucji wprowadzających Model	
PRACOWNIK SOCJALNY (PS)	<ul style="list-style-type: none"> – na etapie diagnozy środowiskowej ustala listę rodzin spełniających kryteria dziedzicznego ubóstwa, we współpracy z pracownikami socjalnymi pracującymi poza zespołem/komórką realizującą Model – 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 – nawiązuje kontakt z rodzinami spełniającymi kryteria dziedzicznego ubóstwa – nawiązuje współpracę z rodzinami, przeprowadza wstępną diagnozę (zbiera informacje na temat rodziny, dokonuje analizy i opisu sytuacji rodziny) – przeprowadza pogłębioną diagnozę rodzin objętych wsparciem; – określa cele pracy z rodziną, biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich jej członków, w szczególności dzieci i młodzieży – współtworzy pakiet usług i informatorium, rekomenduje usługi – współpracuje ze specjalistą ds. sieci wsparcia w ramach spotkań konsultacyjnych (analizuje dokumentację, opracowuje koncepcję indywidualnego projektu socjalnego, ustala wymagany zakres wsparcia środowiskowego – wykorzystując pakiet usług) – dobiera kompleksową, skoordynowaną ofertę usług zawartych w Pakiecie na rzecz konkretnych rodzin – planuje, przygotowuje i realizuje pracę socjalną (indywidualną, grupową i środowiskową) z rodzinami/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową – monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji indywidualnego projektu socjalnego – zarządza pomocą udzielaną poszczególnym rodzinom przez podmioty wchodzące w skład sieci wsparcia – prowadzi niezbędną dokumentację związaną z pracą socjalną na rzecz rodzin
SPECJALISTA DS.	– uczestniczy w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz

<p>SIECI WSPARCIA (S)</p>	<p>w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne</p> <ul style="list-style-type: none"> – uczestniczy z ramienia instytucji wdrażającej Model w rozpoznaniu i analizie zasobów środowiskowych, niezbędnych do stworzenia pakietu usług i informatorium – na etapie budowania partnerstw moderuje spotkania informacyjne z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa; współuczestniczy w wypracowaniu ram współpracy – na etapach przygotowania i realizacji wsparcia koordynuje współpracę z instytucjami, utrzymuje kontakt z przedstawicielami partnerów realizujących działania w ramach Modelu – współtworzy i adaptuje wzory kwestionariuszy oraz narzędzi rekomendowanych do wykorzystania w ramach Modelu – moderuje i współtworzy pakiet usług i informatorium we współpracy z partnerami – analizuje dokumentację przedstawioną przez pracownika socjalnego pod kątem kwalifikowania rodziny do objęcia wsparciem – współpracuje z pracownikiem socjalnym w ramach spotkań konsultacyjnych (analizuje dokumentację, współtworzy koncepcję indywidualnego projektu socjalnego, wspiera PS w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego – przy wykorzystaniu pakiet usług) – upowszechnia wśród członków ZIDR informację o sieci wsparcia, pakiecie usług, pełni rolę konsultanta dla PS; – uzgadnia skład ZIDR oraz organizuje, współprowadzi ZIDR i dokumentuje spotkania ZIDR, ewaluuje prace ZIDR; – prowadzi terminarz spotkań oraz odpowiada za gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji ZIDR, prowadzi korespondencję ze specjalistami zewnętrznymi (SZ) – wspiera PS w ewaluacji działań ZIDR w ramach spotkań konsultacyjnych – prowadzi sprawozdawczość dla potrzeb Modelu – dokumentuje aktywność w ramach zadań związanych z tworzeniem i udzielaniem wsparcia społeczności lokalnej na karcie pracy środowiskowej
<p>PRACOWNIK SOCJALNY (PRACUJĄCY POZA KOMÓRKĄ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – informuje osoby i rodziny spełniające kryteria dziedzicznego ubóstwa o możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia w ramach Modelu, wypełnia Kartę oceny formalnej – rozpoznaje i analizuje potrzeby i sytuację osoby, rodziny realizującej zadania w ramach Modelu, zgłaszającej zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej

	<ul style="list-style-type: none"> – weryfikuje kryteria kwalifikujące do uzyskania świadczeń – przyjmuje dokumentację w sprawie przyznania lub odmowy przyznania świadczeń z pomocy społecznej – przeprowadza wywiady środowiskowe w celu ustalenia sytuacji bytowej rodziny realizującej zadania w ramach Modelu, która równocześnie ubiega się o pomoc – opracowuje decyzje administracyjne o odmowie lub przyznaniu świadczeń obligatoryjnych i fakultatywnych, pieniężnych i niepieniężnych z pomocy społecznej – sporządza analizę i sprawozdania dotyczące realizowanych zadań – utrzymuje stały kontakt z pracownikiem socjalnym realizującym pracę socjalną w ramach Modelu – pozyskuje i przekazuje informacje niezbędne do realizacji wsparcia rodziny
<p>SUPERWIZOR PRACY SOCJALNEJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> – wspiera PS i S w analizie sytuacji rodzin, tworzeniu diagnozy, planowaniu działań na rzecz rodzin – wspiera PS i S w planowaniu spotkań w ramach ZIDR – wspiera PS w rozwiązywaniu bieżących problemów powstających we współpracy z rodzinami i specjalistami zewnętrznymi – poszerza wiedzę w obszarze nowatorskich technik i metod indywidualnej, grupowej i środowiskowej pracy socjalnej – pracuje nad zachowaniem dobrych relacji w grupie pracowników realizujących wsparcie, wspiera w rozwiązywaniu konfliktów – omawia emocje towarzyszące pracy PS i S, wspiera emocjonalnie – przekazuje PS i S rzetelną informację zwrotną
<p>SPECJALISTA KONSULTANT (NP. PSYCHOLOG, PEDAGOG, DORADCA ZAWODOWY, PRAWNIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> – udziela porad i wskazówek rodzinie, dotyczących rozwiązywania ich problemów – uczestniczy w spotkaniach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny – wspiera pracowników socjalnych w pracy socjalnej (nawiązywaniu relacji, diagnozie sytuacji rodziny, itp. <p>Miejsce realizacji wsparcia doradczego: zaleca się, aby spotkania rodzin ze specjalistami konsultantami odbywały się w miejscu dostępnym dla osób niepełnosprawnych, matek z dziećmi w wózkach. Ośrodek pomocy społecznej powinien posiadać do dyspozycji pomieszczenie wyposażone w stoły, krzesła, tablicę typu flipchart. W przypadku instytucji współpracujących z ośrodkami w ramach Modelu pomieszczeniami spełniającymi powyższe wymagania dysponują: urzędy pracy, szkoły, świetlice środowiskowe, domy kultury, parafie oraz działające na terenie dzielnicy organizacje pozarządowe.</p>

	Informacja o miejscach realizacji wsparcia konsultacyjnego powinna zostać omówiona i uwzględniona w ramach porozumienia pomiędzy instytucjami współrealizującymi Model.
--	---

Źródło tabeli ze str. 51: opracowanie własne.

- **Wyłonienie pracowników do realizacji zadań w ramach Modelu**

Istotne jest, aby planowane w ramach Modelu działania były realizowane przez pracowników zgłaszających chęć uczestnictwa, gotowych do podniesienia swoich kwalifikacji i zmiany specyfiki pracy. Osoby zarządzające jednostką organizacyjną powinny przedstawić kadrze – w ramach wspólnego spotkania – zasoby i ograniczenia wynikające z uczestnictwa w realizacji Modelu tak, aby pracownicy mogli świadomie podjąć decyzję o udziale w projekcie. Zmotywowana i gotowa do zmian kadra zwiększa skuteczność działań, szczególnie na etapie zapraszania rodzin do współpracy. Na tym etapie może zająć konieczność zatrudnienia dodatkowych osób do realizacji Modelu. W ramach wewnętrznej lub zewnętrznej rekrutacji kandydaci powinni uzyskać pełną wiedzę o ich przyszłej roli. Optymalnym rozwiązaniem jest zaproszenie pracowników socjalnych zainteresowanych uczestnictwem w realizacji Modelu do wspólnych prac nad tworzeniem i wdrażaniem Modelu w danej jednostce organizacyjnej. Dzięki temu pracownicy socjalni będą mieli dużą wiedzę o funkcjonowaniu Modelu i motywację do jego wdrażania. Osoba zarządzająca Ośrodkiem powinna zaproponować uczestnictwo w realizacji Modelu pracownikom zorientowanym na podniesienie swoich kwalifikacji, nastawionym na rozwój, elastycznym i gotowym do zmiany specyfiki pracy. Poniżej przedstawiono rekomendowane, obowiązkowe i fakultatywne wymagania wobec pracowników realizujących zadania w Modelu.

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNIKA SOCJALNEGO (PS) REALIZUJĄCEGO ZADANIA W RAMACH MODELU

KOMPETENCYJNE:

- ✓ odpowiednie kwalifikacje zawodowe formalnie wymagane w ramach obowiązujących przepisów,
- ✓ doświadczenie w pracy (rekomendowane minimum 5 lat pracy w przestrzeni problemowej),
- ✓ doświadczenie w realizacji projektów socjalnych,
- ✓ doświadczenie w pracy formułą interdyscyplinarną,
- ✓ umiejętności negocjacyjne i mediacyjne,
- ✓ umiejętności w obszarze stosowania dialogu motywującego i podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach,
- ✓ znajomość specyfiki pracy z różnymi typami rodzin wykluczonych społecznie,
- ✓ umiejętność stosowania narzędzi analizy i diagnozy sytuacji rodzin,
- ✓ umiejętność planowania, określania celów i działań,
- ✓ szeroki warsztat w zakresie wykorzystania metod pracy socjalnej z rodzinami,
- ✓ gotowość do podnoszenia kompetencji i superwizji swojego warsztatu pracy.

OSOBOWOŚCIOWE:

- ✓ otwartość i łatwość nawiązywania kontaktu,
- ✓ komunikatywność (prawidłowa komunikacja werbalna i niewerbalna, umiejętność prawidłowego słuchania, umiejętność stosowania asertywnych komunikatów),
- ✓ empatia (wrażliwość, życzliwość), kreatywność,
- ✓ zrównoważenie, opanowanie,
- ✓ gotowość do niesienia pomocy szczególnie w sytuacjach kryzysowych,
- ✓ entuzjizm.

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNIKA SPECJALISTY DS. SIECI WSPARCIA (S) REALIZUJĄCEGO ZADANIA W RAMACH MODELU

Rekomenduje się, aby na tym stanowisku pracował pracownik socjalny lub inny specjalista posiadający doświadczenie w realizacji środowiskowej pracy socjalnej lub pracy metodą środowiskową.

KOMPETENCYJNE:

- ✓ doświadczenie w pracy (min. 5 lat pracy w przestrzeni problemowej),
- ✓ doświadczenie w realizacji projektów socjalnych,
- ✓ doświadczenie w pracy formułą interdyscyplinarną,
- ✓ umiejętności negocjacyjne i mediacyjne,
- ✓ znajomość specyfiki pracy z różnymi typami rodzin wykluczonych społecznie,
- ✓ znajomość zasobów lokalnych, wiedza o usługach,
- ✓ umiejętność stosowania narzędzi analizy i diagnozy sytuacji rodzin,
- ✓ umiejętność planowania, określania celów i działań,
- ✓ umiejętności administracyjne i zarządzania danymi,
- ✓ umiejętność zarządzania procesem grupowym,
- ✓ umiejętność inspirowania lokalnych partnerów do tworzenia sieci powiązań,
- ✓ gotowość do podnoszenia kompetencji i superwizji swojego warsztatu pracy.

OSOBOWOŚCIOWE:

- ✓ otwartość i łatwość nawiązywania kontaktu,
- ✓ komunikatywność (prawidłowa komunikacja werbalna i niewerbalna, umiejętność prawidłowego słuchania, umiejętność stosowania asertywnych komunikatów),
- ✓ empatia (wrażliwość, życzliwość), kreatywność,
- ✓ zrównoważenie, opanowanie,
- ✓ stanowczość w realizacji zadań,
- ✓ entuzjazm.

WYMAGANIA WOBEC SPECJALISTY KONSULTANTA REALIZUJĄCEGO ZADANIA W RAMACH MODELU

Rekomenduje się, aby na tym stanowisku pracował specjalista posiadający odpowiednie wykształcenie i doświadczenie w pracy z rodzinami.

KOMPETENCYJNE:

- ✓ wykształcenie wyższe kierunkowe doświadczenie w pracy (min. 5 lat pracy w przestrzeni problemowej),
- ✓ znajomość specyfiki pracy z różnymi typami rodzin wykluczonych społecznie,
- ✓ gotowość do podnoszenia kompetencji i superwizji swojego warsztatu pracy.
- ✓

OSOBOWOŚCIOWE:

- ✓ otwartość i łatwość nawiązywania kontaktu,
- ✓ komunikatywność (prawidłowa komunikacja werbalna i niewerbalna, umiejętność prawidłowego słuchania, umiejętność stosowania asertywnych komunikatów),
- ✓ empatia (wrażliwość, życzliwość), kreatywność,
- ✓ zrównoważenie, opanowanie,
- ✓ stanowczość w realizacji zadań,
- ✓ entuzjizm.

7. Doskonalenie zawodowe kadry projektu

Przed wdrożeniem Modelu konieczne jest przygotowanie pracowników do zastosowania go w praktyce. Z uwagi na zaproponowane w Modelu rozwiązania, konieczne jest podniesienie kompetencji pracowników zarówno powołanego zespołu/komórki ds. jego wdrożenia, jak i pracowników socjalnych współpracujących z rodziną (np. w ramach przyznawanej pomocy finansowej). W planowanym zakresie merytorycznego wsparcia dla kadry projektu powinny znaleźć się zarówno warsztaty/szkolenia/spotkania informujące o Modelu, przygotowujące do jego realizacji, jak i szkolenia metodyczne, podnoszące kompetencje zawodowe kadry.

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.

Forma prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych w zakresie Modelu może być dowolna. Mogą to być zarówno spotkania dla kilku bądź kilkunastu osób, szkolenia lub warsztaty, spotkania indywidualne itp. Jednakże, niezależnie od przyjętej formy, zakres spotkań informujących i przygotowujących do wdrożenia Modelu powinien obejmować co najmniej następujące zagadnienia:

- ✓ podstawowe informacje o Modelu (cele, adresaci modelu, realizatorzy);
- ✓ główne założenia Modelu (interdyscyplinarność, praca metodą indywidualnego przypadku, współpraca partnerska, skoncentrowanie interwencji na dzieciach i młodzieży);
- ✓ korzyści płynące z realizacji Modelu;
- ✓ rola sieci wsparcia we wdrażaniu Modelu;
- ✓ zasady współpracy w ramach sieci (Zespoły Interdyscyplinarne ds. Rodzin, pakiety usług, informatorium);

- ✓ warunki techniczno-organizacyjne wdrożenia Modelu;
- ✓ wdrożenie krok po kroku – etapy wdrożenia Modelu.

W odniesieniu do poszczególnych grup uczestników, nacisk powinien zostać położony na nieco inne aspekty związane z wdrażaniem Modelu. W przypadku kadry zarządzającej instytucji wdrażającej/planującej wdrożenie Modelu (dyrektorów, kierowników OPS), szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na kwestie związane z warunkami techniczno-organizacyjnymi, jakie muszą być zapewnione, aby móc wdrożyć Model. W przypadku pracowników zainteresowanych jego realizacją (pracowników socjalnych pracujących z rodzinami, specjalistów ds. sieci wsparcia) szczególny nacisk powinno się położyć na kwestie związane z poszczególnymi etapami wdrażania Modelu. Praktyczne aspekty jego wdrażania powinny być stale konsultowane, np. poprzez indywidualny coaching, mentoring, tutoring w tym zakresie. Dodatkowo, jako wzmocnienie i podniesienie kompetencji pracowników realizujących Model, proponuje się objęcie ich systematycznym wsparciem superwizyjnym, jak również utworzenie możliwości samodoskonalenia się w ramach grup edukacyjnych opartych na metodzie *Study Circle*. Jednocześnie rekomenduje się przygotowanie w tym zakresie także partnerów – członków sieci wsparcia.

8. Ustalenie listy rodzin, którym zostanie zaproponowany udział w projekcie

Zakłada się, iż instytucja wdrażająca Model już na etapie diagnozy problemu dziedzicznego ubóstwa na danym obszarze dokonuje wstępnej analizy środowisk korzystających z jej wsparcia. Analiza środowisk powinna określić liczbę, strukturę i charakterystykę rodzin pod kątem spełnienia kryteriów zagrożenia dziedzicznym ubóstwem. Dodatkowym wsparciem w pozyskaniu rodzin spełniających kryteria dziedzicznego ubóstwa, do współpracy w ramach Modelu, mogą być inne instytucje i organizacje działające w obszarze readaptacji społecznej i zawodowej (Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, placówki wsparcia dziennego, Powiatowy Urząd Pracy, organizacje pozarządowe – w tym kościelne) oraz placówki edukacyjne. Należy jednak pamiętać, iż aby móc skorzystać ze wsparcia partnerów na tym etapie, istotne jest zawarcie stosownych uzgodnień w ramach porozumień. Oczekiwanie współpracy wobec partnerów może dotyczyć przekazania rodzinom spełniającym kryteria uczestnictwa katalogu korzyści wraz z danymi kontaktowymi pracowników instytucji wdrażającej, odpowiedzialnych za weryfikację i rekrutację rodzin. Rolą PS jest zweryfikowanie sytuacji rodzin zarekomendowanych przez partnerów do uzyskania wsparcia w ramach Modelu, pod

kątem zagrożenia problemem dziedzicznego ubóstwa. Ze względu na konieczność uzyskania zgody klienta/rodziny na przekazanie i dysponowanie danymi osobowymi, weryfikacją i rekrutacją rodzin może zajmować się jedynie pracownik instytucji wdrażającej Model.

3.2.2 ETAP PRZYGOTOWANIA DO REALIZACJI WSPARCIA

III ETAP PRZYGOTOWANIE DO REALIZACJI WSPARCIA

1. Kontakt PS z rodzinami. Przedstawienie rodzinom założeń projektu, zaproszenie rodzin do udziału (stworzenie listy rezerwowej rodzin gotowych do uczestnictwa w projekcie)
2. Wstępna diagnoza sytuacji rodzin, rozeznanie potrzeb rodzin zaproszonych do współpracy.
3. Pogłębienie diagnozy we współpracy z rodzinami, analiza obszarów problemowych.
4. W ramach Spotkania Konsultacyjnego (SK) → identyfikacja zasobów środowiskowych, poszerzenie diagnozy w kontekście zasobów środowiskowych na rzecz wsparcia rodziny.
5. Wykorzystanie sieci wsparcia - zaproszenie specjalistów zewnętrznych do współpracy w ramach Zespołu Interdyscyplinarnego Ds. Rodziny (ZIDR)
6. Pierwsze i kolejne spotkania ZIDR → pogłębienie diagnozy, uzupełnienie planu działań określonego w IPS o zadania realizowane przez partnerów zewnętrznych.
7. Zaproszenie rodziny/przedstawiciela rodziny do ZIDR; wypracowanie z rodziną IPS, w szczególności określenie indywidualnej sieci wsparcia dla rodziny.
8. Podział zadań pomiędzy realizatorów.
9. Udokumentowanie spotkania, ustalenie terminu kolejnych ZIDR.

1. Kontakt pracownika socjalnego z rodzinami. Przedstawienie rodzinom założeń projektu, zaproszenie rodzin do udziału

Aby zapewnić objęcie wsparciem w ramach Modelu możliwie jak największej liczbie rodzin mieszkających w wyodrębnionej w ramach diagnozy enklawie i spełniających kryteria dziedzicznego ubóstwa, należy w sposób przemyślany zaplanować rekrutację. Etap ten jest najistotniejszy z punktu widzenia możliwości realizacji celów Modelu.

Znaczącą rolę na tym etapie odegrają pracownicy socjalni pracujący w instytucji wdrażającej Model – zarówno w zespole/komórce, jak i poza nią. Zakłada się także możliwość współudziału instytucji partnerskich w kierowaniu rodzin do wsparcia w ramach Modelu.

Rolą pracowników socjalnych realizujących zadania w ramach Modelu, jak i pracujących na dotychczasowych zasadach (poza Modelem) jest dokonanie analizy sytuacji rodzin korzystających ze wsparcia finansowego (obecnie oraz w przeszłości) oraz mieszkających w obszarze enklawy, pod kątem spełnienia kryteriów dziedzicznego ubóstwa. W weryfikacji kryteriów dziedzicznego ubóstwa może być pomocna Karta oceny formalnej – narzędzie zarekomendowane w ramach Modelu. Rezultatem analizy jest wypełnienie przez pracownika socjalnego Karty oceny formalnej. Rodziny spełniające wymogi formalne będą wpisane na listę, która posłuży PS do zaplanowania z nimi kontaktu. W ramach umówionego wcześniej spotkania PS przedstawia rodzinom założenia Modelu i korzyści wynikające ze współpracy. Kluczowym momentem jest uzyskanie zgody i podpisanie przez rodzinę – jej przedstawiciela – pisemnej, wstępnej deklaracji uczestnictwa, zawierającej także klauzule związane z ochroną danych osobowych. Na tym etapie PS kontaktujący się z rodziną rozpoczyna metodyczne działanie w kontakcie z rodziną – inicjuje pomyślną relację pomocowe.

Z uwagi na to, że Model zakłada także aktywny udział w rekrutacji – a więc także kontakt z rodzinami – pracowników socjalnych spoza zespołu/komórki, istotny jest udział w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu wszystkich pracowników socjalnych instytucji wdrażającej.

W przypadku rodzin, które nie korzystają i nie korzystały dotychczas z pomocy instytucji wdrażającej, a wobec których występuje potrzeba wsparcia w ramach Modelu (np. środowisko sąsiedzkie osób zakwalifikowanych do Modelu), pracownicy socjalni (realizujący działania w ramach modelu, jak i pozostali) mogą w ramach kontaktu w środowisku zaprezentować ofertę wsparcia, przedstawić katalog korzyści, zachęcić do współpracy i przedstawić do podpisu wstępną deklarację uczestnictwa.

Przy weryfikacji kryteriów, wsparciem dla PS może być specjalista do spraw sieci wsparcia.

Upodmiotowienie rodziny spełniającej kryteria uczestnictwa w Modelu na etapie rekrutacji może mieć wpływ na podwyższenie motywacji i wyrażenie gotowości do podjęcia działań oraz pomyślnego ukończenia planowanych działań. Na etapie rekrutacji, podczas przedstawiania rodzinom założeń Modelu, nieodzowne jest powołanie się na określone w ustawie o pomocy społecznej kryterium współpracy, jako jeden z trzech łącznych warunków przyznawania pomocy materialnej. Istotna jest uczciwa rozmowa z przedstawicielami rodzin o ich motywacji oraz przedstawienie przez pracownika socjalnego przyczyn, dla których rodzina została zaproszona do współpracy w ramach Modelu. Takie podmiotowe podejście może wpłynąć na podwyższenie autorytetu

pracownika socjalnego w oczach klientów i warunkować skuteczność dalszej współpracy. W trakcie przedstawiania klientowi oferty projektu, pracownik socjalny powinien mieć przygotowaną listę korzyści dla klienta i jego rodziny, wynikających ze współpracy w ramach Modelu. Przedstawienie pełnej informacji o ofercie, zasadach współpracy oraz braku gotowości do współpracy może przyczynić się do wyrażenia zgody i podpisania przez rodzinę wstępnej deklaracji uczestnictwa.

Zaleca się podjęcie w ramach rekrutacji kontaktu z większą niż planowaną do objęcia docelowym wsparciem w ramach Modelu liczbą rodzin oraz utworzenie listy rezerwowej. W trakcie realizacji działań w ramach Modelu część rodzin może podjąć decyzję o rezygnacji ze współpracy. Można będzie wtedy zaproponować wsparcie rodzinom, które wcześniej wstępnie wyraziły zainteresowanie współpracą (podpisały wstępną deklarację) i zostały wpisane na listę rezerwową.

Przykładowy katalog korzyści dla rodziny, wynikający ze współpracy w ramach Modelu, znajduje się w rozdziale czwartym podręcznika, w podrozdziale dotyczącym nawiązania kontaktu z rodziną.

REKOMENDACJA

Rekomendowane strategie pozyskiwania informacji o rodzinach oraz pozyskiwania rodzin do współpracy:

1. W dużych JOPS (dysponujących kilka jednostek terenowych) różne strategie postępowania pracowników projektu podczas rekrutacji można zastąpić znormalizowanymi procedurami doboru rodzin do Modelu, np.:
 - etap pozyskiwania rodzin może zostać poprzedzony spotkaniem pracowników pracujących w Modelu ze wszystkimi pracownikami terenowymi i kadrą kierowniczą, np. w ramach zebrania. Podczas spotkania pracownicy mogą otrzymać najnowsze informacje o realizacji działań, oczekiwaniach grupy „modelowej”, omówić niejasności, zaproponować ciekawe racjonalizatorskie pomysły. Pracownicy „terenowi” mogą otrzymać także krótkie ulotki informujące w formie uproszczonej o formach wsparcia w ramach Modelu, korzyściach dla rodzin, terminach realizacji oraz osobach do kontaktu. Ulotki mogą zostać przekazane klientom przez pracowników terenowych, przy okazji kontaktu w biurze lub terenie;
 - na wniosek osób zarządzających w terenowych punktach (wymagane ustalenia na poziomie osób zarządzających) – wszystkie kartoteki (teczki osobowe rodzin) mogą zostać udostępnione pracownikom realizującym Model. Dobór kartotek do dyspozycji według klucza: „osoba spełniająca kryteria kwalifikacji do Modelu” – poszerza to możliwość dostępu pracowników projektu do wszystkich środowisk spełniających formalne wymogi uczestnictwa (nie tylko do wybranych przez pracownika socjalnego jednostki terenowej). Ponadto ułatwia to stworzenie listy rezerwowej;
 - każda rodzina, jej przedstawiciel spełniający formalne kryteria może uczestniczyć w rozmowie kwalifikacyjnej; przeprowadzonej przez pracowników Modelu;

Efektom rozmowy kwalifikacyjnej mogłoby być:

 - a. wpisanie klienta na listę uczestników i wskazanie dalszych działań;
 - b. wpisanie rodziny na listę rezerwową;
 - c. brak zakwalifikowania rodziny do wsparcia w ramach Modelu z uzasadnieniem (np.: rodzina – jej przedstawiciel nie wyraża zgody lub rodzina może zostać zakwalifikowany po spełnieniu pewnych kryteriów, itp.). W przypadku osób nie wyrażających zgody na współpracę, jednocześnie korzystających ze wsparcia – wskazanie możliwych konsekwencji i omówienie ich w duchu troski o rodzinę.
2. Pomocnymi narzędziami w pozyskiwaniu rodzin mogą okazać się: plakat, ulotka lub informator określający w zwięzłych, prostych słowach ofertę Modelu, korzyści dla rodziny oraz dane teleadresowe ułatwiające bezpośredni kontakt z pracownikami Modelu. Ulotki mogą także zostać rozdane w obiektach publicznych: przychodniach, domach kultury, urzędach, szkołach, bibliotekach a nawet parafiach i sklepach.
3. Upodmiotowienie klienta/rodziny spełniającej kryteria uczestnictwa w Modelu, na etapie pozyskiwania może mieć wpływ na podwyższenie motywacji i wyrażenie gotowości do podjęcia działań i ukończenia projektu.
4. Kluczowe jest także powoływanie się w rozmowie z przedstawicielami rodzin, na określone w UPS kryterium współpracy, jako jednego z trzech łącznych warunków przyznawania pomocy materialnej. Istotna jest uczciwa rozmowa z klientem o motywacji pracownika socjalnego do zaproszenia klienta do udziału w projekcie. Paradoksalnie, takie podmiotowe podejście może wpłynąć na podwyższenie autorytetu pracownika socjalnego w oczach klienta.
5. Z doświadczeń innych OPS realizujących projekty wynika, że im więcej czasu poświęci się na zachęcenie (przy zachowaniu zasady podmiotowości) osób do wzięcia udziału, tym mniejsze ryzyko ich rezygnacji w dalszych etapach wsparcia projektowego.

2. Wstępna diagnoza sytuacji rodzin, rozeznanie potrzeb rodzin zaproszonych do współpracy

Na tym etapie PS, zachowując zasadę empowermentu, przy pełnym współudziale rodziny, będzie dążył do rozpoznania jej sytuacji życiowej w przestrzeni zawodowej, materialnej, opiekuńczo-wychowawczej, mieszkaniowej, zdrowotnej i środowiskowej. Do analizy i ewidencji wybranych informacji posłużą rekomendowane w ramach standardów pracy socjalnej lub wykorzystywane dotychczas przez instytucję wdrażającą Model narzędzia analizy sytuacji rodziny. Analiza wymienionych powyżej obszarów życia ma na celu wyłonienie potrzeb rodziny, wyodrębnienie obszarów problemowych występujących w rodzinie oraz ustalenie hierarchii ich ważności dla poprawy sytuacji rodziny.

Wstępna diagnoza jest etapem rozpoczynającym konceptualizację indywidualnego projektu socjalnego. Wstępna diagnoza znajduje swoje odzwierciedlenie w indywidualnym projekcie socjalnym.

Cechy dobrej diagnozy opisano w rozdziale czwartym, w podrozdziale dotyczącym nawiązania kontaktu z rodziną.

3. Pogłębienie diagnozy we współpracy z rodzinami, analiza obszarów problemowych.

Kolejnym etapem realizacji działań PS w ramach diagnozy jest pogłębienie wiedzy o specyficznych obszarach funkcjonowania rodziny – przy wykorzystaniu rekomendowanych w ramach standardów pracy socjalnej lub wykorzystywanych dotychczas przez instytucję wdrażającą Model narzędzi pogłębionej diagnozy rodziny.

Mogą one dotyczyć, między innymi

- ✓ codziennego życia: relacji i komunikowania się w rodzinie, metod wychowawczych, podziału obowiązków, gospodarowania budżetem, higieny, żywienia i wychowania dzieci;
- ✓ rozwoju dzieci: stanu fizycznego, zdrowotnego, emocjonalnego, edukacji szkolnej, udziału w zajęciach pozalekcyjnych;
- ✓ rozwoju rodziców: kwalifikacji, samooceny, motywacji do zmian, zainteresowań, postawy prozawodowej, wartości, planów na przyszłość, kryzysów, konfliktów, uzależnień;
- ✓ aktywności społecznej, wsparcia środowiskowego, kontaktu i relacji z członkami dalszej rodziny i sąsiadami.

Określenie, we współpracy z rodziną, trudności w jej funkcjonowaniu w poszczególnych obszarach, pozwoli PS w ramach przygotowania się do IPS, uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

- ✓ jakie są problemy rodziny i jakie są przyczyny trudnej sytuacji?
- ✓ jak zdiagnozowana sytuacja wpływa na funkcjonowanie rodziny i poszczególnych jej członków?
- ✓ jakie są zasoby, możliwości, deficyty i ograniczenia funkcjonowania rodziny?

Diagnoza pogłębiona powinna przynieść ponadto odpowiedź na pytanie, jakie są faktyczne potrzeby rodziny.

Zarówno na etapie wstępnej, jak i pogłębionej diagnozy PS dokumentuje swoje działania na kwestionariuszu karty pracy socjalnej. Narzędzia analizy sytuacji rodziny oraz narzędzia pogłębionej diagnozy stanowią załącznik nr 5.2.7 niniejszego Podręcznika.

4. Spotkanie Konsultacyjne (SK)

SK to zaplanowane spotkanie specjalistów realizujących zadania w ramach Modelu – pracownika socjalnego (PS) i specjalisty do spraw sieci wsparcia (S). SK może posłużyć omówieniu sytuacji jednej lub wielu rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu. Spotkanie służy wspólnemu przeanalizowaniu dokumentacji, omówieniu wyników diagnozy, oraz – przy wykorzystaniu pakietu usług – identyfikacji zasobów środowiskowych, które można będzie wykorzystać rzecz wsparcia rodziny. Na tym etapie S współtworzy z PS koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) oraz wspiera PS w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia środowiskowego, przy wykorzystaniu pakietu usług. Celem SK jest takie dobranie usług zawartych w pakiecie, aby jak najlepiej służyły wsparciu konkretnej, omawianej rodziny. W ramach SK, w wyniku analizy wyników diagnozy, może powstać potrzeba skonsultowania sytuacji rodziny i podjęcia współpracy ze specjalistami zewnętrznymi. Zadaniem S będzie ponadto uzgodnienie wraz z PS składu Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny (ZIDR), ustalenie terminu spotkania oraz zaproszenie specjalistów/specjalisty na spotkanie ZIDR.

Każde kolejne (wewnętrzne) spotkanie specjalistów pracujących w ramach zespołu/komórki, realizującej zadania w Modelu, będzie nazywane spotkaniem konsultacyjnym. Spotkanie specjalistów pracujących w ramach zespołu/komórki ze specjalistami z zewnątrz, będzie nazywane ZIDR.

Spotkania Zespołu Specjalistów (analiza sytuacji rodzin, planowane działania, rozliczenia) dokumentowane są na drukach Protokołu i monitoringu ZIDR/Spotkania Konsultacyjnego.

5. Zespół Interdyscyplinarny do spraw Rodziny (ZIDR)

W miarę rozwoju specjalistycznej pracy socjalnej, pracownik socjalny staje przed koniecznością zwracania się po pomoc do współpracujących z nim osób i specjalistów. Współpraca ta staje się niezbędna zarówno na etapie diagnozowania problemów, jak i układania planu pracy oraz jego realizacji. Narzędziem wykorzystanym w projekcie, który umożliwia i strukturyzuje tę współpracę, jest Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny.

6. Pierwsze spotkanie Zespołu Interdyscyplinarnego do spraw Rodziny (ZIDR)

Osobą uzgadniającą z pracownikiem socjalnym skład ZIDR oraz organizującą, moderującą i dokumentującą spotkania ZIDR jest S. W skład ZIDR w każdym przypadku wchodzi PS współpracujący z rodziną, S i odpowiednio dobrani (w zależności od potrzeb, wynikających z sytuacji konkretnej rodziny) specjaliści zewnętrzni, np. doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, psycholog, prawnik, pracownik placówki dziennego wsparcia, asystent rodziny, wychowawca, etc.).

Pierwsze spotkanie ZIDR poświęcone jest przedstawieniu ustalonej w ramach SK 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.

7. Kolejne spotkania ZIDR

Kolejne spotkania członków ZIDR służą: wymianie informacji, jakie udało się zdobyć w minionym czasie, rozliczeniu się z ustalonych wcześniej działań, przedstawieniu przeszkód w realizacji ustalonych zadań, zebraniu diagnoz sporządzonych przez

poszczególnych specjalistów (np. w formie pisemnej) i na tej podstawie – zaktualizowaniu planu pomocy.

Dotychczasowe doświadczenia stosowania interdyscyplinarnej formuły pracy z rodzinami pozwalają zauważyć większą skuteczność oddziaływań naprawczych – nie tylko ze względu na poszerzenie oceny sytuacji o aspekty dostrzegane przez zaproszonych specjalistów, ale także dzięki aktywnemu udziałowi rodzin w diagnozie i planowaniu działań. ZIDR zakłada także aktywne uczestnictwo w jego spotkaniach przedstawicieli rodzin objętych wsparciem.

8. Zaproszenie rodziny/przedstawiciela rodziny na spotkanie w ramach ZIDR

Specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzeni podejmują wspólną decyzję, na jakim etapie (na które spotkanie Zespołu) zaprosić przedstawiciela bądź kilkoro przedstawicieli rodziny. Decyzja o włączeniu przedstawiciela rodziny do prac Zespołu powinna być naturalną konsekwencją wdrażania idei empowermentu w modelowym działaniu. 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. Tak wzbogacony osobowo ZIDR powinien wspólnie wypracować założenia będące podstawą do realizacji indywidualnego projektu socjalnego.

Tempo pracy ZIDR zależy od kilku czynników:

- ✓ od zaangażowania rodziny (poszczególnych jej członków) we współpracę ze specjalistami;
- ✓ od wielkości rodziny oraz głębokości problemu dziedziczonego 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.

Dokumentacja ZIDR prowadzona jest przez specjalistę ds. sieci wsparcia, który na protokole ZIDR dokonuje opisu ustalonej zespołowo diagnozy, planu pracy i podziału zadań podjętych do realizacji przez członków Zespołu. Uczestnicy Zespołu wspólnie

ustalają terminy kolejnych spotkań, które powinny być uzależnione od zaplanowanych działań. Każde kolejne spotkanie ZIDR powinno zakładać ewaluację działań zaplanowanych w ramach poprzednich spotkań.

3.2.3 ETAP REALIZACJI WSPARCIA

IV ETAP REALIZACJA WSPARCIA

1. Realizacja działań zawartych w IPS;
2. Kolejne spotkania ZIDR → monitoring i ewaluacja podjętych działań, modyfikacja, poszerzenie lub ograniczanie działań.
3. Zapraszanie do współpracy kolejnych partnerów zewnętrznych w zależności od potrzeb i zidentyfikowanych problemów;
4. Wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej z rodzinami, wykorzystanie *pakietu usług* i *informatrium*;
5. Osiągnięcie założonych w IPS celów (lub modyfikacja planu);
6. Zakończenie pracy z rodziną w formule interdyscyplinarnej w ramach ZIDR → ewaluacja realizacji IPS, decyzja o zakończeniu pracy z rodziną lub modyfikacja planu pomocy → określenie rekomendacji do dalszych działań na rzecz rodziny;
7. Ustalenie możliwości monitorowania funkcjonowania rodziny po zakończeniu działań w ramach Modelu.

1. Realizacja działań zawartych w Indywidualnym Projekcie Socjalnym. Kolejne spotkania ZIDR – monitoring i ewaluacja podjętych działań

Na etapie przygotowania do realizacji wsparcia zadaniem ZIDR, w którego składzie znajduje się przedstawiciel rodziny, jest ustalenie planu pracy w ramach IPS. Oznacza to stworzenie harmonogramu realizacji zadań służących przygotowaniu do realizacji, a także samej realizacji projektu socjalnego, w tym także określenie kompetencji osób realizujących projekt, określenie ram czasowych, uzgodnienie form realizacji projektu z instytucjami wspomagającymi jego realizację. Faza wdrażania projektu polega na systematycznej realizacji harmonogramu prac, a także weryfikacji obranych założeń. W tym czasie PS i poszczególni specjaliści starają się wykonywać zaplanowane działania,

zapraszając rodzinę na spotkania, które odbywają się w instytucji wdrażającej Model lub odwiedzając ją w środowisku zamieszkania i – bazując na zasobach w maksymalnym stopniu – mobilizują ją do aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu trudnej sytuacji. PS na tym etapie monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego przy użyciu kwestionariusza indywidualnego projektu socjalnego. Monitoring i ewaluacja ustaleń członków ZIDR dokumentowane są przez S na druku monitoringu działań ZIDR, zaś do bieżącego monitoringu i ewaluacji działań zaplanowanych w ramach IPS służy karta monitoringu i ewaluacji IPS.

2. Zapraszanie do współpracy partnerów w zależności od potrzeb rodziny

Skład osobowy poszczególnych ZIDR może ulegać zmianom. Może zmniejszać 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.

3. Wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej

Wraz z kolejnymi metodycznymi etapami realizacji założeń IPS, działania PS powinny być wzbogacane o różne formy i narzędzia pracy socjalnej. Podstawowym zadaniem instytucji wdrażającej Model jest optymalne przygotowanie PS do realizacji pracy socjalnej – poprzez konsultacje, szkolenia, zapewnienie bieżącego wsparcia superwizyjnego oraz możliwość samodoskonalenia się pracowników w ramach *Study Circle* (SC). Przygotowany do pełnienia swojej roli PS, w ramach działań na rzecz rodziny podejmuje decyzję o celowości udzielania wsparcia i wyborze jego najodpowiedniejszej formy. W praktyce pracy socjalnej mogą być realizowane różnorodne podejścia wypracowane na gruncie teorii i koncepcji pedagogicznych, psychologicznych, socjologicznych i innych. W ramach Modelu dopuszcza się wykorzystanie różnorodnych narzędzi opisu, diagnozy i rozwiązywania problemów. Zakres działań PS powinien wynikać z ustalonego w ramach ZIDR planu pracy z rodziną i służyć realizacji celów zawartych w IPS. W ramach Modelu rekomenduje się metody pracy socjalnej oraz usługi zaprezentowane w standardach pracy socjalnej.

4. Zakończenie pracy z rodziną w formule interdyscyplinarnej w ramach ZIDR/modyfikacja planu

Przyczyny zakończenia działalności zespołu interdyscyplinarnego powołanego do pracy z jedną rodziną mogą być różne. 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.

Zawsze jednak decyzja o zakończeniu pracy ZIDR powinna zostać omówiona i podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność przedstawiciela rodziny oraz udokumentowana na druku Karty monitoringu i ewaluacji IPS oraz karty monitoringu działań ZIDR.

W każdym przypadku praca metodą interdyscyplinarną może zostać wznowiona.

5. Monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu działań w ramach Modelu

W istniejącym stanie prawnym obowiązek monitorowania losów rodzin po zakończeniu realizacji projektu socjalnego nie został wprost zdefiniowany. Wymóg monitorowania jest jednak logiczną konsekwencją potrzeby dokonywania oceny postępu działań, zmierzających do życiowego usamodzielnienia się rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem.

Rodziny objęte wsparciem już na etapie podpisywania deklaracji współpracy powinny zostać poinformowane o potrzebie monitoringu i zapytane o zgodę na udzielenie informacji o swojej sytuacji, po zakończeniu okresu współpracy. Monitoring funkcjonowania rodziny może być bezpośredni – polegać może na podjęciu kontaktu PS z rodziną po trzech i sześciu miesiącach od czasu zakończenia okresu współpracy, celem uzyskania informacji o funkcjonowaniu rodziny. PS może wykorzystać kwestionariusz ankiety lub wywiadu z rodziną bądź arkusz obserwacji. Pośrednio instytucja wdrażająca, we współpracy z partnerami, poprzez analizę dokumentacji, informacje zwrotne (np. informacje z PUP o aktywności zawodowej, opis funkcjonowania dzieci w szkole lub świetlicy, informacje zwrotne od kuratora), może uzyskać wiedzę o funkcjonowaniu rodziny w środowisku. Skuteczne monitorowanie stopnia usamodzielnienia osób, które skorzystały ze wsparcia w ramach Modelu, pozwoli udoskonalić sposób jego

wykorzystania w pracy socjalnej ośrodków pomocy społecznej, a tym samym zwiększyć skuteczność jego oddziaływania. Monitoring może być także asumptem do podjęcia interwencji socjalnej w rodzinie. Tak rozumiany monitoring wzmacnia też w rodzinach, którym jest udzielane wsparcie poczucie, że ktoś się nadal nimi interesuje. To może być dla nich motywujące i skłaniać ich do podejmowania starań o poprawę swojej sytuacji.

4 ETAPY PRACY Z RODZINĄ

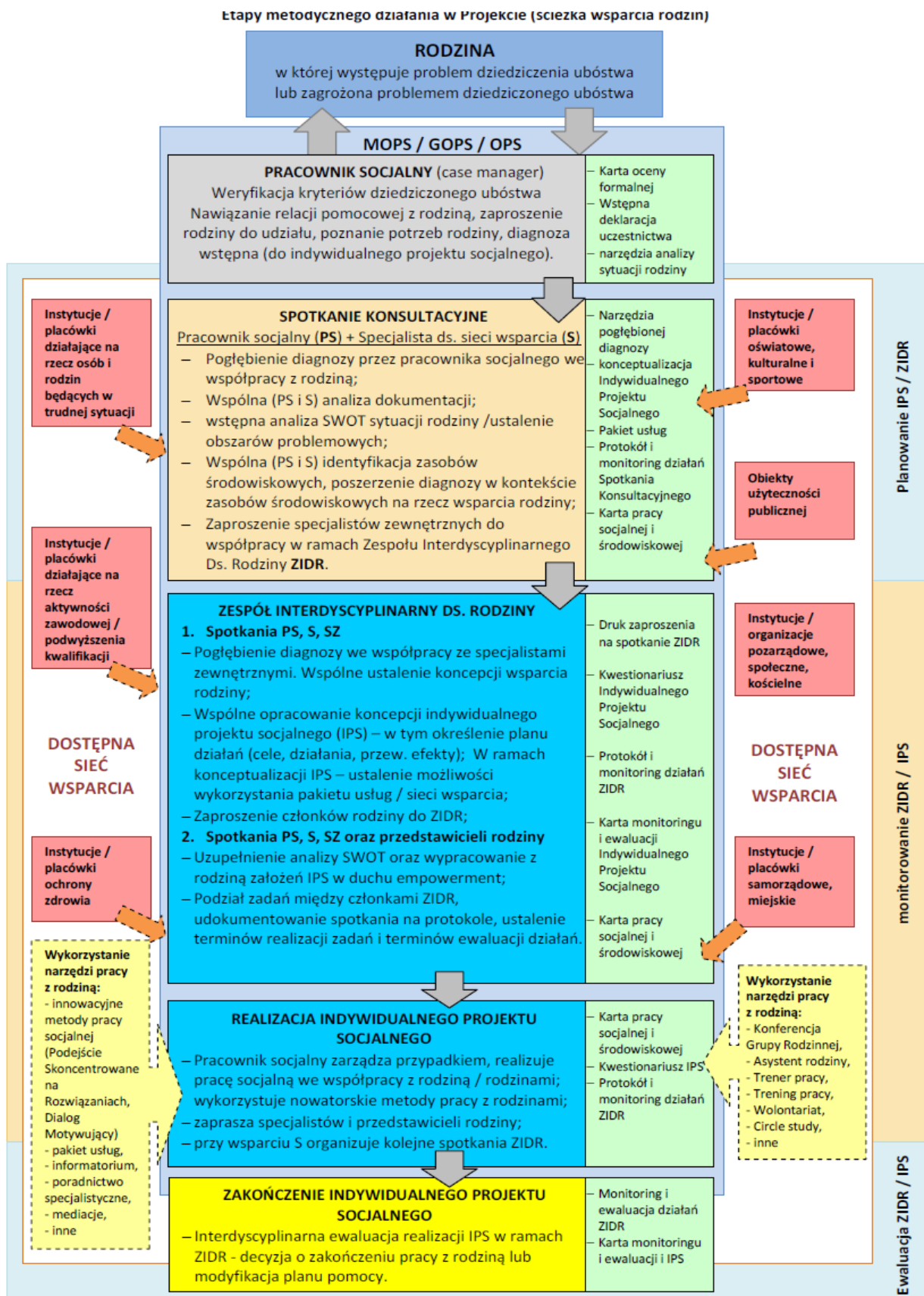
Proces realizowanej w ramach Modelu współpracy z rodzinami obejmuje pięć zintegrowanych ze sobą etapów. Stanowią one odzwierciedlenie zarówno metodyki pracy socjalnej, jak i uwarunkowań formalno-prawnych regulujących funkcjonowanie pomocy społecznej. Na każdym z tych etapów można wskazać na kluczowe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

- ✓ **Etap I** to przygotowanie do spotkania i podjęcie kontaktu pracownika socjalnego instytucji wdrażającej Model z rodziną. Następuje 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 pracą (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.

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 4. ETAPY METODYCZNEGO DZIAŁANIA (ŚCIEŻKA WSPARCIA RODZIN W MODELU).



Źródło: opracowanie własne.

4.2 PROCES WSPARCIA RODZIN – ETAPY METODYCZNEGO DZIAŁANIA PRACOWNIKÓW W RAMACH MODELU

Poniżej przedstawiono i szczegółowo opisano każdy z pięciu etapów realizacji wsparcia na rzecz rodzin zagrożonych dziedzicznym ubóstwem.

I ETAP - NAWIĄZANIE KONTAKTU Z RODZINĄ/ANALIZA SYTUACJI RODZINY

Krok 1: Ustalenie listy rodzin

- a. Instytucja wdrażająca Model na etapie diagnozy problemu dziedzicznego ubóstwa na danym obszarze dokonuje wstępnej analizy środowisk korzystających z jej wsparcia (pod kątem spełnienia kryteriów dziedzicznego ubóstwa).
- b. Instytucje i organizacje partnerskie wspierają instytucję wdrażającą w pozyskaniu rodzin do współpracy (informują o możliwości podjęcia współpracy i kierują do kontaktu z pracownikiem socjalnym instytucji wdrażającej Model).
- c. Na etapie przygotowania do realizacji wsparcia pracownicy socjalni instytucji wdrażającej poprzez wgląd w dokumentację dokonują analizy sytuacji rodzin mieszkających na terenie enklawy i korzystających ze wsparcia finansowego (obecnie lub w przeszłości) pod kątem spełnienia kryteriów dziedzicznego ubóstwa. W weryfikacji może być pomocna Karta oceny formalnej.
- d. Rodziny wstępnie zweryfikowane zapisywane są na listę, która posłuży pracownikowi socjalnemu w dalszym etapie do zaplanowania kontaktu.

Krok 2: Podjęcie kontaktu pracownika socjalnego z rodziną/nawiązanie relacji pomocowej

- a. Pracownik socjalny podejmuje kontakt z rodziną, jej przedstawicielem.

REKOMENDACJA

Rekomenduje się wcześniejsze umówienie spotkania, ustalenie spotkania w terminie oraz miejscu wskazanym przez przedstawiciela rodziny. Rodzina powinna znać cel spotkania oraz planowany czas, jaki zostanie poświęcony na spotkanie.

- b. Pracownik socjalny prezentuje ofertę wsparcia w ramach Modelu, przedstawia korzyści rodziny, wynikające z podjęcia współpracy.

LISTA KORZYŚCI DLA RODZINY

- ✓ Działania w ramach Modelu w dużej mierze ukierunkowane są na wsparcie dzieci. Zgoda rodziny na uczestnictwo w działaniach to zgoda na wzmocnienie w rozwoju i zwiększenie szans dzieci na poprawę ich sytuacji – na lepsze życie.
- ✓ Rodzina we współpracy ze specjalistami określa trudności, zgłasza oczekiwania i potrzeby.
- ✓ Rodzina jest centralną „postacią” – podmiotem działań, współdecyduje w realizacji współpracy na każdym z etapów, może wpłynąć na zmianę decyzji innych uczestników wsparcia.
- ✓ Poszczególni członkowie rodziny zgłaszający różne potrzeby mogą mieć lepszy dostęp do zasobów instytucjonalnych i bieżące wsparcie specjalistów.
- ✓ Rodzina ma dostęp do kompleksowej informacji o ofertach wsparcia i inicjatywach rozwojowych, ma pełny dostęp do bazy usług.
- ✓ Współpraca rodzin w ramach Modelu zmniejsza dystans i przełamuje barierę w kontakcie z instytucjami i organizacjami.
- ✓ Rodzina, poszczególni jej członkowie, mogą skorzystać z szerszej oferty wsparcia, lepiej dopasowanej do potrzeb.
- ✓ Uczestnictwo w spotkaniach i formach wsparcia może wpłynąć na poprawę relacji pomiędzy członkami rodziny.
- ✓ Współpraca jest oparta na poszanowaniu godności i prawa rodziny do samostanowienia, nie można rodzinie narzucić współpracy czy zmusić do realizacji określonych działań.
- ✓ Rodzina może wycofać się ze współpracy w ramach Modelu, zaś założenie realizacji wsparcia przewiduje zakończenie działań (na etapie realizacji celów określonych w projekcie socjalnym).
- ✓ Pozytywna wizja przyszłości – przedstawienie wizji przyszłości – wizji zrealizowanych celów, pomysłów i marzeń.
- ✓ Większa aktywność rodziny na rzecz dzieci będzie wiązała się z poczuciem zadowolenia rodziców i opiekunów, spełnienia ich w swojej roli.

- c. Pracownik socjalny zachęca rodzinę, poszczególnych jej przedstawicieli do podjęcia współpracy w ramach Modelu.

REKOMENDACJA

Rekomenduje się poświęcenie na ten etap większej ilości czasu, poświęcenie nawet kilku spotkań. Na pierwszym spotkaniu pracownik socjalny może zaprezentować korzyści dla rodziny, zostawić ulotkę oraz poprosić rodzinę o przemyślenie a nawet przygotowanie przez rodzinę pytań związanych z zakresem współpracy. Ważne jest odstąpienie w kontakcie z rodzinami od nacisku, przymusu.

Podjęcie przez pracownika socjalnego kontaktu z rodziną to jeden z najbardziej istotnych momentów w realizacji procesu wsparcia na rzecz rodziny. Chodzi tu o zawiązanie z rodziną, poszczególnymi jej członkami pomyślniej relacji, sojuszu pomocowego.

Jeśli pracownik socjalny nie nawiąże z rodziną pomyślniej relacji, nie będzie możliwe włączenie jej w działania.

W przełamaniu oporu i niechęci rodziny oraz zwiększeniu motywacji do współpracy i w efekcie zawiązaniu pomyślniej relacji – sojuszu pomocowego z rodziną, mogą pomóc działania realizowane w duchu empowerment.

ZASADY EMPOWERMENT W PRAKTYCE:

- ✓ unikanie w rozmowie z rodziną komunikatów oceniających, wartościujących;
- ✓ angażowanie członków rodziny w rozmowę;
- ✓ wysłuchanie i doprecyzowanie oczekiwań klientów, dopytywanie o niejasności;
- ✓ wskazywanie decydującej roli klienta we współpracy z pracownikiem;
- ✓ stosowanie komunikatów dających klientowi szacunek oraz poczucie sprawczości („chcę, aby pan..”; „pozostaje panu podjęcie decyzji”; „mam taką propozycję...”; „czy pani się zgadza?”; „oczekuję, aby pan..”; „będę panią w tym wspierać”, „jak pani ocenia tę sytuację?”);
- ✓ przedstawienie procedur, wyjaśnienie etapów postępowania w Modelu;
- ✓ dopytywanie o niejasności, wątpliwości (zwiększenie wiedzy i zmniejszenie poziomu lęku członków rodzin przed nieznanym);
- ✓ dopytywanie się przedstawicieli rodzin o ich ocenę sytuacji;
- ✓ wskazanie członkom rodzin na możliwość wyrażenia własnego punktu widzenia;
- ✓ domaganie się partycypowania klienta i członków jego rodziny w procesie diagnozy / uczestnictwa w autodiagnozie;
- ✓ wskazywanie w rozmowie zauważonych zasobów, praca na zasobach klienta;
- ✓ otwarta „wymiana” myśli, emocji, opinii i obaw z członkami rodzin;
- ✓ dawanie klientowi możliwości wyboru rozwiązań alternatywnych podczas formułowania zasad współpracy;
- ✓ wzbudzanie pozytywnych oczekiwań, bazowanie na pomysłach członków rodzin, odwoływanie się do wspólnych ustaleń;
- ✓ zachęcanie rodzin do podejmowania decyzji związanych ze swoim życiem;
- ✓ wzmacnianie pozytywnych uczuć i zachowań członków rodzin oraz przerywanie destrukcyjnej komunikacji;
- ✓ wzmacnianie poprzez ukazywanie pozytywnych rozwiązań alternatywnych;
- ✓ identyfikowanie i podważanie ograniczających przekonań klienta (typu: ja to zawsze..., mnie to nigdy..., wszyscy pracodawcy to...);
- ✓ zwracanie uwagi na potrzeby członków rodzin;
- ✓ oddzielenie klientów od problemu;
- ✓ motywowanie wykorzystujące poczucie wartości (pozytywne wzmocnienia, pochwały);
- ✓ pozytywne przeformułowanie stereotypów;
- ✓ dostosowanie ustaleń, zadań do „tempa” oczekiwanego przez rodziny, do indywidualnych uwarunkowań wynikających z sytuacji zawodowej, rodzinnej członków rodzin;
- ✓ wskazywanie na pozytywne aspekty podczas pokonywania przez przedstawicieli rodzin kolejnych barier, osiągania kolejnych celów;
- ✓ powstrzymanie się od oceny, odstąpienie od krytyki za niewykonane zadania (ustalenie faktycznych

- d. Pracownik socjalny uzyskuje zgodę rodziny/jej przedstawiciela na współpracę i przedstawia do podpisu wstępną deklarację uczestnictwa rodziny/klienta (zawierającą także klauzule o ochronie i przetwarzaniu danych osobowych) w realizacji działań w ramach Modelu.
- e. W przypadku rodzin, które nie korzystają i nie korzystały dotychczas z pomocy instytucji wdrażającej, a wobec których występuje potrzeba wsparcia w ramach Modelu (np. środowisko sąsiedzkie osób zakwalifikowanych do Modelu), pracownik socjalny może w ramach kontaktu w środowisku zaprezentować ofertę wsparcia, zachęcić do współpracy i przedstawić do podpisu wstępną deklarację uczestnictwa.
- f. Pracownik socjalny podejmuje w ramach rekrutacji kontakt z większą, niż planowaną do objęcia docelowym wsparciem w ramach Modelu liczbą rodzin oraz utworzy listę rezerwową.

Krok 3: Dokonanie analizy sytuacji rodziny/wstępnej diagnozy

- a. Pracownik socjalny, zachowując zasadę empowerment, przy pełnym współudziale rodziny rozpoznaje jej sytuację życiową w przestrzeni zawodowej, materialnej, opiekuńczo-wychowawczej, mieszkaniowej, zdrowotnej i środowiskowej.

REKOMENDACJA

Do analizy i ewidencji wybranych informacji posłużą rekomendowane w ramach Modelu lub wykorzystywane dotychczas przez instytucję wdrażającą Model narzędzia analizy sytuacji rodziny.

- b. Pracownik socjalny, w ramach spotkania z rodziną, określa obszary potrzeb rodziny, wyodrębnia obszary problemowe występujące w rodzinie oraz dokonuje ich hierarchizacji.

REKOMENDACJA

Pracownik socjalny może uporządkować wyodrębnione obszary problemowe. Przy ustalaniu hierarchii ważności warto wziąć pod uwagę:

- rozmiar problemu (np. przemoc, problem alkoholowy, niezaspokojone potrzeby dziecka przed niskimi kompetencjami wychowawczymi rodziców),
- dynamikę rozwoju problemu (zagrożenie eksmisją lub niebezpieczeństwo przemocy),
- łańcuch przyczynowo – skutkowy (wpływ jednego problemu na pojawianie się kolejnych trudności w funkcjonowaniu rodziny),
- możliwości osoby / rodziny osiągnięcia określonego celu.

○ CZYM WARTO PAMIĘTAĆ PODCZAS DIAGNOZY?

- ✓ Uczestnictwo członków rodziny w diagnozie oznacza, że mają oni prawo do oceny swojego życia ze swojego punktu widzenia. **Osobista ocena przez klienta swoich trudności jest najwartościowszym fragmentem oceny sytuacji, niezależnie od poziomu umysłowego klienta i rodzaju dysfunkcji.**
- ✓ Ocena/diagnoza jest zawsze tymczasowa i musi być gotowa do aktualizacji czy uzupełnienia. W toku projektowania działań pracownicy Modelu muszą tę diagnozę-ocenę modyfikować i uaktualniać.
- ✓ Uzyskiwany subiektywny obraz sytuacji klienta jest poddawany ocenie w powiązaniu z pojawiającymi się faktami, zdarzeniami, dokumentami – w celu wywołania u klienta zmiany widzenia swoich trudności.
- ✓ Na ocenę sytuacji klienta/rodziny mogą mieć znaczący wpływ nastawienie i stereotypy pracownika socjalnego, na co należy zwracać uwagę dążąc do obiektywizacji, superwizji tego obrazu.

II ETAP – POGŁĘBIENIE DIAGNOZY/NAWIĄZANIE WSPÓŁPRACY PRACOWNIKA SOCJALNEGO ZE SPECJALISTĄ DS. SIECI WSPARCIA

Krok 1 Dokonanie analizy sytuacji rodziny/wstępnej diagnozy

- a. Pracownik socjalny pogłębia wiedzę o specyficznych obszarach funkcjonowania rodziny. Mogą one dotyczyć, między innymi:
 - codziennego życia: relacji i komunikowania się w rodzinie, metod wychowawczych, podziału obowiązków, gospodarowania budżetem, higieny, żywienia i wychowania dzieci,
 - rozwoju dzieci: stanu fizycznego, zdrowotnego, emocjonalnego, edukacji szkolnej, udziału w zajęciach pozalekcyjnych,
 - rozwoju rodziców: kwalifikacji, samooceny, motywacji do zmian, zainteresowań, postawy prozawodowej, wartości, planów na przyszłość, kryzysów, konfliktów, uzależnień,
 - aktywności społecznej, wsparcia środowiskowego, kontaktu i relacji z członkami dalszej rodziny i sąsiadami.

- b. Pracownik socjalny, we współpracy z rodziną, określa trudności w jej funkcjonowaniu w poszczególnych obszarach, aby uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:
 - jakie są problemy rodziny i jakie są przyczyny trudnej sytuacji?
 - jak zdiagnozowana sytuacja wpływa na funkcjonowanie rodziny i poszczególnych jej członków?
 - jakie są zasoby, możliwości, deficyty i ograniczenia funkcjonowania rodziny?

REKOMENDACJA

Optymalny czas na przeprowadzenie pogłębionej diagnozy, od momentu objęcia rodziny wsparciem w ramach Modelu, to od 3 do 6 miesięcy – w zależności od stopnia zaangażowania rodziny we współpracę.

- c. Pracownik socjalny dokumentuje swój kontakt z rodziną – poszczególnymi jej członkami

Krok 2: Powołanie Spotkania Konsultacyjnego

- a. Pracownik socjalny dysponujący pogłębioną diagnozą sytuacji rodziny, ustala termin spotkania ze specjalistą ds. sieci wsparcia. Zawiązuje Spotkanie konsultacyjne (SK).
W ramach SK pracownik socjalny i specjalista ds. sieci wsparcia:
- ✓ wspólnie analizują zebraną dokumentację diagnostyczną,
 - ✓ omawiają wyniki diagnozy sytuacji rodziny / rodzin,
 - ✓ zastanawiają się nad koncepcją indywidualnego projektu socjalnego,
 - ✓ dobierają usługi z dostępnego pakietu usług – tworzą pakiet usług dostosowany do zdiagnozowanych potrzeb konkretnej rodziny,
 - ✓ w razie konieczności ustalają działania do realizacji,
 - ✓ dokumentują SK na druku protokołu spotkania konsultacyjnego,
 - ✓ rozliczają się z ustalonych na SK działań korzystając z druku monitoringu działań SK,
 - ✓ określają potrzebę podjęcia współpracy ze specjalistami zewnętrznymi/partnerami.
- b. Specjalista ds. sieci wsparcia zaprasza (telefonicznie, mailowo) specjalistów zewnętrznych do współpracy, ustala termin spotkania. Zawiązuje Zespół Interdyscyplinarny ds. Rodziny (ZIDR).

REKOMENDACJA

W sytuacji, gdy specjalista zewnętrzny nie może opuścić swojego miejsca pracy (np. pośrednik pracy, doradca zawodowy PUP) można zaproponować zorganizowanie ZIDR w siedzibie specjalisty zewnętrznego. W przypadku trudności organizacyjnych (złe warunki lokalowe, brak sali) spotkanie w ramach ZIDR może zostać zorganizowane w wynajętej sali domu kultury lub biblioteki, salce katechetycznej, itp.

III ETAP – WSPÓŁPRACA SPECJALISTÓW W FORMULE INTERDYSCYPLINARNEJ

Krok 1: Powołanie Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny (ZIDR)

- a. Specjalista ds. sieci wsparcia zaprasza specjalistów zewnętrznych do pracy metodą interdyscyplinarną.
- b. W skład ZIDR w każdym przypadku wchodzi PS współpracujący z rodziną, S i odpowiednio dobrani (w zależności od potrzeb, wynikających z sytuacji konkretnej rodziny) specjaliści zewnętrzni np. doradca zawodowy, terapeuta uzależnień, psycholog, prawnik, pracownik placówki dziennego wsparcia, asystent rodziny, wychowawca, etc.

W ramach ZIDR specjaliści:

- ✓ zapoznają się z ustaloną diagnozą sytuacji rodziny,
- ✓ poszerzają diagnozę w oparciu o ocenę sytuacji rodziny przez specjalistów zewnętrznych,
- ✓ interdyscyplinarnie ustalają koncepcję wsparcia rodziny,
- ✓ wspólnie opracowują koncepcję indywidualnego projektu socjalnego (IPS) – w tym określają projekt planu działań oraz ustalają możliwości poszerzenia wsparcia o usługi określone w pakiecie usług,
- ✓ ustalają działania do realizacji i dzielą się zadaniami na najbliższy okres,
- ✓ podejmują decyzję o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów,
- ✓ podejmują decyzję o włączeniu przedstawiciela rodziny do prac w ramach ZIDR.

S dokumentuje spotkania na druku protokołu ZIDR oraz rozlicza podjęte działania na druku monitoringu ZIDR.

Krok 2: Zaproszenie rodziny/przedstawiciela rodziny na spotkanie w ramach ZIDR

- a. Specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzni podejmują wspólną decyzję, na jakim etapie (na które spotkanie ZIDR) zaprosić przedstawiciela bądź kilkoro przedstawicieli rodziny.

REKOMENDACJA

Wybór przedstawiciela rodziny powinien wynikać z analizy zasobów, postaw oraz wpływu, jaki mają poszczególne osoby na sytuację rodziny. Zaproszona osoba może otrzymać propozycję współtworzenia koalicji pomocowej na rzecz rodziny. W innym przypadku celem zaproszenia osoby na spotkanie ZIDR może być zaproponowanie jej pomocy w rozwiązaniu osobistego problemu, propozycja objęcia jej wsparciem specjalisty lub konieczność skonfrontowania. Zaproszenie kilku członków rodziny może wynikać z potrzeby mediacji, ustalenia wspólnego, rodzinnego planu działań na rzecz dziecka lub innej osoby potrzebującej wsparcia w rodzinie. Wynikiem ustaleń rodziny ze specjalistami może okazać się zorganizowanie Konferencji Grupy Rodzinnej.

- b. Pracownik socjalny kontaktuje się z rodziną i informuje o potrzebie uczestnictwa, informuje o celach spotkania i wyjaśnia wszystkie nieścisłości, ustala z zaproszonym przedstawicielem rodziny dogodny termin spotkania.
- c. Specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzni podejmują współpracę z rodziną – jej przedstawicielem w ramach ZIDR.
W ramach ZIDR rodzina lub jej przedstawiciel:
 - ✓ informowany jest o wynikach oceny – diagnozy sytuacji jego rodziny,
 - ✓ wzbogaca diagnozę o własną perspektywę postrzegania zasobów i ograniczeń,
 - ✓ definiuje w imieniu swoim i rodziny potrzeby, cele, środki i oczekiwane rezultaty,
 - ✓ ustala działania do realizacji i dzieli się zadaniami na najbliższy okres,
 - ✓ podejmuje decyzję o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów,
 - ✓ podejmują decyzję o włączeniu innego/kolejnego przedstawiciela rodziny do prac w ramach ZIDR,
 - ✓ wspólnie ze specjalistami opracowuje koncepcję Indywidualnego Projektu Socjalnego (IPS) – w tym określa potrzebę poszerzenia wsparcia o usługi określone w Pakiecie usług.
- d. Specjalista ds. sieci wsparcia dokumentuje spotkania na druku protokołu ZIDR oraz rozlicza podjęte działania na druku monitoringu ZIDR.

DYNAMIKA DZIAŁAŃ ZIDR

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.

Krok 3: Opracowanie indywidualnego projektu socjalnego

- a. Przedstawiciel rodziny, specjaliści zatrudnieni przez instytucję wdrażającą Model oraz specjaliści zewnętrzni w ramach spotkań ZIDR podejmują negocjacje na temat określenia i zapisania na druku IPS opisu sytuacji rodziny oraz celów głównych i szczegółowych (wynikających ze zgłoszonych przez rodzinę i zauważonych przez specjalistów potrzeb).
- b. Członkowie ZIDR w odniesieniu do celów – określają działania (zadania), sposoby, formy, metody i terminy ich realizacji, wyznaczają realizatorów poszczególnych działań, szacują koszty poszczególnych działań, a także analizują i zapisują na karcie IPS przewidywane efekty działań. Członkowie ZIDR dzielą się zadaniami określonymi w IPS.
- c. Pracownik socjalny dokumentuje wymienione powyżej ustalenia na karcie IPS, udostępnia kopie IPS uczestnikom oraz określa termin kolejnego spotkania ZIDR.

IV ETAP – REALIZACJA INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO

Krok 1: Wdrażanie postanowień IPS/rozliczanie zadań

- a. Realizacja przez członków rodziny działań zgodnie z harmonogramem zawartym w IPS, weryfikacja obranych założeń.
- b. Monitoring i ewaluacja ustaleń w ramach ZIDR dokumentowane są przez S na druku monitoringu działań ZIDR.
- c. Członkowie ZIDR spotykają się zgodnie z terminami określonymi w harmonogramie działań. PS na tym etapie monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego przy użyciu kwestionariusza monitoringu i ewaluacji IPS. W razie potrzeby członkowie ZIDR dokonują zmian w IPS w obszarze celów i zadań do realizacji.
- d. Specjaliści pracujący w ramach Modelu oraz specjaliści zewnątrzni, bazując na zasobach, w maksymalnym stopniu mobilizują przedstawicieli rodziny do aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu trudnej sytuacji.

Krok 2: wykorzystanie narzędzi pracy socjalnej

- a. Pracownik socjalny wraz z kolejnymi metodycznymi etapami realizacji założeń IPS, wykorzystuje w pracy z rodziną odpowiednie formy i narzędzia pracy. Konsultuje działania ze specjalistą ds. sieci wsparcia, poddaje superwizji swoją pracę.

REKOMENDACJA

Przygotowany do pełnienia swojej roli PS, w ramach działań na rzecz rodziny podejmuje decyzję o celowości udzielania wsparcia i wyborze jego najodpowiedniejszej formy.

W ramach Modelu dopuszcza się wykorzystanie różnorodnych narzędzi opisu, diagnozy i rozwiązywania problemów. Zakres działań PS powinien wynikać z ustalonego w ramach ZIDR planu pracy z rodziną i służyć realizacji celów zawartych w IPS. W ramach Modelu rekomenduje się metody pracy socjalnej oraz usługi

V ETAP – ZAKOŃCZENIE INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO

- a. Decyzja o zakończeniu pracy ZIDR powinna zostać omówiona i podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność przedstawiciela rodziny, oraz udokumentowana na karcie monitoringu działań ZIDR.

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.

- b. Specjaliści oraz przedstawiciel rodziny dokonują ewaluacji działań na druku karty monitoringu i ewaluacji IPS.
- c. W każdym przypadku praca metodą interdyscyplinarną może zostać wznowiona.
- d. Pracownik socjalny podejmuje kontakt z rodziną po trzech i sześciu miesiącach od czasu zakończenia okresu współpracy, celem uzyskania informacji o funkcjonowaniu rodziny po zakończeniu współpracy.

4.3 MONITORING I EWALUACJA DZIAŁAŃ

Monitoring i określenie efektywności działań w ramach Modelu odbywa się na trzech poziomach:

- a) na poziomie realizacji planu pracy w ramach IPS,
- b) na poziomie realizacji działań w ramach ZIDR,
- c) na poziomie realizacji Modelu w określonej gminie.

- **Poziom realizacji planu pracy w ramach IPS**

Sposób ewaluacji projektu socjalnego powinien zostać określony na etapie przygotowania IPS do realizacji oraz zawierać następujące elementy:

- określenie celu i przedmiotu ewaluacji;
- ustalenie, co konkretnie chcemy wiedzieć o przedmiocie ewaluacji;

- wybór metod i technik zdobywania i gromadzenia informacji (danych).

Ewaluacja IPS jest częścią składową monitorowania i oceny realizowanych zadań. W fazie projektowania działań w ramach IPS uczestnicy ZIDR formułują cele oraz przewidywane efekty. Planują także działania, które mają doprowadzić do realizacji celów. PS na karcie monitoringu i ewaluacji IPS dokonuje zapisu oceny efektywności zrealizowanych działań, a następnie określa, czy IPS jest realizowany zgodnie z ustaleniami, czy wymaga modyfikacji. 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. Narzędziem ewaluacji na tym etapie jest kwestionariusz ewaluacji *ex post* indywidualnego projektu socjalnego.

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 IPS***)

- **Poziom realizacji działań w ramach ZIDR**

Ewaluacja działań zaplanowanych przez uczestników ZIDR odbywa się systematycznie, podczas kolejnych spotkań członków ZIDR. Specjalista ds. sieci wsparcia, na druku monitoringu działań ZIDR zapisuje, co i z jakim skutkiem udało się zrealizować poszczególnym członkom Zespołu. Zapis na karcie monitoringu powinien odnosić się także do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w IPS.

- Poziom realizacji Modelu w określonej gminie

Celem ewaluacji na poziomie realizacji Modelu w określonej gminie jest

- ✓ określenie spodziewanych rezultatów działań prowadzonych zgodnie z założeniami Modelu, barier i ograniczeń w jego stosowaniu w perspektywie instytucjonalnej (narzędziem jest na tym etapie kwestionariusz ewaluacji *ex ante* – poziom wdrażania Modelu na terenie gminy);
- ✓ bieżąca weryfikacja/monitoring rezultatów działań rozpatrywanych z perspektywy efektywności rozwiązań instytucjonalnych (narzędziem jest na tym etapie kwestionariusz ewaluacji *on going* – poziom wdrażania Modelu na terenie gminy);
- ✓ określenie stopnia efektywności działań prowadzonych zgodnie z założeniami Modelu na poziomie instytucjonalnym (narzędziem jest na tym etapie kwestionariusz ewaluacji *ex post* – poziom wdrażania Modelu na terenie gminy).

Końcowa ewaluacja działań kierowanych do rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu ma na celu zbadanie, w jakim stopniu zrealizowane zostały cele, określone w Modelu, oraz stwierdzenie skuteczności realizowanych w Modelu usług. Cele ewaluacji są następujące:

- ✓ określenie przez odbiorców wsparcia zmian, jakie zaszły w ich rodzinach, poprzez rozwiązanie zdiagnozowanych na początku pracy z rodziną problemów, określenie korzyści, jakie rodziny wyniosły w związku z udziałem w realizacji Modelu;
- ✓ określenie stopnia efektywności usługi (wartości osiągniętych rezultatów) w zakresie rozwiązania zgłaszanych problemów/obszarów pracy z rodziną i zdiagnozowania potrzeby rodzin, co do przedłużenia wsparcia i dalszej współpracy z instytucją wdrażającą Model lub poszczególnymi specjalistami;

- ✓ ocena samego Modelu, tj. zalet, mocnych stron oraz wad, słabych stron, informacji na temat tego, czego zabrakło w ramach Modelu;
- ✓ wskazania do zastosowania ewentualnych zmian w Modelu, przed wdrożeniem jego założeń przez inne instytucje.

REKOMENDACJA

Rekomenduje się aby za realizację ewaluacji odpowiedzialny był zewnętrzny ewaluator. Przedstawia on 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.

Ewaluacja na trzech powyżej omówionych poziomach pozwoli określić zmiany, jakie zasły w funkcjonowaniu rodzin w wymiarze indywidualnym, grupowym i społecznym, co z kolei pozwoli na ocenę zrealizowanej usługi i ewentualną jej modyfikację w przyszłości.

4.4 WARUNKI REALIZACJI MODELU

Poprzez sprawną realizację modelu rozumie się zapewnienie odpowiednich warunków dla wszystkich jego realizatorów. Warunki te winny być jasne i czytelne dla każdego użytkownika oraz instytucji zaangażowanych w realizację Modelu. Zatem na potrzeby niniejszego Modelu pracy z rodziną dotkniętą problemem dziedzicznego ubóstwa również warto wskazać wszelkie warunki, które ułatwią jego realizację i wdrożenie.

Podstawowy zakres warunków realizacji Modelu dla użytkowników obejmuje:

- warunki organizacyjne/kadrowe/szkoleniowe;
- warunki techniczne;
- warunki finansowe;
- warunki prawne.

Warunki te zostały opisane w tabeli nr 2.

TABELA2. WARUNKI ZASTOSOWANIA MODELU W PRAKTYCE.

	INSTYTUCJA WDRAŻAJĄCA MODEL	INSTYTUCJA PARTNERSKA
WARUNKI KADROWE	<p>– Oszacowanie potencjału kadrowego, a w przypadku braku pracownika socjalnego – należy zatrudnić nowego.</p> <p>Ważne: w przypadku powierzenie pracownikowi socjalnemu pracy w modelu już zatrudnionemu w instytucji, pozostali pracownicy socjalni, mogą przejąć jego obowiązki ale muszą być spełnione wymogi ustawy o pomocy społecznej. Wyłonienie kadry odpowiedzialnej za realizację Modelu.</p> <p>Istotne jest, aby planowane w ramach Modelu działania były realizowane przez pracowników zgłaszających chęć uczestnictwa, gotowych do podniesienia swoich kwalifikacji i zmiany specyfiki pracy. Osoby zarządzające jednostką organizacyjną powinny przedstawić kadrze – w ramach wspólnego spotkania – zasoby i ograniczenia wynikające z uczestnictwa w realizacji Modelu tak, aby pracownicy mogli świadomie podjąć decyzję o udziale w projekcie. Zmotywowana i gotowa do zmian kadra zwiększa skuteczność działań, szczególnie na etapie zapraszania rodzin do współpracy. Na tym etapie może zająć konieczność zatrudnienia dodatkowych osób do realizacji Modelu. W ramach</p>	<p>– Oszacowanie potencjału kadrowego, a w przypadku braku pracownika – należy zatrudnić nowego.</p> <p>– Wskazanie pracownika odpowiedzialnego za bezpośrednią współpracę z instytucją wdrażającą Model;</p> <p>– Wskazanie pracowników – specjalistów, którzy będą współpracować z pracownikami instytucji wdrażającej Model w ramach Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny. Ustalenie zakresu czynności spójnych z zadaniami zaproponowanymi w Modelu.</p> <p>Uwaga!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie we wszystkich przypadkach konieczna będzie zmiana zakresów czynności. Pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, szkół, poradni, placówek wsparcia dziennego, sądów, policji, instytucji kultury, organizacji pozarządowych, w ramach obowiązków służbowych mogą przemieszczać się i uczestniczyć w spotkaniach poza miejscem pracy. Inaczej w sytuacji np. doradcy zawodowego i pośrednika pracy Powiatowego Urzędu Pracy, którzy mogą wykonywać swoje obowiązki jedynie w obrębie PUP. W takich sytuacjach

wewnętrznej lub zewnętrznej rekrutacji kandydaci powinni uzyskać pełną wiedzę o ich przyszłej roli. Optymalnym rozwiązaniem jest zaproszenie pracowników socjalnych zainteresowanych uczestnictwem w realizacji Modelu do wspólnych prac nad tworzeniem i wdrażaniem Modelu w danej jednostce organizacyjnej. Dzięki temu pracownicy socjalni będą mieli dużą wiedzę o funkcjonowaniu Modelu i motywację do jego wdrażania. Osoba zarządzająca Ośrodkiem powinna zaproponować uczestnictwo w realizacji Modelu pracownikom zorientowanym na podniesienie swoich kwalifikacji, nastawionym na rozwój, elastycznym i gotowym do zmiany specyfiki pracy. Poniżej przedstawiono rekomendowane, obowiązkowe i fakultatywne wymagania wobec pracowników realizujących zadania w Modelu.

– **Ustalenie poszczególnych zakresów czynności spójnych z zadaniami zaproponowanymi w Modelu.**

Uwaga!

- Szczegółowy opis zakresu zadań pracowników instytucji wdrażającej znajduje się w Podręczniku dla instytucji wdrażającej w tabeli nr 1: „Rekomendowane zakresy zadań pracowników realizujących zadania w ramach Modelu z ramienia instytucji wdrażającej” (Etap organizacyjny B

konieczne jest omówienie możliwości zmiany zakresu czynności lub ustalenie możliwości spotkań członków Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny na terenie Urzędu.

- Zakres współpracy i zaangażowanie pracownika w ramach Modelu może zostać określone w umowie współpracy z instytucją wdrażającą. Wzór porozumienia partnerskiego / umowy współpracy stanowi załącznik do Podręcznika dla realizatorów.

- **Opracowanie klauzuli ochrony danych osobowych.** Zakłada się, że wszyscy specjaliści współpracujący w Modelu w ramach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny będą mieli dostęp do danych osobowych rodzin korzystających ze wsparcia. Rekomenduje się opracowanie klauzuli, w ramach której osoby i rodziny wyrażą zgodę na dostęp pracowników instytucji partnerskiej do danych osobowych.

	<p>– przygotowanie instytucji do wdrożenia Modelu).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzory porozumień i aneksów do zakresu czynności pracowników stanowią załączniki do Podręcznika dla instytucji wdrażającej. 	
<p>WARUNKI SZKOLENIO WE</p>	<p>– Zorganizowanie spotkań informacyjnych i edukacyjnych z potencjalnymi partnerami. Instytucją odpowiedzialną za organizację spotkań jest instytucja wdrażająca Model.</p> <p>Forma prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych w zakresie Modelu może być dowolna. Mogą to być zarówno spotkania dla kilku bądź kilkunastu osób, szkolenia lub warsztaty, spotkania indywidualne itp. Jednakże, niezależnie od przyjętej formy, zakres spotkań informujących i przygotowujących do wdrożenia Modelu powinien obejmować co najmniej następujące zagadnienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podstawowe informacje o Modelu (cele, adresaci modelu, realizatorzy); • główne założenia Modelu (interdyscyplinarność, praca metodą indywidualnego przypadku, współpraca partnerska, skoncentrowanie interwencji na dzieciach młodzieży); • korzyści płynące z realizacji Modelu; • rola sieci wsparcia we wdrażaniu Modelu; • zasady współpracy w ramach sieci (Zespoły interdyscyplinarne ds. Rodzin, pakiety usług, informatorium); • warunki techniczno-organizacyjne wdrożenia Modelu; • wdrożenie krok po kroku – etapy wdrożenia Modelu. <p>W odniesieniu do poszczególnych grup uczestników, w ramach szkoleń, nacisk powinien zostać położony na nieco inne aspekty związane z wdrażaniem Modelu. W przypadku kadry zarządzającej instytucji wdrażającej/ planującej wdrożenie Modelu (dyrektorów,</p>	

kierowników OPS), szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na kwestie związane z warunkami techniczno-organizacyjnymi, jakie muszą być zapewnione, aby móc wdrożyć Model. W przypadku pracowników zainteresowanych jego realizacją (pracowników społecznych pracujących z rodzinami, specjalistów ds. sieci wsparcia) szczególny nacisk powinno się położyć na kwestie związane z poszczególnymi etapami wdrażania Modelu. W przypadku pracowników instytucji partnerskich istotne jest szczegółowe wyjaśnienie istoty Modelu – jego celów, roli, jaką odgrywa w umacnianiu współpracy lokalnej, przewidywanej skuteczności oraz szczegółowe opisanie kolejnych etapów realizacji Modelu. Pracownicy instytucji partnerskich powinni uzyskać szczegółową informację o ich roli na każdym z etapów metodycznego działania w Modelu. Praktyczne aspekty wdrażania Modelu powinny być stale konsultowane np. poprzez indywidualny coaching, mentoring, tutoring w tym zakresie. Dodatkowo, jako wzmocnienie i podniesienie kompetencji pracowników realizujących Model, proponuje się objęcie ich systematycznym wsparciem superwizyjnym, jak również utworzenie możliwości samodoskonalenia się w ramach grup edukacyjnych opartych na metodzie Study Circle. Jednocześnie rekomenduje się przygotowanie w tym zakresie także partnerów – członków sieci wsparcia.

Uwaga!

Szczegółowe informacje i rekomendacje dotyczące spotkań z potencjalnymi partnerami znajdują się w Podręczniku dla realizatorów (Etapy tworzenia lokalnej sieci wsparcia).

- **Zorganizowanie i przeprowadzenie niezbędnych szkoleń dla kadry projektu oraz instytucji partnerskich** oraz udział w szkoleniach niezbędnych w związku z realizacją Modelu organizowanym przez instytucję wdrażającą.

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, przewyciężania oporu przed zmianą, metody i techniki motywowania w pracy społecznej;

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Rekomendowane szkolenia mogą zostać sfinansowane ze środków własnych instytucji zaangażowanych w realizację Modelu. Poleca się także finansowanie szkoleń ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (dysponentem środków są Urzędy Pracy). W przypadku jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, szkolenia metodyczne mogą zostać zorganizowane we współpracy Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej.</p> <p>Kadra szkoląca powinna posiadać kompetencje w obszarze pomocy społecznej i tworzenia partnerstw lokalnych.</p>
<p>WARUNKI ORGANIZACYJNE</p>	<p>Z uwagi na zaangażowanie wielu lokalnych instytucji i podmiotów, ramach ustaleń na szczeblu osób zarządzających, na etapie budowania partnerstwa na rzecz realizacji Modelu - rekomenduje się powołanie Zespołu Koordynującego. W skład zespołu wchodziłyby osoby zarządzające instytucjami partnerskimi. Do zadań Zespołu należałoby:</p> <ul style="list-style-type: none"> •zapewnienie komunikacji pomiędzy partnerami w projekcie •zarządzanie zasobami ludzkimi •zarządzanie ryzykiem •rozwiązywanie konfliktów w społeczności lokalnej. <p>Uwaga!</p> <p>Szczegółowe informacje i rekomendacje dotyczące koordynacji wdrażania i funkcjonowania Modelu znajdują się w rozdziale 5 Modelu.</p>

<ul style="list-style-type: none"> – Stworzenie warunków do realizacji działań interdyscyplinarnych, pracy środowiskowej oraz pracy socjalnej • Pierwszym krokiem do tworzenia zespołu kompetentnych pracowników Modelu jest dobór pracowników (Kryteria kompetencyjne i osobowościowe pracowników instytucji wdrażającej zostały określone w podręczniku dla instytucji wdrażającej (Etap organizacyjny B – przygotowanie instytucji do wdrożenia Modelu). • Zmiana zakresu zadań pracowników pełniących funkcje w Modelu. • Zapewnienie szkoleń, stałych konsultacji personelu, superwizji działań w ramach modelu, ewaluacji działań. • Zapewnienie sprawnej organizacji pracy (w tym wymiana informacji pomiędzy działami i instytucjami, organizacja czasu pracy) i wykorzystania zasobów materialnych. • Sprawny nadzór nad działaniami kadry, koordynacja pracy pracowników socjalnych i specjalistów ds. sieci wsparcia, ocena pracownicza. • Ustalenie sposobu komunikowania się i wymiany informacji z pracownikami / specjalistami instytucji partnerskich • Wdrożenie Modelu stosownym dokumentem, tj. dostosowanie istniejącej struktury jednostki do założeń Modelu. 	<ul style="list-style-type: none"> – Z uwagi na możliwość poszerzenia zakresu działań pracowników instytucji partnerskiej, możliwa jest zmiana zakresu zadań pracowników realizujących zadania w Modelu – Podjęcie decyzji o współpracy w ramach Modelu – Zapewnienie szkoleń, stałych konsultacji personelu, ewaluacji działań. – Sprawny nadzór nad działaniami kadry, ocena pracownicza – Ustalenie sposobu komunikowania się i wymiany informacji z pracownikami instytucji wdrażającej model
---	--

**WARUNKI
TECHNICZNE**

W celu zapewnienia wysokiej efektywności działań w ramach Modelu, miejsca spotkań indywidualnych i grupowych powinny sprzyjać szczerzej i dyskretnej rozmowie. Podczas prowadzonych rozmów pracownika socjalnego z rodzinami nie powinny być obecne osoby trzecie, chyba że jest to konieczne z uwagi na charakter spotkania (np. członek rodziny, pracodawca, osoba bliska klientowi) lub związane z ograniczeniami sprawności klienta (np. tłumacz osoby głuchoniewidomej), obecność osób trzecich powinna być wcześniej ustalona z klientem. Jeżeli osoba / rodzina uczestnicząca w realizacji zadań wyrazi na to zgodę i zachodzi taka konieczność, spotkania mogą odbywać się w domu klienta lub w siedzibie instytucji partnerskiej.

W przypadku Zespołów interdyscyplinarnych oraz pracy grupowej, spotkania powinny odbywać się w pomieszczeniach o wyraźnie wyznaczonych i zamkniętych granicach. Sala powinna być dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, w przypadku uczestnictwa osób poruszających się na wózkach inwalidzkich zajęcia powinny odbywać się w budynku posiadającym podjazdy, na parterze lub na wyższych kondygnacjach, jeśli w budynku znajduje się winda. Warunki współpracy oraz zasady obowiązujące podczas wszystkich spotkań grupowych i indywidualnych powinny być jasno zdefiniowane, wśród nich należy uwzględnić: poufność, punktualność, zaangażowanie klienta i pracowników realizujących działania w realizację ustalonych zadań, ramy czasowe spotkań, zasady komunikacji.

Niezbędne wyposażenie:

- Wytyczenie stanowisk pracy dostosowanie do realizacji Modelu, poprzez wyposażenie bądź doposażenie istniejących stanowisk w odpowiedni sprzęt biurowy i teleinformatyczny, tj. biurko, krzesło, sprzęt komputerowy, dostęp do telefonu, Internetu, drukarki, materiały biurowe,
- Zorganizowanie pomieszczeń przystosowanych do spotkań z rodziną oraz grup i zespołów z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych,
- Zorganizowanie w pobliżu sali spotkań lub w sali spotkań kącika dla dzieci wyposażonego w stolik krzeselka, zabawki, przybory do rysowania,
- Przygotowanie niezbędnych druków bezpośrednio wykorzystywanych do realizacji Modelu.

<p>WARUNKI FINANSOWE</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Przygotowanie kosztorysu wdrożenia Modelu zgodnego z polityką finansową instytucji. 	<ul style="list-style-type: none"> – Realizacja finansowa po stronie instytucji partnerskiej opiera się w większości na jej środkach własnych. – Możliwe jest dostosowanie pomieszczenia do realizacji działań grupowych/ interdyscyplinarnych (doposażenie w niezbędne meble, sprzęt multimedialny)
<p>WARUNKI PRAWNE</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Wpisanie Modelu do dokumentów strategicznych, tj. Lokalnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych, – Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej instytucji, np. struktura organizacyjna, powołanie komórki/zespołu itp., – Zawarcie stosownych porozumień/umów partnerskich. <p>Uwaga!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekomendacje do zawierania porozumień partnerskich znajdują się w podręcznikach <p>Uwaga!</p> <p>Realizacja zadań w ramach Modelu nie wymaga rekomendowania zmian prawnych na poziomie ustawowym. Model zakłada możliwość implementacji w obecnym stanie prawnym.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Zawarcie stosownych porozumień/umów partnerskich dostosowanych do aspektów prawnych instytucji partnerskiej. <p>Uwaga!</p> <p>Realizacja zadań w ramach Modelu nie wymaga rekomendowania zmian prawnych na poziomie ustawowym. Model zakłada możliwość implementacji w obecnym stanie prawnym.</p>

Źródło: opracowanie własne

5 ZAŁĄCZNIKI

5.2 WZORY UMÓW I POROZUMIENI Z PARTNERAMI

5.1.1 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

Imię, Nazwisko	Instytucja	Funkcja pełniona w projekcie	Kontakt (telefon, mail)

Załącznik nr 2

Tabela katalogu/pakietu usług*

Lp.	Nazwa usługi	Opis usługi	Odbiorca usługi	Dostępność	Realizator

* wypełnia Współpartner niniejszego Porozumienia

5.1.2 PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA ZMIAN STRATEGII

UCHWAŁA NR

RADY MIEJSKIEJ/GMINY

z dnia roku

**w sprawie przyjęcia zmian „Strategii Rozwiązywania Problemów
Społecznych w na lata”.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.) w związku z art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.)

Rada Miejska/Gminy

Uchwala, co następuje:

§ 1.

Zmienia się uchwałę nr Rady Miejskiej/Gminy
z dnia Roku, w ten sposób, że wprowadza się zmiany do „Strategii
Rozwiązywania Problemów Społecznych w Mieście/Gminie na lata
.....” W brzmieniu określonym w załączniku do uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi/Burmistrzowi/Wójtowi Miasta/Gminy

.....

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**5.1.3 PROJEKT UCHWAŁY RADY MIASTA W SPRAWIE PRZYJĘCIA
NARZĘDZIA W POSTACI MODELU**

UCHWAŁA NR

RADY MIEJSKIEJ/GMINY

z dnia roku

**w sprawie przyjęcia narzędzia pracy pracownika Miejskiego/Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej w postaci:
„Model pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.) w związku z art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.)

Rada Miejska/Gminy

uchwała, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się narzędzie pracy pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej w postaci:
„Modelu pracy z rodziną doświadczającą dziedzicznego ubóstwa”, który stanowi
załącznik do uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi/Kierownikowi Miejskiego/Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

5.1.4 WZÓR ZARZĄDZENIA W SPRAWIE ZMIANY REGULAMINU PRACY OŚRODKA

ZARZĄDZENIE Nr

Dyrektora/ Kierownika Miejskiego/Gminnego/Ośrodka Pomocy Społecznej z dnia

.....

w sprawie: zmiany Regulaminu pracy Miejskiego/Gminnego Ośrodka

Pomocy Społecznej w

Na podstawie Statutu Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w

.....

zarządzam, co następuje:

§ 1

W Regulaminie pracy Miejskiego/Gminnego/Ośrodka Pomocy Społecznej w stanowiącym Załącznik do Zarządzenia Nrz dniawprowadzam z dniemnastępująca zmianę:

§..... dodaje się punkt Nr ..., który otrzymuje brzmienie:

„§ pkt W szczególnie uzasadnionych wypadkach pracodawca wprowadza zadaniowy czas pracy”

§2

Zarządzenie podlega podaniu do wiadomości pracowników poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w Miejskim/Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w..... przez okres dwóch tygodni.

§3

Wykonanie zarządzenia powierzam osobie zajmującej się sprawami kadrowymi.

5.1.5 WZÓR POROZUMIENIA Z PRACOWNIKIEM SOCJALNYM

POROZUMIENIE

W dniu.....w Dyrektor/Kierownik Miejskiego
Ośrodka Pomocy Społecznej w,
zwany dalej pracodawcą

(imię i nazwisko)

i pracownik –.....

(imię i nazwisko pracownika oraz adres zamieszkania)

zawierają porozumienie zmieniające warunki pracy i płacy

i ustalają od dnia..... nowe warunki pracy dotyczące zmiany zakresu
czynności.

I Zakres obowiązków

– zmiana zakres czynności stanowi załącznik nr 1 do niniejszego porozumienia.

II zmiana wynagrodzenia

- wynagrodzenie zasadnicze wgkategorii zaszeregowania -zł
- dodatek do wynagrodzenia zgodnie z art.121 ust. 3a ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku - 250,00 zł
- dodatek za wieloletnią pracę -zł

Pozostałe warunki pracy nie ulegają zmianie

Podpis pracownika

Podpis pracodawcy

.....

.....

5.1.6 POROZUMIENIE Z PRACOWNIKIEM W SPRAWIE ZADANIOWEGO CZASU PRACY

dnia

.....
(imię i nazwisko pracownika)

pracownik socjalny (PS)

(stanowisko służbowe)

POROZUMIENIE Z PRACOWNIKIEM OKREŚLAJĄCE ZAKRES ZADAŃ W ZADANIOWYM SYSTEMIE CZASU PRACY

Na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wz dnia.....
w związku z zatrudnieniem Pan/i od dnia r. w systemie zadaniowego czasu pracy, po dokonaniu porozumienia, ustala się od dnia następujący zakres zadań:

- przeprowadzenie diagnozy środowiskowej,
- wytypowanie rodzin spełniających kryteria dziedzicznego ubóstwa we współpracy z pracownikami socjalnymi pracującymi poza zespołem,
- analiza dokumentacji w celu zakwalifikowania rodzin do objęcia wsparciem w ramach Modelu,
- nawiązanie kontaktu z rodziną spełniającą kryteria dziedzicznego ubóstwa,
- przeprowadzenie wstępnej diagnozy, a następnie pogłębionej diagnozy,
- określenie celów pracy z rodziną, biorąc pod uwagę potrzeby wszystkich jej członków, w szczególności dzieci i młodzieży,
- współpraca z innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi,

- współtworzenie pakietu usług i Informatorium,
- zarządzanie pomocą udzielaną rodzinie przez podmioty wschodzące w skład sieci wsparcia,
- współpracowanie ze specjalistą ds. sieci wsparcia w ramach spotkań konsultacyjnych (analiza dokumentacji, opracowanie koncepcji indywidualnego projektu socjalnego, ustalenie zakresu wsparcia środowiskowego – wykorzystując pakiet usług),
- planowanie, przygotowanie i realizacja pracy socjalnej (indywidualna, grupowa i środowiskowa) z rodziną/osobami objętymi wsparciem – w tym interwencję kryzysową,
- uzgadnianie składu Zespołów Interdyscyplinarnych Ds. Rodziny (ZIDR), współprowadzenie oraz ewaluacja prac ZIDR,
- współdziałanie z wszystkimi działami Ośrodka w związku z płynną realizacją zadań,
- składanie comiesięcznych oświadczeń w sprawie, dotyczących wykonania zadań zgodnie z planem i w rozmiarze odpowiadającym planowanemu czasowi pracy w terminie do 5 dnia następnego miesiąca,
- zapewnienie przepływu informacji w zakresie realizowanych zadań,
- współpraca z organami administracji rządowej, wojewódzkiej, powiatowej, samorządowej i jednostkami samorządowymi, służbą zdrowia, zakładami karnymi, organizacjami pozarządowymi i innymi instytucjami,
- prowadzenie pełnej dokumentacji rekomendowanej do wykorzystania w Modelu, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z zaleceniem dyrektora Ośrodka,
- uczestniczenie w naradach i szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne,
- kierowanie się zasadami etyki zawodowej,
- znajomość przepisów prawnych w zakresie powierzonych obowiązków,
- przestrzeganie tajemnicy państwowej i służbowej,

5.1.7 WZÓR ANEKSU DO ZAKRESU CZYNNOŚCI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Aneks Nr do zakresu czynności z dnia

.....
(imię i nazwisko pracownika)

**pracownik socjalny (pracujący poza
komórką)**

(stanowisko służbowe)

Na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego/Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w z dnia

powierzam dodatkowy zakres zadań:

1. wypełnienie karty oceny formalnej,
2. poinformowanie rodziny spełniającej kryteria dziedzicznego ubóstwa
o możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia w ramach Modelu,
utrzymywanie stałego kontaktu z pracownikiem socjalnym realizującym pracę
socjalną w ramach Modelu (pozyskuje i przekazuje niezbędne do realizacji wsparcia
rodziny

.....
data i podpis pracownika

.....
podpis pracodawcy

5.1.8 WZÓR ANEKSU DO ZAKRESU CZYNNOŚCI SPECJALISTY DS. SIECI WSPARCIA

Aneks Nr do zakresu czynności z dnia

.....

(imię i nazwisko pracownika)

Specjalista ds sieci wsparcia

(stanowisko służbowe)

Na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w
z dnia.....

powierzam dodatkowy zakres zadań

1. uczestnictwo w szkoleniach przygotowujących do realizacji Modelu oraz w szkoleniach podnoszących kompetencje merytoryczne,
2. uczestniczenia z ramienia instytucji wdrażającej Model w rozpoznaniu i analizie zasobów środowiskowych, niezbędnych do stworzenia pakietu usług i informatorium,
3. na etapie budowania partnerstw organizuje spotkania informacyjne z instytucjami zaproszonymi do partnerstwa,
4. współuczestniczenie w wypracowaniu ram współpracy z zaproszonymi instytucjami oraz koordynacja prac,
5. utrzymywania kontaktów z przedstawicielami partnerów realizujących działania w ramach Modelu,
6. analizowanie dokumentacji przedstawionej przez pracownika socjalnego pod kątem kwalifikowania rodzin do objęcia wsparciem,
7. współpraca z pracownikiem socjalnym w ramach spotkań konsultacyjnych (analiza dokumentacji, współtworzy koncepcję indywidualnego projektu socjalnego, wspiera PS w ustaleniu wymaganego zakresu wsparcia

- środowiskowego – przy wykorzystaniu pakietu usług, wspieranie PS w ewaluacji działań, ZIDR, wspieranie w monitoringu pracy członków ZIDR),
8. uzgadnianie składu ZIDR oraz prowadzenie spotkań,
 9. uzgadnianie terminów spotkań ZIDR oraz prowadzenie pełnej wymaganej dokumentacji
 10. prowadzenie sprawozdawczości dla potrzeb Modelu.

5.2 WYKAZ NARZĘDZI WYKORZYSTYWANYCH W MODELU

5.2.1 WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W MODELU

....., dnia

.....

(imię i nazwisko przedstawiciela, a zarazem członka rodziny)

.....

.....

(adres zamieszkania rodziny)

WSTĘPNA DEKLARACJA UCZESTNICTWA W MODELU

opartym na pracy

Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny

oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego

Po zapoznaniu przez pracownika socjalnego* z zasadami realizacji wsparcia w ramach modelu opartego na pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego deklaruję gotowość uczestnictwa w przewidzianych działaniach.

Ponadto deklaruję:

- włączenie się wszystkich członków mojej rodziny w opracowanie celów oraz założeń wsparcia najbardziej odpowiedniego dla moich i moich bliskich potrzeb;

- współpracę z pracownikiem socjalnym oraz pozostałymi członkami Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Rodziny w zaplanowaniu i realizacji działań na rzecz Mojej rodziny;
- informowanie o każdej zmianie sytuacji mającej wpływ na zakres i formę udzielanej pomocy;
- aktywny udział w opracowaniu i realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego.

.....

podpis przedstawiciela rodziny, składającego oświadczenie

** Nazwa instytucji/placówki*

....., dnia

Oświadczenie

Oświadczam, iż moja rodzina składa się zosób, w tym.....dzieci.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(wykaz osobowy członków rodziny – wskazać imię i nazwisko)

Ponadto w związku z deklaracją udziału w oferowanym wsparciu w ramach modelu opartego na pracy Zespołów Interdyscyplinarnych ds. Rodziny oraz realizacji Indywidualnego Projektu Socjalnego, na podstawie art. 23 ust.1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016r. Poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych moich niepełnoletnich dzieci przez* Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, oraz innych danych zawartych w opracowanym Indywidualnym Projekcie Socjalnym członkom powołanego Zespołu

Interdyscyplinarnego ds. Rodziny – zgodnie z wykazem w załączniku do niniejszego oświadczenia – w celu umożliwienia realizacji zaplanowanych działań.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o:

- 1 adresie i pełnej nazwie administratora danych,
- 1) celu zbierania danych oraz o odbiorcach tych danych,
- 2) prawie wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania,
- 3) o dobrowolności, albo obowiązku podania danych.

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

podpisy członków rodziny

** Nazwa instytucji/placówki*

5.2.2 KARTA OCENY FORMALNEJ

KARTA OCENY FORMALNEJ

Kryteria kwalifikacji rodzin do objęcia wsparciem

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

<i>Lp.</i>	<i>Podstawowe kryteria kwalifikacji (spełniane łącznie)</i>	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	<i>Nie dotyczy</i>
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 perspektywę życiową i rozwój zawodowy			
4.	W rodzinie są dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa i edukacji szkolnej.			

<i>Lp.</i>	<i>Dodatkowe kryteria kwalifikacji (wymagane jest spełnienie co najmniej jednego kryterium)</i>	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	<i>Nie dotyczy</i>
1.	problemy opiekuńczo-wychowawcze			
2.	nadużywanie alkoholu przez co najmniej jednego członka rodziny			
3.	przemoc domowa			
4.	niepełnosprawność			

Sprawdzone przez:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Nazwa Instytucji:

Podpis:

Zaakceptowane przez:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Nazwa Instytucji:

Podpis:

5.2.3 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

5.2.4 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

Ewaluacja działań / DATA

.....

.....

Podpisy uczestników niniejszego spotkania

.....

/miejsowość, data/

*właściwe zaznaczyć

5.2.5 MONITORING DZIAŁAŃ SK/ZIDR

MONITORING DZIAŁAŃ ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DO SPRAW RODZINY* SPOTKANIA KONSULTACYJNEGO*

W sprawie

Data

.....

I. ZADANIA CZŁONKÓW ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO

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

**II. WSKAŹNIKI REALIZACJI ZADAŃ CZŁONKÓW ZESPOŁU
INTERDYSCYPLINARNEGO**

L.p.	Wskaźnik	ocena
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

5.2.6 KARTA INDYWIDUALNEGO PROJEKTU SOCJALNEGO/MONITORING IPS

INDYWIDUALNY PROJEKT SOCJALNY

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.			

	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

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

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	Ocena
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.²

Data wypełnienie Karty

Podpisy głównych uczestników/realizatorów i odbiorców projektu

– _____

– _____

– _____

– _____

²W przypadku zmiany celów i zadań konieczne jest ponowne wypełnienie tabeli 3.3.

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,
- 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.

5.2.7 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>

5.2.8 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

I.p.	Obszary ewaluacji	Opisowa ocena ewaluatora
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"> Ewentualnie: Jakie instytucje powinny świadczyć wsparcie na rzecz rodziny w przyszłości? 	

I.p.	Obszary ewaluacji	Ocena ewaluatora
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 w 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.	

I.p.	Obszary ewaluacji	Ocena (wg 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
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

5.2.9 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?</p> <p>Jakiego rodzaju/typu są to instytucje?</p> <p>W jakich obszarach funkcjonują (np. socjalizacja dzieci i młodzieży, kultura fizyczna, aktywizacja seniorów itp.).</p>	
2.	<p>Czy istnieją możliwości formalno-organizacyjne umożliwiające włączenie instytucji funkcjonujących poza systemem pomocy społecznej w skład sieci wsparcia?</p> <p>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?</p> <p>(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?</p> <p>(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.	Odsetek instytucji potencjalnie wchodzących w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.	
8.	Odsetek 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

.....

5.2.10 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"> ○ Jak sprawdzają się w praktyce zmiany organizacyjne wprowadzone w strukturze Ośrodka Pomocy Społecznej? ○ Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych? ○ Jak sprawdzają się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych? 	
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.	

L.p.	Obszary ewaluacji	Ocena ewaluatora
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.	

	sposób efektywny?	
2.	<p>Czy modyfikacje struktury instytucjonalnej Ośrodka Pomocy Społecznej okazały się adekwatne do działań zmierzających w kierunku realizacji potrzeb rodzin objętych wsparciem w ramach Modelu?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jak sprawdziły się w praktyce zmiany organizacyjne wprowadzone w strukturze Ośrodka Pomocy Społecznej? ○ Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian kadrowych? ○ Jak sprawdziły się w praktyce rozwiązania w zakresie zmian infrastrukturalnych? 	
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.	
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, które weszły w skład zindywidualizowanych sieci wsparcia.	
8.	Odsetek usług, które weszły w skład „katalogu usług”.	
9.	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

.....

WYKAZ I OPIS METOD REKOMENDOWANYCH W MODELU

Omówione poniżej metody nie są rekomendowanymi, jednak nie jedynymi, które mogą być wykorzystane w pracy z rodziną zagrożoną problemem dziedzicznego ubóstwa. Pracownik socjalny pracujący w ramach Modelu 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?

Pracownicy socjalni zgłaszający gotowość do realizacji działań w ramach Modelu powinni zostać przeszkoleni w zakresie realizacji pracy socjalnej przy wykorzystaniu wskazanych poniżej metod.

5.2.12 PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA ROZWIĄZANIACH (PSR)

PSR jest jednym ze sposobów pracy z rodziną, mieszczących się w konwencji opartej na zasobach.

Podjęcie to zakłada działanie zgodnie z poniższymi zasadami.

1. Mimo życiowych zmagień, 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 zasoby³.

PSR koncentruje się na rozwiązaniach, zmianach i pozytywnych dostępnych możliwościach, na partycypowaniu klienta w opisywaniu celów i pożądanej przyszłości. Klient postrzegany jest przez pryzmat unikalnych talentów i mocnych stron, jakie posiada, a nie tylko problemów, które go dotyczą. Przyjmuje się, że to klient jest ekspertem od swojego życia, zatem podstawą terapii są cele określone przez niego. PSR sprawdza się w terapii krótkoterminowej⁴.

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, tzn. 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 przeprowadzenie zmiany jest możliwe dzięki uruchomieniu sił i zasobów, które tkwią w klientach – czując się kompetentni wykazują większą gotowość do współpracy.

³ P. De Jong, I.K. Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach. Podręcznik*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2007, s. 23.

⁴ M. Ciczowska-Giedziun, *Praca socjalna oparta na zasobach*, „Roczniki Socjologii Rodziny” XXI, Wydawnictwo UAM, Poznań 2011, s. 219.

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 najlepszy⁵.

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.

5.2.13 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 zmiany⁶. 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 współczucia⁷.

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; także umiejętność usłyszenia i poczucia nawet tego, czego klient nie mówi wprost; skupienie się na znaczeniu, jakie mają przeżycia klienta dla niego samego.

⁵ Tamże, s. 220.

⁶ 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.

⁷ W. R. Miller, S. Rolnick za: S. R. Andrew, *Dialog...*, s. 74.

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 chodzi o poznawanie ważnych dla niego wartości i tego, jak postrzega siebie, wydobycie rozbieżności między jego obecnym postępowaniem a wartościami, które są dla niego ważne; podkreślenie tej wewnętrznej sprzeczności.
3. Wspieranie poczucia sprawczości przez podtrzymywanie wiary klienta w jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań i wpływania na własne życie. Chodzi o 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 marzeń⁸.

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 pojęć⁹:

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).

⁸ Tamże, s. 75-76.

⁹ Tamże, s. 76-95.

3. Opór i język podtrzymania

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 dostrzeganie 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.

5.2.14 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

pomocowych¹⁰. Metoda ta ma charakter innowacyjny, wykorzystuje potencjał, jaki posiada 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 rodzinę.

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 następujące¹¹:

- ✓ 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.

¹⁰ J. Przeperski, *Praca z rodziną z zastosowaniem metody Konferencji Grupy Rodzinnej*, „es.O.es” nr 2/2006, Wydawnictwo Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.

¹¹ P. Zawadzki, *Konferencja Grupy Rodzinnej – nowa metoda pomocy dziecku i młodzieży w rodzinie*, dostęp online: http://zalaczniki.ops.pl/patryk_zawadzki_tekst_kgr.pdf, data wejścia: 15.09.2017.

W pracy z wykorzystaniem metody KGR można wyróżnić cztery zasadnicze etapy:¹²

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.

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.

¹² J. Przeperski, *Praca z rodziną...*, s. 1.

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.

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.

Ciczowska-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.

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.

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.

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

SPIS SCHEMATÓW

SCHEMAT 1. ETAPY WDRAŻANIA MODELU PRACY Z RODZINA DOTKNIĘTĄ PROBLEMEM DZIEDZICZONEGO UBÓSTWA /23

SCHEMAT 2. TWORZENIE LOKALNEJ SIECI WSPARCIA /48

SCHEMAT 3. ZADANIOWY CZAS PRACY PRACOWNIKA SOCJALNEGO /49

SCHEMAT 4. ETAPY METODYCZNEGO DZIAŁANIA (ŚCIEŻKA WSPARCIA RODZIN W MODELU) /74

SPIS TABEL

TABELA 1. REKOMENDOWANE ZAKRESY ZADAŃ PRACOWNIKÓW REALIZUJĄCYCH ZADANIA W RAMACH MODELU Z RAMIENIA INSTYTUCJI WDRAŻAJĄCEJ /51

TABELA 2. WARUNKI ZASTOSOWANIA MODELU W PRAKTYCE /91