STANDARDY USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ

Rekomendacje metodyczne i organizacyjne

Praca zbiorowa

WRZOS
WSPÓLNOTA ROBOCZA ZWIĄZKÓW ORGANIZACJI SOCJALNYCH

STANDARDY USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ

interwencji kryzysowej,
usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania,
poradnictwa specjalistycznego,
w tym poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne.

Rekomendacje metodyczne i organizacyjne

Praca zbiorowa

WRZOS
WSPÓLNOTA ROBOCZA ZWIĄZKÓW ORGANIZACJI SOCJALNYCH

Warszawa 2014

SPIS TREŚCI

WSTĘP 4

ROZDZIAŁ 1. STANDARDY USŁUG 6
CZĘŚĆ A - Standard interwencji kryzysowej 6
Wprowadzenie 6
1. Zastosowanie usługi 7
1.1 Zagadnienia pojęciowe 7
1.2 Czym jest kryzys? 8
1.3 Sytuacja grożąca kryzysem 10
1.4 Przewlekły stan kryzysowy i inne złożone reakcje na kryzys 13
1.5 Kryzys a problem przemocy w rodzinie 15
1.6 Podsumowanie 16
2. Definicja interwencji kryzysowej 16
3. Działania interwencyjne 19
3.1 Dobór działań w interwencji 19
3.2 Formy działań w interwencji kryzysowej 20
3.3 Porządek działań (sekwencja) 34
3.4 Podsumowanie 40
4. Instytucje interwencji kryzysowej 40
4.1 Ośrodek interwencji kryzysowej 40
4.2 Punkt interwencji kryzysowej 42
4.3 Kadry 43
4.4 Dokumentowanie działań 46

CZĘŚĆ B - Standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania 50
Wprowadzenie 50
1. Usługi opiekuńcze jako przedmiot standaryzacji 51
1.1 Usługi opiekuńcze – forma świadczenia z pomocy społecznej 51
1.2 Miejsce świadczenia usług opiekuńczych 51
1.3 Cel usług opiekuńczych i oczekiwane efekty 52
2. Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych 52
2.1 Podstawowe zasady i wartości 52
2.2 Organizator i Wykonawca usług opiekuńczych 53
2.3 Zakres usług opiekuńczych 54
2.4 Przyznanie usług opiekuńczych 55
2.5 Dokumentowanie organizowania i świadczenia usług 56
3. Wymogi dotyczące świadczenia (wykonania) usług opiekuńczych 57

3.1 Obowiązki Wykonawcy usług 57
3.2 Obowiązki osoby świadczącej usługi opiekuńcze 58
3.3 Wymogi dotyczące kadry 59
4. Monitoring i ewaluacja 60

CZĘŚĆ C - Standard poradnictwa specjalistycznego 64
Wprowadzenie 64
1. Usługa poradnictwa specjalistycznego jako przedmiot standaryzacji 65
1.1 Zasady i wartości 65
1.2 Zakres unormowań prawnych i podstawowe definicje 67
2. Organizowanie i świadczenie poradnictwa specjalistycznego 68
2.1 Wykonawca usługi 68
2.2 Forma udzielania porad 69
2.3 Miejsce świadczenia usługi 69
2.4 Wykonanie usługi 70
2.5 Problemy związane z wykonaniem usługi 71
2.6 Dokumentowanie 71
2.7 Wymogi wobec Wykonawcy usług 72
3. Wybrane rodzaje poradnictwa specjalistycznego 73
3.1 Poradnictwo prawne 73
3.2 Poradnictwo psychologiczne 76
3.3 Poradnictwo rodzinne 76
4. Monitoring i ewaluacja poradnictwa specjalistycznego 77
5. Organizowanie poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne 79

ROZDZIAŁ 2. OGÓLNE UWAGI DOTYCZĄCE WDROŻENIA STANDARDÓW USŁUG 85
1. Wdrożenie standardu usługi jako proces wdrożenia i kierowania zmianą 85
2. Opór wobec zmiany 86
3. Wdrażanie standardu w praktyce 87
3.1. Wdrożenie standardu w wymiarze organizacyjnym 87
3.2 Wymiar indywidualny 90

Bibliografia 92

WSTĘP

Katarzyna Stec

Niniejsza publikacja prezentuje standardy interwencji kryzysowej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz poradnictwa specjalistycznego (w tym dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne), wypracowane w ramach Zadania 2 projektu systemowego „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej". Prace nad standardami oparto na następujących założeniach:

- wymienione powyżej usługi społeczne wymagają działań ukierunkowanych na podniesienie ich jakości i efektywności, w szczególności poprzez profesjonalizację organizowania i wykonywania tych usług,
- unormowania dotyczące standardów powinny zapewnić możliwość uwzględnienia lokalnych uwarunkowań, zasobów i możliwości przy organizowaniu i wykonywaniu tych usług.

Materiał źródłowy dla niniejszego opracowania stanowiły materiały powstałe we wcześniejszych fazach realizacji projektu:

1) wstępne rozwiązania modelowe w zakresie standaryzacji usług pomocy i integracji społecznej oraz modelu realizacji usług o określonym standardzie, w szczególności:

- Standard interwencji kryzysowej, współautorstwa Józefy Grodeckiej, Renaty Kałuckiej, Krzysztofa Sarzały i Arkadiusza Żukiewicza;
- Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania, współautorstwa Krzysztofa Balona, Joanny Staręgi Piasek, Grażyny Rutkiewicz, Katarzyny Stec, Izabeli Szmaglińskiej i Mirosławy Zielony;
- Standard poradnictwa specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin, z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi, współautorstwa Grażyny Kaczmarek, Beaty Karlińskiej, Anny Kruczek, Iwony Płatek, Małgorzaty Polak i Mirosława Sobkowiaka;

Wyżej wymienione rozwiązania modelowe w zakresie standardów usług i modeli instytucji, dostępne są na stronie internetowej: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31 grudnia 2013).

2) ekspertyzy opisujące przebieg pilotażowego wdrażania standardów oraz wnioski dotyczące wdrożenia pod kątem weryfikacji wstępnych rozwiązań modelowych (raporty z monitoringu i ewaluacji pilotażowego wdrożenia standardów), autorstwa Agnieszki Ignasiak i Olimpii Piłat-Pawlak oraz opracowane przez Ośrodek Badań Społecznych SONDA Sp. z o.o. (niepublikowane materiały projektowe).

Ostateczne wersje standardów, prezentowane w niniejszej publikacji, powstały w oparciu o dogłębne analizy powyższych dokumentów oraz konsultacje eksperckie. Na ich podstawie opracowane zostały również rekomendacje legislacyjne – propozycje projektów aktów prawnych normujących organizowanie i świadczenie tych usług – propozycje te przedłożono ministrowi właściwemu ds. zabezpieczenia społecznego do dalszych prac legislacyjnych, mających na celu wdrożenie standardów usług i modeli instytucji na terenie całego kraju.

Publikacja składa się z dwóch rozdziałów. Pierwszy zawiera opis poszczególnych standardów (odrębnie dla każdej usługi), podstawowe informacje o wystandaryzowanych usługach, kluczowych zasadach i wartościach, na których powinno być oparte ich świadczenie, a także wskazówki praktyczne oraz rekomendacje metodyczne i organizacyjne do ich wdrażania.

Zawarte w opracowaniu rekomendacje podparte są wynikami przeprowadzonego pilotażu wdrażania w/w standardów i uwzględniają rozwiązania stanowiące odpowiedź na zidentyfikowane podczas pilotażu bariery i trudności. W drugim rozdziale przedstawione zostały ogólne zasady związane z wdrażaniem standardów usług.

Publikacja adresowana jest przede wszystkim do podmiotów zainteresowanych wdrożeniem wybranych standardów usług – organizatorów i wykonawców tych usług społecznych, ale polecamy ją również każdemu zainteresowanemu procesem organizowania i świadczenia wymienionych usług.

ROZDZIAŁ 1. STANDARDY USŁUG

CZĘŚĆ A – Standard interwencji kryzysowej

Krzysztof Sarzała

> Ludzie znajdują się w stanie kryzysu, kiedy napotykają na przeszkody w osiąganiu ważnych celów życiowych – przeszkody, które w tym czasie wydają się nie do pokonania za pomocą zwyczajowych metod rozwiązywania problemów. Powoduje to stan dezorganizacji i zamieszania, w którym podejmowane są liczne próby nieudanych rozwiązań (Caplan, 1961).[1]

Wprowadzenie

Oddajemy w Państwa ręce materiał, który przybliża, rozwija i – mamy nadzieję – przystępnie wyjaśnia koncepcję standaryzacji specjalistycznej usługi z zakresu pomocy społecznej, jaką jest interwencja kryzysowa. Zdajemy sobie sprawę z trudności i odpowiedzialności przedsięwzięcia. Wszak usługa ma już swoją świetną historię w naszym kraju. Działa co najmniej kilkadziesiąt ośrodków interwencji kryzysowej (centr) i tyleż punktów interwencji, w których usługa realizowana jest z powodzeniem. Publikacje, a nawet monografie na temat interwencji kryzysowej zagościły na rynku wydawniczym już kilka lat temu. Skromne, mimo to w pełni obowiązujące przepisy dotyczące zadań powiatów w tym zakresie obowiązują od 1998 roku. Duża grupa specjalistów podjęła trud podnoszenia kwalifikacji własnych i szkolenia innych osób, a nawet wydawania „certyfikatów" potwierdzających nabyte kompetencje. Materiał niniejszy nie powstał z potrzeby podejmowania polemiki z opiniami i poglądami innych specjalistów, ich ośrodków lub organizacji. Materiał należy odczytywać jako wytyczne dla organizatorów pragnących zwiększyć skuteczność, dostępność lub też stworzyć od podstaw instytucję zajmującą się interwencją kryzysową w zasobach pomocy społecznej własnych samorządów.

[1] *R. K. James, B. E. Gilliland, Strategie interwencji kryzysowej, Warszawa 2004.*

Jeśli więc rozważasz zbudowanie lub zmodyfikowanie istniejącej w Twoim środowisku oferty w zakresie interwencji kryzysowej, zapraszamy do lektury.

1. Zastosowanie usługi

1.1 Zagadnienia pojęciowe

Kwestia pojęć, jakimi posługujemy się w materiale opisującym standard interwencji kryzysowej ma istotne znaczenie z kilku powodów. Jednym z nich jest potrzeba uściślenia, w jakich sytuacjach usługa może, a wręcz powinna mieć zastosowanie. Interwencja kryzysowa, co prawda nie jest współczesnym, cudownym środkiem na wszystkie trudne sytuacje określane mianem „kryzysu". Nie jest uniwersalnym ani łatwo dostępnym instrumentem rozwiązywania problemów społecznych, psychologicznych. Nie jest niezawodnym ani nawet jedynym sposobem rozwiązywania problemu przemocy w rodzinie, jak się niekiedy mniema. Jest jednak interwencja kryzysowa skuteczną metodą formalnego (profesjonalnego lub para-profesjonalnego) towarzyszenia ludziom, całym rodzinom lub dużym społecznościom w krytycznych zdarzeniach, zwłaszcza, gdyby kierować się troską o dalekosiężne skutki tych wydarzeń i skupiać się na „miękkich" formach wspierania.

Paradoksy i złożoność obecnej sytuacji w sferze instytucjonalnej pomocy społecznej sprawiają, że oczekiwania wobec interwencji kryzysowej są albo nader skromne, albo odwrotnie – nadzwyczaj duże.

Interwencja kryzysowa w działaniach pomocy społecznej jest obecna w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych XX w. i zdaje się przeżywać obecnie swój rozwój, głównie w zakresie zasobów instytucjonalnych interwencji kryzysowej i przygotowania specjalistycznych kadr. Przyznać trzeba jednak, że za szybkim rozwojem placówek często nie nadąża satysfakcjonująca jakość oferowanych tam usług. Z jednej strony rosną potrzeby w zakresie szybkiej, krótkiej i maksymalnie skutecznej psychologicznej ingerencji, oczekiwanej zwłaszcza w wypadku katastrof, klęsk żywiołowych lub innych kryzysowych zdarzeń masowych, albo też w sytuacjach związanych z przemocą w rodzinie, czy tragediami rodzinnymi z udziałem dzieci, spowodowanymi przypadkowymi lub nieprzypadkowymi działaniami innych ludzi. Z drugiej zaś, ponieważ brak jest jakichkolwiek wytycznych lub standardów dotyczących zakresu, formy, kwalifikacji personelu tych działań, ośrodki interwencji kryzysowej różnią się między sobą znacznie. Nie brakuje przykładów placówek wzorcowych, które stanowią znakomity model instytucji interwencji kryzysowej godny naśladowania, jednak nie brakuje też placówek, w których szyld „interwencji kryzysowej" maskuje nieumiejętnie podejmowane działania, niepodporządkowane jakimkolwiek rygorom formalnym, pozbawione podstaw i refleksji teoretycznej, których skuteczność nie jest w żaden sposób weryfikowana lub należycie nadzorowana.

Interwencja kryzysowa, o której jest mowa w niniejszej publikacji i projekcie rozporządzania w zakresie interwencji kryzysowej oraz propozycjach zmian ustawowych w zakresie interwencji kryzysowej, które przedłożono ministrowi właściwemu ds. zabezpieczenia społecznego (dalej zwanych rekomendacjami legislacyjnymi) jest specjalistyczną usługą, która może znaleźć zastosowanie w ściśle określonych, niżej wymienionych okolicznościach.

1.2 Czym jest kryzys?

Przedmiotem zainteresowania interwencji kryzysowej jest kryzys, a dokładniej skutki, jakie wywołuje lub może wywołać w osobach, które go przeżywają. Na potrzeby standaryzacji interwencji kryzysowej przyjęto definicję, która dość dobrze oddaje specyfikę kryzysu psychicznego.

Kryzys to czasowy stan nierównowagi psychicznej, charakteryzujący się złożoną symptomatologią, wywołany przez sytuację kryzysową, wymagający istotnych zmian i rozstrzygnięć. Stan ten może przyjmować postać przewlekłą lub ostrą.

Pojęcie kryzysu – czasem określanego mianem „chaosu", „przełomu", „nieoczekiwanej zmiany" – w potocznym rozumieniu i ujęciu teoretycznym może mieć wiele odmiennych znaczeń. Rozróżnienia te są ważne dla zrozumienia idei usługi.

Definicje kryzysu

Kryzys, opisywany w kontekście interwencji kryzysowej, jest zjawiskiem natury psychologicznej, czyli traktowanym całkowicie subiektywnie (tzn. odczuwanym przez kogoś, a nie koniecznie realnie doświadczanym). Bywa, że świadkowie zdarzenia lub osoby udzielające pomocy zupełnie inaczej postrzegają przebieg zdarzeń, jednak w interwencji kryzysowej zwykło się przyjmować tzw. „perspektywę klienta", traktując ją właśnie jako właściwy przedmiot działań.

Możliwe, że termin pochodzi z greckiego stgr. κρίσις „krisis" i oznacza, w sensie ogólnym, wybór, decydowanie, zmaganie się, walkę, w której konieczne jest działanie pod presją czasu, choć od czasu Hipokratesa znane jest też inne rozróżnienie: „krisis" w odróżnieniu od „lisys" oznacza nagłe załamanie stanu zdrowia.

Zaczerpnięta za słowników definicja kryzysu (np. „stan nierównowagi mający znaczenie przełomowe, zwrotne"[2]) znalazła rozwinięcie w licznych ujęciach czerpiących z historycznie pierwotnych prac Caplana i Lindemanna, prowadząc do określenia kryzysu psychologicznego, jako stanu zdrowia (nie zaś choroby) polegającego na emocjonalnej walce o utrzymanie homeostazy: ostry, przemijający, rzadziej chroniczny stan zaburzenia równowagi psychicznej, spowodowany zagrożeniami powiązanymi z sensem życia, systemem wartości, koncepcji własnej osoby, będący skutkiem konfrontacji z wydarzeniem krytycznym.

Kryzys traktowany jest tam jak sytuacja załamania równowagi psychicznej (ale często także fizjologicznej, emocjonalnej), którą rozpoznaje się po występowaniu stanów pobudzenia i napięcia emocjonalnego – jednoczesnego przeżywania trudnych i często sprzecznych emocji: lęku, gniewu, złości, zmieszania, poczucia winy i towarzyszącemu tym emocjom poczuciu chaosu i cierpienia. Chyba najpopularniejsza w środowisku teoretyków kryzysu, jak i potocznym myśleniu jest jednak dialektyczna definicja kryzysu bliska antycznemu rozumieniu terminu. Kryzys w tym ujęciu to konflikt: „zagrożenia", czyli sytuacji

[2] *W. Kopaliński, Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, Warszawa 2003.*

przytłaczającej człowieka w stopniu prowadzącym do poważnych zaburzeń funkcjonowania lub powodującej zachowania patologiczne, z „okazją", ponieważ powodowane kryzysem cierpienia zmuszają człowieka do działania, na przykład do szukania pomocy.

Po czym poznać, że mamy do czynienia z kryzysem?

- zdarzenie odbierane jest jako nieoczekiwane i nagłe – mimo, że obiektywnie lub racjonalnie rzecz ujmując można było spodziewać się, że zdarzenie „nadejdzie", jednak jego wystąpienie zaskakuje (przykład: rodzic mógłby spodziewać się, że dorastające dziecko wyprowadzi się kiedyś z domu i założy własną rodzinę, jednak gdy taka sytuacja rzeczywiście następuje, odbierana jest jako zaskakująca i trudna do zniesienia);
- zdarzenie i jego konsekwencje są ograniczone w czasie, przyjmuje się (zwyczajowo), że trwają w sumie ok. 6 do 8 tygodni;
- zdarzeniu i jego konsekwencjom towarzyszy subiektywne poczucie dyskomfortu, które jednak zmniejsza się z czasem, znika (co daje się wyjaśnić neurofizjologicznymi sposobami przetwarzania stresu przez człowieka lub teoriami zmian i rozwoju w organizacji);
- konsekwencje zdarzenia mają złożoną symptomatologię, wywołują reakcje niespecyficzne, przenikające różne sfery funkcjonowania człowieka (zdrowia, subiektywnego samopoczucia, rozumienia świata, poczucia sprawczości, bezpieczeństwa, innych sfer);
- nierozwiązane problemy (sytuacje grożące kryzysem) nie mijają, lecz przechodzą w postać „utajoną" (tzw. stan transkryzysowy) utrzymujący się niespodziewanie długo, czasem całe życie, stan pozornego spokoju, który jednak grozi nawrotami ostrego, pełnoobjawowego kryzysu (przykład: nierozwiązany problem przemocy w rodzinie, konfliktu rodzinnego, doświadczenie nadużycia, pozornie minione – czasem wracają ze zdwojoną siłą);
- może być udziałem każdej osoby i każdej grupy – ma charakter egalitarny;
- jest normalną reakcją na wydarzenia krytyczne (dysfunkcjonalna lub patologiczna jest sytuacja lub reakcje środowiska, a nie osoba/grupa w kryzysie!);
- symptomy są zawsze wyrazem indywidualnych wysiłków adaptacyjnych osoby w kryzysie (lub grupy).

Skutki kryzysu

Skuteczność radzenia sobie z kryzysem zależy od:
- rodzaju i intensywności sytuacji kryzysowej;
- zasobów własnych osoby w kryzysie lub grupy;
- wielotorowości podjętych działań (uwzględnienie aspektów: materialno bytowych, psychologicznych, zdrowotnych, prawnych i innych);
- elastyczności działania – a więc posługiwanie się rozmaitymi środkami, w zależności od sytuacji krytycznej;
- „relacji wsparcia" między osobą w kryzysie a zaangażowaną osobą wspomagającą, np. interwentem (opis: w tekście dalej);
- zdolności (i skłonność) do inicjowania procesów zmiany nie tylko na poziomie indywidualnym, ale też społecznym.

Kryzys przybierający postać przewlekłą lub ostrą (patrz dalej) może stać się przeżyciem traumatycznym. Historycznie najwcześniej i jednocześnie najpełniej opisano dotąd kryzys, w kontekście indywidualnych reakcji, czyli kryzys psychiczny.

Dynamika kryzysu psychicznego w teorii kryzysu w G.Caplana i E.Lindemanna[3]:

- Faza konfrontacji z wydarzeniem wywołującym kryzys. Człowiek doświadcza nieskuteczności wykorzystywanych dotąd sposobów radzenia sobie, subiektywnej niewystarczalności zasobów pozostających w jej dyspozycji, nieefektywności zewnętrznych źródeł pomocy. W efekcie, pojawia się intensywna reakcja emocjonalna charakteryzująca się głównie wzrostem napięcia, obecnością niepokoju i lęku.
- Faza pojawienia się poczucia gwałtownej utraty równowagi, przekonania, że nie jest się w stanie poradzić sobie z zaistniałą trudnością. Dominuje doświadczenie bycia pokonanym, utraty kontroli nad własnym życiem. To powoduje dalszy wzrost napięcia i jednocześnie oddziałuje destruktywnie na poczucie własnej wartości jednostki.
- Faza mobilizacji, uruchamiania wszelkich dostępnych zasobów i sił psychicznych osoby. Tutaj możliwe są dwie dalsze ścieżki: albo pokonanie kryzysu i odzyskanie przedkryzysowej równowagi lub pozorne uporanie się z problemem przy wykorzystaniu mechanizmu zaprzeczania, co stwarza zagrożenie przejścia kryzysu w stan chroniczny. Jeżeli żadna z tych możliwości się nie ziści – następuje przejście do następnego etapu.
- Faza, którą można określić mianem dekompensacji, jest rezultatem niemożliwego do wytrzymania napięcia. Dochodzi do zniekształcenia postrzegania, poczucia wewnętrznego chaosu. W relacjach interpersonalnych może dojść do wycofania się z kontaktów. Pojawiają się również zachowania "wentylacyjne" (przynoszące doraźną ulgę, lecz nie służące konstruktywnej adaptacji), które mogą mieć charakter agresywny, autoagresywny (zachowania suicydalne) lub prowadzić do nadużywania substancji zmieniających nastrój (alkohol, narkotyki).

1.3 Sytuacja grożąca kryzysem

Oprócz definicji kryzysu, należy określić te sytuacje, które go poprzedzają, są tłem każdego kryzysu, mogą – choć nie muszą – go wywoływać.

Sytuacja grożąca kryzysem – należy przez to rozumieć sytuację doświadczania zdarzenia krytycznego, np. zdarzenia losowego, klęski żywiołowej, ryzyka samobójczego, przemocy lub innych sytuacji wywołujących poczucie zagrożenia lub krzywdy, w których nie rozwinęły się jeszcze pełne symptomy kryzysu.

Jak wynika z przytoczonej definicji, sytuacje, w których interwencja kryzysowa może mieć zastosowanie, różnią się istotnie między sobą. Mimo, że utarło się dość powszechne korzystanie z interwencji kryzysowej w kontekście przemocy w rodzinie i krzywdzenia dzieci – a wynika to zapewne z faktu ubogiej liczby i oferty instytucji specjalizujących się w tej problematyce (ośrodki wsparcia, specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, tzw. SOW-y) – nie jest to główna domena interwencji kryzysowej. Usługa ma

[3] *G. Caplan, E. Lindemann, Crisis Theory, w: W. Yule (ed.), Post Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy, Wiley 1999.*

znacznie szersze, bardziej uniwersalne zastosowanie.

Określenie „sytuacja grożąca kryzysem" jest zbliżone znaczeniowo, choć nie tożsame z takimi pojęciami, jak: wydarzenie krytyczne (Badura-Madej, 1996; Sek, 1993; Piątek, 2007); wydarzenie zagrażające – ang. hazardous event (Rapoport, 1970; Roberts, 1990, 2005); wydarzenie poprzedzające – ang. precipitating event (Bloom, 1963); wydarzenie traumatyczne (Echterling i in., 2005).

Tzw. domeny kryzysu, wg L. Brammera[4]:

- normatywny kryzys rozwojowy – zwyczajne wydarzenia związane z rozwojem, ewolucją, które jednak powodują gwałtowną reakcję, zmianę, zwrot życiowy (zawarcie małżeństwa, urodzenie dziecka, przejście na emeryturę, itp.);
- kryzys sytuacyjny – rzadkie, nadzwyczajne wydarzenia, trudne do przewidzenia i kontrolowania, które wywołują zmiany, zwrot życiowy, jednak w atmosferze wstrząsu (wypadek, gwałt, utrata pracy, nagła choroba, śmierć osoby bliskiej);
- kryzys egzystencjalny – wewnętrzne konflikty, lęki, dylematy związane np. z poczuciem szczęścia, spełnienia, przemijania, poczuciem sensu życia, pustki życiowej.

Można do powyższej typologii dodać:

- kryzys suicydalny – myśli, plany, próby i zamachy dot. pozbawienia się życia (czasem także jednoczesne z pozbawieniem życia innych, tzw. „samobójstwa rozszerzone" i „zmowy samobójcze"). Sytuacja kryzysowa dotycząca osób, co do których istnieje podejrzenie, że chcą popełnić samobójstwo, osób po próbach samobójczych, rodzin, bliskich osób z tendencjami samobójczymi, ale też ratowników biorących udział w ratowaniu życia samobójcom;
- kryzys endogenny – problemy, trudności, zmiany, inne wyniszczające skutki przekazów pokoleniowych w rodzinie „problemowej" implikujące wewnętrzne uwarunkowania, np.: osobowościowe, neurologiczne, błędne sądy poznawcze, autodestrukcyjne skłonności, np. związane z problemem alkoholowym w rodzinie, historią przemocy, nadużyć seksualnych lub patologii życia seksualnego, związanych z przewlekłą chorobą, kryminalną przeszłością innych członków rodziny, itp. silnie oddziaływujące na członków rodziny, często niezależnie od stopnia pokrewieństwa;
- kryzys środowiskowy – gdy dotyczy nie tylko poszczególnych osób lub rodzin, lecz większych grup ludności, a bezpośrednie konsekwencje tych wydarzeń obejmują większość członków społeczności, mówimy o kryzysach katastroficznych (środowiskowych, społecznych).

Jako sytuacji stosunkowo rzadko kojarzonej z działaniami w ramach interwencji kryzysowej, poświęćmy nieco miejsca kryzysowi środowiskowemu.

[4] *L. Brammer, Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności, Warszawa 1984 (materiały szkoleniowe IPZ PTP).*

Kryzys środowiskowy może dotyczyć:

- zjawisk naturalnych (powodzie, huragany, tornada, trąby powietrzne, wybuchy wulkanów, trzęsienia ziemi, opady materii kosmicznej, zamiecie śnieżne, lawiny błotne, susza, pożary lasów itp.);
- innych, nieprzewidzianych zdarzeń losowych;
- katastrof pochodzenia biologicznego (epidemie, spustoszenia czynione przez zwierzęta, plagi owadów, itp.);
- wydarzeń pochodzenia cywilizacyjnego (skażenia i wycieki chemiczne, radioaktywne, katastrofy budowlane, wypadki komunikacyjne, kryzysy ekonomiczne, itp.);
- wydarzeń intencjonalnych (o podłożu politycznym, przestępczym, wojny, akty terroru, przemocy zorganizowanych grup przestępczych).

Zagrożenia dotyczące kryzysu środowiskowego

Kryzys środowiskowy wiąże się realnymi zagrożeniami, których prawdopodobieństwo wystąpienia oceniane jest w ramach usługi. Należy spodziewać się, że kryzys tego typu może zainicjować:

- wybuchy konfliktów społecznych, politycznych;
- utratę nadziei na odwrócenie losów;
- zakłócenia w realizacji rutynowych, społecznych form aktywności;
- obciążenie psychiczne poszkodowanych prowadzące do trwałego zrywania więzi;
- rozpad poczucia wspólnoty (w skutek poszukiwania przyczyn i winnych kryzysu);
- piętnowanie grup lub jednostek;
- psychiczne wyczerpywanie sił i poczucie „wypalenia" członków społeczności;
- upowszechnienie postaw typu: „biorca", „kozioł ofiarny";
- nadszarpnięcie zaufania do instytucji publicznych;
- wykorzystywanie kryzysu do „gier" politycznych.

Typowe fazy zmagania się z kryzysem katastroficznym prezentuje poniższa tabela[5].

Tabela 1: Typowe fazy zmagania się z kryzysem katastroficznym.

Fazy kryzysu	***Krótka charakterystyka***
Faza „heroiczna"	Faza obejmująca okres od kilku godzin do kilku dni jest okresem, w którym społeczność uruchamia swój potencjał, ratując się i wspomagając nawzajem, naprawiając szkody i przeciwdziałając zagrożeniom.

[5] *A. Lipowska-Teutsch, 2001, Materiały opracowane w ramach projektu Likwidacji Skutków Powodzi Banku Światowego (niepublikowane). Uwaga: opisane tutaj fazy w literaturze przedmiotu odnoszą się wyłącznie do zbiorowego sposobu przeżywania katastrof, podobieństwo metaforycznych określeń („miodowy miesiąc" itp.) może być mylące, bowiem kojarzą się ze znanymi skądinąd określeń dot. faz np. cyklu przemocy (wg L. Walker). Tu odnoszą się jednak wyłącznie do doświadczeń dużych grup, np. całych społeczności.*

Faza „ufności i nadziei" (miodowego miesiąca)	Społeczność znajduje się w centrum zainteresowania, napływa pomoc i obietnice dalszej pomocy. To pozwala oczekiwać, że trudności zostaną przezwyciężone, a wszystko powróci niebawem do normy. Złudzeniom okresu miodowego miesiąca ulegają zarówno poszkodowani, jak i pomagający im ludzie, którzy często nie uprzedzają poszkodowanych o prawdopodobnym biegu wydarzeń, o tym, że w niedalekiej przyszłości zainteresowanie środków masowego przekazu i decydentów osłabnie, wyraziste staną się przeszkody na drodze do naprawienia szkód i wyrównania strat, da znać o sobie zmęczenie.
Faza „rozczarowania"	W tej fazie pojawia się zmęczenie, mnożą się przeszkody na drodze do urzeczywistnienia zamierzeń, narasta świadomość, że obciążenia i troski na stałe zagnieździły się w codziennym życiu. Odszkodowania są niezadowalające, decyzje o programach naprawczych odwlekane, członkowie społeczności oskarżają się nawzajem. Mnożą się też oskarżenia o to, iż władze dopuszczają się bezprawia, porzucają w nieszczęściu, piętrzą biurokratyczne utrudnienia, są niekompetentne. Nasilają się objawy związane z reakcją na stres, narasta poczucie bezsilności.
Faza „powrotu do równowagi"	Ta faza wiąże się z obserwowaniem korzystnych, choć powolnych zmian. Programy naprawcze zaczynają przynosić pierwsze efekty, zabliźniają się rany, większość ludzi powraca do swoich poprzednich zajęć, pozostali objęci są leczeniem czy pomocą społeczną. Większość osób wraca do równowagi po około pół roku, część odczuwa boleśnie następstwa urazu do trzech lat od zdarzenia.

1.4 Przewlekły stan kryzysowy i inne złożone reakcje na kryzys

Przewlekły stan kryzysowy oznacza stan przeżywania długotrwałego cierpienia, lęku i bezradności będących skutkiem minionych wydarzeń, w którym symptomy przybrały postać chroniczną.

Najogólniej, stany kryzysowe różnicuje się na kontinuum: eustres (stres pozytywnie mobilizujący do działania) – dystres (utrudnienia lub niemożność realizacji ważnych celów i zadań, w wyniku działania bodźca). W założeniach standardu interwencji kryzysowej zwraca się szczególną uwagę (stąd powyższa definicja) na stan dystresu przyjmującego formę reakcji o przebiegu przewlekłym, aby podkreślić znaczenie usługi w sytuacjach nie tylko wiążących się z nagłymi lub aktualnymi zdarzeniami kryzysowymi, ale także w sytuacjach dotyczących zdarzeń odległych w czasie, jednak mających obecnie widoczne i wyniszczające konsekwencje. Co prawda interwencja kryzysowa pełni w tym wypadku rolę wyłącznie wspomagającą, np. w fazie rozpoznania problemu, jako narzędzie kierowania do specjalisty: psychiatry, psychoterapeuty, seksuologa, itp. – jest to jednak rola istotna i nie do przecenienia.

Typologia reakcji na kryzys[6]:

- zwykła reakcja na wydarzenie krytyczne;
- ostra reakcja na wydarzenie krytyczne;
- zaburzenia związane z wydarzeniem krytycznym;
- inne złożone i/lub chroniczne skutki wydarzenia krytycznego.

Przede wszystkim pamiętać trzeba, że nawet skomplikowane reakcje na wydarzenie krytyczne nie są jednostkami chorobowymi. Nierozwiązany i niezintegrowany uraz, dodatkowo często ukryty przed świadomością, może wywołać zaburzenia związane ze zdarzeniem, nie jest jednak jednostką chorobową. Kryzys przybiera wtedy formę doświadczenia traumatycznego.

Ad. Zwykła reakcja na wydarzenie krytyczne *(stress disorder)*.
W tej kategorii reagowania mieszczą się wszystkie zachowania „normalne", a więc typowe dla okoliczności (choć bywają zaskakujące dla osoby przeżywającej zdarzenie), związane z intensywnym przeżywaniem takich emocji, jak: ból, strach, wstyd, złość i innych – jednak będące adekwatną reakcją na to, co się wydarzyło. Jest to reakcja zdrowych, dorosłych osób, którzy skonfrontowani z urazowym doświadczeniem mogą doświadczać natrętnych wspomnień, odrętwienia uczuciowego, poczucia nierzeczywistości, pogorszenia związków z ludźmi, odczuwalnego fizycznie napięcia i dyskomfortu. Taki sposób reagowania pozwala prognozować, że problem, mimo trudności, w skuteczny sposób zostanie przez osobę rozwiązany, a doświadczenie – zintegrowane.

Interwencja kryzysowa jest w tym wypadku skuteczną i adekwatną do zagrożeń formą profesjonalnego wsparcia w przeżywaniu zdarzenia. Często ma wymiar uprzedzający, pozwalający zapobiegać ewentualnym destrukcyjnym następstwom.

Ad. Ostra reakcja na wydarzenie *(acute stress disorder)*.
Czasem określana, jako ostra reakcja na stres (wg ICD-10) lub zespół ostrego stresu (ASD, wg DSM IV) – zaburzenie możliwe do wiarygodnego rozpoznania wcześnie, bo już w pierwszych dniach po urazie (inaczej niż w PTSD, którego wyznacznikiem jest długotrwałość reakcji – co najmniej 1 miesiąc). Reakcja paniki, zamętu myśli, rozkojarzenia, poważnych zaburzeń snu, podejrzliwości i okresowej niezdolności do wykonywania codziennych czynności: samoobsługi, pracy, podtrzymywania dotychczasowych więzi, wywiązywania się z powinności. Wyróżniono, w tym typie reagowania, cztery grupy objawów:
1. natrętne nawracanie urazowych wspomnień;
2. unikanie;
3. wzmożone pobudzenie;
4. reakcje dysocjacyjne.

W tym wypadku interwencja kryzysowa może mieć ogromne zastosowanie, jako metoda pierwszego rozpoznania problemu, nazwania go, „zaopiekowania się" najbardziej dotkliwymi objawami, które mogą zagrażać równowadze psychicznej, autonomiczności i zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb – prowadząc do zagrożenia życia lub zdrowia.

[6] *Za: J. Grodecka, R. Kałucka, A. Żukiewicz, K. Sarzała, Standard Interwencji Kryzysowej, Warszawa 2011. Wersja elektroniczna standardu jest dostępna na stronie internetowej http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31.12.2013r.).*

Możliwą, dalszą konsekwencją interwencji kryzysowej jest zachęcenie do skorzystania z terapii kryzysu lub innych specjalistycznych świadczeń, np. medycznych.

Ad. Zaburzenia psychiczne związane z wydarzeniem krytycznym *(posttraumatic stress disorder)*.
Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia stresowe pourazowe (wg ICD-10), PTSD (wg DSM IV) to różne kategorie zaburzeń psychicznych (lękowych, adaptacyjnych) opisujących silny wymiar dystresu związanego z urazem, wyodrębnionych dopiero w drugiej połowie XX wieku, w wyniku zainteresowania wpływem przeżyć wojennych na zdrowie psychiczne człowieka. Reakcja na uraz jako zaburzenie została formalnie opisana w 1980 r., jako „zaburzenie stresowe pourazowe" wg ICD-10, dawniej „nerwica urazowa" lub „wyczerpanie walką". Po-traumatyczne zaburzenie związane ze stresem traktowane jest dziś jak odrębna jednostka psychopatologiczna – zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD).

Rola interwencji kryzysowej w wypadku rozpoznania lub obaw wystąpienia tego typu reakcji to pierwsza pomoc psychologiczna: udzielenie porady, wsparcia, pomoc w ustabilizowaniu sytuacji osoby w kryzysie (socjalnym, zdrowotnym, emocjonalnym), podjęcie działań o charakterze uprzedzającym ewentualne groźne następstwa zaburzonej reakcji – często skierowanie na terapię kryzysu.

Ad. Inne, złożone i/lub chroniczne skutki wydarzenia krytycznego (np. tzw. złożone PTSD).
Pojawienie się objawów kojarzonych z poważnymi zaburzeniami osobowości, cechami asocjalnymi, rozszczepiennymi. Demonstracyjne zaburzenia zachowania (impulsywność, agresja, zaburzenia aktywności seksualnej, łaknienia, uzależnienia, autodestrukcja), poważne problemy emocjonalne (wściekłość, depresja, panika) i poznawcze (rozszczepienne cechy myślenia, amnezja).

Rola interwencji kryzysowej ograniczona do doraźnego rozpoznania reakcji, wsparcia i innych towarzyszących działań, wspomagających świadczenia medyczne, psychoterapeutyczne lub inne specjalistyczne.

1.5 Kryzys a problem przemocy w rodzinie

Zapewne krótkiego wyjaśnienia wymaga relacja między działaniami w zakresie interwencji kryzysowej w sytuacji kryzysu dotyczącego rodziny a działaniami interwencyjnymi w rodzinie doświadczającej przemocy. Niektóre zagadnienia tego dotyczące opisane zostały w odrębnym dokumencie (K. Kadela, J. Kowalczyk, Standardy pracy socjalnej z osobą i rodziną. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne, Warszawa 2014), a inne aspekty problematyki uregulowane są przepisami prawa, w szczególności ustawą z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2005 nr 180 poz. 1493 wraz z późniejszymi zmianami i rozporządzeniami wykonawczymi). Standard prezentowany w niniejszej publikacji oraz rekomendacjach legislacyjnych, traktuje każdy kryzys, w tym kryzysy rodzinne, z perspektywy teorii kryzysu. Wynika z niej, że przemoc w rodzinie jest typową sytuacją zagrażającą kryzysem. Wobec tego należy uznać, że interwencja kryzysowa ma tu zastosowanie, a działania interwencyjne powinny być ukierunkowane na konsekwencje psychologiczne przemocy: doraźne i długofalowe. Dlatego w katalogach działań interwencyjnych uwzględnia się

m.in. takie czynności, jak rozpoznanie i ocena zagrożeń (szkód, rozpoznanie zasobów i inne), a w sytuacji długotrwającej przemocy (przewlekły stan kryzysowy) interwencja kryzysowa może zawierać elementy psychoterapii. Jednak jedną z pierwszych czynności, niezależnie od powyższego, jest podejmowanie wszelkich działań na rzecz ochrony życia i zdrowia osób pokrzywdzonych, w tym takie jak: zapewnienie schronienia ofierze (jeśli niezbędne), udokumentowanie obrażeń (jeśli występują), założenie notatki służbowej przez wymienione w ustawie instytucje i służby, dokonanie zgłoszenia do lokalnego Zespołu Interdyscyplinarnego i dalsze.

1.6 Podsumowanie

Jak z powyższego wynika, interwencja kryzysowa ma stosunkowo szerokie zastosowanie w sytuacjach, gdy mamy do czynienia z kryzysem, złożonymi stanami kryzysowymi lub groźbą ich wystąpienia. Nie jest jedyną formą pomocy w tych sytuacjach, ale ważną, czasem niezbędną. Uszanować trzeba jej ograniczenia i doraźny charakter. Nie może zastępować niektórych specjalistycznych świadczeń, może zaś je wspomagać lub poprzedzać. Odnosząc się wreszcie do dość rozpowszechnionego, gruntownie błędnego utożsamiania usługi z psychoterapią, podkreślamy, że interwencja kryzysowa nie może zastępować terapii kryzysu, choć dla osób niezorientowanych, niektóre działania podejmowane w interwencji wydają się łudząco do psychoterapii podobne. Interwencja kryzysowa jest świadczeniem o inaczej sformułowanych celach, odmiennej strukturze, innym porządku czynności, które są inaczej realizowane, o czym poniżej.

2. Definicja interwencji kryzysowej

W materiale opisującym standard interwencji kryzysowej, usługę tę określa się jako drogę „formalnego opanowywania kryzysu", czyli działania wyspecjalizowanych interwentów bądź powołanych do tego instytucji. Inną zaś formą jest „naturalne opanowywanie kryzysu", to znaczy działania samych osób przeżywających kryzys, samodzielne, często intuicyjne wysiłki osób w kryzysie, niejednokrotnie wspierane przez rodziny i bliskich[7]. Bywają one równie skuteczne, a może nawet skuteczniejsze niż interwencja kryzysowa. Często jednak są nie dość dostępne lub przychodzą z pomocą zbyt późno.

Interwencja kryzysowa to zespół specjalistycznych działań, głównie o charakterze psychologicznym, powiązanych z innymi, np. socjalnymi, prawnymi, medycznymi, na rzecz osób oraz rodzin znajdujących się w: sytuacji grożącej kryzysem, kryzysie lub przewlekłych stanach kryzysowych. Interwencja kryzysowa ma na celu zapobieżenie utracie lub przywrócenie utraconej równowagi w wymiarze psychicznym i społecznym, zdolności do działania oraz autonomii osób i rodzin doświadczających kryzysu.

[7] *D. Kubacka - Jasiecka, Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych, Warszawa 2010.*

Zwrócić należy uwagę na następujące elementy powyższej definicji, stworzonej na potrzeby standaryzacji:

- jest nieco zmodyfikowaną wersją obecnie obowiązującej definicji, zamieszczonej w art. 47.1 ustawy pomocy społecznej (Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593 ze zmianami);
- podkreśla potrzebę dysponowania specjalistyczną kadrą o kwalifikacjach i kompetencjach niezbędnych do udzielania świadczeń w zakresie interwencji kryzysowej;
- proponuje wykładnię, z której wynika, że działania w interwencji kryzysowej mogą być złożone z wielu różnych działań, a ich realizatorami mogą być nie wyłącznie (a „głównie") psychologowie, ale również osoby dysponujące kompetencjami w zakresie pomocy psychologicznej, np. doraźnej, tzw. pierwszej pomocy psychologicznej (opisane dalej);
- zwraca uwagę na konieczność integrowania działań z różnych dyscyplin w jedną, spójną (zespół) strategię pomocy w kryzysie;
- uwypukla możliwość objęcia świadczeniami zarówno osób (perspektywa indywidualna), jak i rodzin (perspektywa grupowa);
- wskazuje na zastosowanie, nie tylko w sytuacji, gdy osoby znajdują się stanie kryzysu, ale także w sytuacji krytycznej (prewencyjny charakter interwencji kryzysowej,) oraz w sytuacji nadmiernie przedłużającego się stanu kryzysowego (post-kryzysowy charakter interwencji kryzysowej);
- rozszerza, odmiennie w stosunku do stanu obecnego, opisuje cele usługi.

Cele usługi

- równowaga oznacza stan umysłowej, emocjonalnej stabilności (w przypadku osób w kryzysie) lub stabilność funkcjonalną i przejrzystość działania oraz przewidywalność zachowania się struktury (w przypadku rodzin i większych grup doświadczonych kryzysem);
- zdolność do działania to stan, w którym człowiek może samodzielnie się zmieniać lub radzić sobie z nastrojami, uczuciami, potrzebami, warunkami i wpływami, grupa zaś (rodzina i większe grupy) – skutecznie realizować postawione sobie cele. To także elastyczność i zdolność adaptowania się do otaczającego świata fizycznego i społecznego;
- autonomia to poczucie odrębności, niezależności, kontrolowanie własnych granic (fizycznych, psychicznych i strukturalnych) – w każdej z w/w perspektyw.

Zasady usługi

- prostota – nie komplikuj spraw i problemów;
- krótkotrwałość – nie przedłużaj czasu jej trwania;
- innowacyjność – bądź gotów do stosowania nowych pomysłów i rozwiązań;
- pragmatyzm – bądź praktyczny;
- bliskość – usługa powinna być dostępna możliwie blisko obszaru codziennego funkcjonowania osoby w kryzysie lub zdarzenia;
- natychmiastowość – pomoc powinna być dostarczona jak najszybciej;
- przewidywalność – osoby korzystające z usługi muszą wierzyć, że sytuację da się przywrócić do równowagi.

Eklektyczny charakter usługi

W praktyce interwencji kryzysowej czerpie się z następujących, często zupełnie odmiennych strategii:

- natychmiastowe i krótkoterminowe poradnictwo w sytuacji kryzysu psychicznego, ale też długotrwałe poradnictwo;
- różne formy psychologicznego oddziaływania na jednostkę: doraźna, "pierwsza" pomoc psychologiczna i elementy psychoterapii o charakterze działań post-kryzysowych;
- interdyscyplinarne oddziaływanie na jednostkę, łączenie działań: socjalnych, prawnych, medycznych i pedagogicznych w jedną spójną strategię;
- świadczenia adresowane głownie do jednostek, ale też społeczne, kulturowe oddziaływanie na kondycję psychiczną całych grup społecznych przechodzących kryzys.

Należy zwrócić też uwagę, że stosowanie modelu „eklektycznego" nie zwalnia od konieczności rzetelnego przygotowania warsztatu pracy interwenta, a wręcz przeciwnie. Z jednej strony wymaga elastyczności, z drugiej zaś – pogłębionej wiedzy i umiejętności oceny reakcji i potrzeb klienta.

Specyfika usługi

Specyfika interwencji kryzysowej (w odróżnieniu od innych form oddziaływań, np. terapii kryzysu):

- łączenie różnych form oddziaływań, szczególnie uwzględnianie wpływu otoczenia na osobę w kryzysie;
- preferowanie krótkoterminowych formach oddziaływania;
- koncentrowanie się na poszukiwaniu rozwiązań, w mniejszym stopniu na analizowaniu problemów;
- rygor działania pod presją czasu, gotowość do podejmowania działań w odpowiedzi na wystąpienie kryzysu – często w trybie ratunkowym *(tzw. emergency);*
- możliwie duża częstotliwość kontaktów osoby korzystającej z usługi, z interwentem, w krótkim okresie czasu (co wynika z dynamiki kryzysu), a jedną z form intensyfikowania kontaktów jest udzielana pomoc w formie doraźnego lub tymczasowego schronienia;
- aktywny, a czasem wręcz dyrektywny charakter działania osób interweniujących, pozostający w ścisłej relacji do stanu psychicznego osób w kryzysie (w szczególności, w sytuacji zagrożenia życia, zdrowia);
- możliwość podejmowania interwencji w sytuacji, gdy osoba korzystająca z usługi nie chce ujawnić swojej tożsamości, danych pozwalających ja zidentyfikować - klient może pozostać anonimowy!
- bezwzględny rygor współdziałania w ramach interwencji: z zespołem pozostałych pracowników instytucji, inną grupą odniesienia (np. grupą superwizyjną, zespołem interdyscyplinarnym, grupą roboczą) lub obowiązek poddania działań pod ocenę innej, uprawnionej osoby, instytucji.

Specyfika interwencji kryzysowej kryje się także w rekomendacji do przestrzegania określonego porządku działania (sekwencyjność), o czym piszemy dalej.

Podsumowanie

Interwencja kryzysowa jest usługą, która tylko pozornie wydaje się łatwym działaniem, nie wymagającym od osób go podejmujących wyjątkowych kompetencji. Mimo, iż składa się w dużej mierze z prostych czynności i jest kojarzona z nieskomplikowanym poradnictwem lub różnymi formami pomocy psychologicznej – rządzi się szczególnymi zasadami i dyscypliną, której nie znajdziemy w tych formach pomocy.

3. Działania interwencyjne

3.1 Dobór działań w interwencji

Interwencja kryzysowa to usługa złożona, a dobór określonych czynności do wykonania należy zarówno do interwenta i osoby korzystającej z usługi. Dopuszcza się, co prawda możliwość pewnej dozy dyrektywności – zarezerwowanej do sytuacji nadzwyczajnych, na przykład związanych z ratowaniem życia i realnymi zagrożeniami dla życia lub zdrowia osób w kryzysie – jednak zasadniczo, dyrektywność lub narzucanie pomocy to sytuacja niepożądana i niebezpieczna. Znacznie lepiej jest zapewnić udział i aktywny wkład osoby, której działania dotyczą.

1. Działania w interwencji kryzysowej realizowane są możliwie łącznie i kompleksowo.
2. Za właściwy dobór działań w kompleks, ich spójność i kolejność realizacji odpowiedzialna jest osoba świadcząca interwencję kryzysową, uzgadniając zakres działań z osobą korzystającą ze świadczenia.

Kwestia dobierania działań w interwencji kryzysowej – wg proponowanych standardów – to także funkcja przyjętego wariantu oferowanej usługi. Zaproponowaliśmy dwa warianty usługi do realizacji: minimalny i optymalny. Minimalny zakłada, że interwencja będzie realizowana w najwęższy z możliwych sposobów tzn. ograniczy się do szybkiego rozpoznania sytuacji grożącej kryzysem (kryzysu) i udzielania pomocy doraźnej – psychologicznej, socjalnej, schronienia. Spodziewać się należy, że jest to oferta wystarczająca do doraźnego zajęcia się większością znanych zdarzeń krytycznych. Ten wariant dedykowany jest ośrodkom o niewielkim zasięgu (punktom), w których przewidywana ilość świadczeń (zgłoszonych zdarzeń) udzielanych w ciągu roku jest niewielka (na przykład, oceniana na ok. 100-200 rocznie), dysponujących skromnymi możliwościami rzeczowymi (lokalowymi, sprzętowymi), a przede wszystkim niewielkimi zasobami kadrowymi. Dobór działań interwencyjnych w tym wypadku jest w oczywisty sposób ograniczony do wyżej wymienionych. Drugi proponowany wariant – optymalny – zakłada znacznie więcej możliwości wyboru, spośród co najmniej 10 wymienionych w materiale opisującym standard interwencji kryzysowej. Sugerujemy, aby ośrodki większe, działające na przykład na potrzeby dużych miast (samorządów), a nawet regionów (powiatów ziemskich, województwa) oferowały takie właśnie działania, co gwarantuje dostęp do pełnej pomocy związanej z kryzysem, zarówno w sytuacji przewidywania jego wystąpienia, w trakcie nagłych, poważnych zdarzeń krytycznych, a także po ustąpieniu ich symptomów.

Przy tej okazji warto zwrócić uwagę na możliwe różne rezultaty usługi.

Rezultaty usługi[8]

Optymalnym rezultatem interwencji kryzysowej jest stan „opanowania kryzysu". Należy pamiętać, że w interwencji kryzysowej nie dąży się do likwidacji kryzysu, ani też do usuwania jego skutków przyjmując pragmatycznie, że byłoby to zadanie niewykonalne. Jak wiadomo, kryzys nieodłącznie towarzyszy ludziom w ich życiu, pracy, twórczości, a jego skutki są nieuniknione. Nie walczy się więc z kryzysem, nie można też liczyć na uniknięcie jego konsekwencji. Rezultatem interwencji kryzysowej może być możliwie największe przejęcie kontroli nad sytuacjami kryzysowymi, a więc:

- rezultaty uprzedzające – prewencyjne przygotowanie do nadchodzącego (potencjalnego) kryzysu;
- rezultaty dotyczące przebiegu kryzysu – pomoc w przechodzeniu krytycznych sytuacji, zdarzeń;
- rezultaty naprawcze – kierowanie konsekwencjami kryzysu.

3.2 Formy działań w interwencji kryzysowej

3.2.1 Rozpoznanie i ocena zagrożeń

Rozpoznanie i ocena aktualnych zagrożeń w interwencji kryzysowej to natychmiastowe, krótkie i możliwie uproszczone postępowanie polegające na uzyskiwaniu podstawowych informacji o sytuacji krytycznej, kryzysie lub jego następstwach. W sytuacjach uzasadnionych szczególnymi okolicznościami, pomoc w formie rozpoznania i oceny zagrożeń udzielana jest na miejscu zdarzeń krytycznych.

Rozpoznawanie i ocena zagrożeń, jakie mogą wiązać się z przeżywanym kryzysem, ma zasadnicze znaczenie dla całej strategii postępowania interwencyjnego i wszelkich innych świadczeń na rzecz osoby kryzysie. Nie będzie przesadne twierdzenie, że od skuteczności oceny zależeć może życie i zdrowie osoby korzystającej z usługi, jej zdolność do działania i inne cechy ważne dla powodzenia interwencji.

Zagrożenie powinno być oceniane w dwóch aspektach.

Pierwszy z nich to zagrożenie ze strony klienta dla niego samego lub dla jego otoczenia. Kryzys nierzadko doprowadza osoby go przeżywające do skrajnej rozpaczy i aktów desperacji, trzeba więc wziąć pod rozwagę możliwość dokonania aktu zabójstwa, samobójstwa lub pozbawienia życia kogoś, kto identyfikowany jest jako przyczyna doświadczanego cierpienia.

Drugi aspekt to zagrożenie dla klienta ze strony jego otoczenia. W wielu rodzajach kryzysu, szczególnie tam, gdzie poważną rolę odgrywa przemoc, musi zostać oszacowane przez interwenta niebezpieczeństwo, jakie zagraża klientowi ze strony otoczenia, np. osób stosujących przemoc.

[8] *J. Grodecka, R. Kałucka, A. Żukiewicz, K. Sarzała, op. cit.*

Trzeba zaznaczyć tu, że ocena zagrożenia (szacowanie zagrożenia) nie jest tym samym, co pogłębiona psychologicznie ocena, ani też tradycyjna, psychologiczna diagnoza. Praktycy podkreślają, że jest to działanie stosunkowo łatwe do opanowania i może być z powodzeniem stosowane przez para-profesjonalistów, a więc na przykład pracowników socjalnych, pedagogów, kuratorów sądowych lub lekarzy. Rozpoznanie takie jest zwykle częścią spotkania z osobą korzystającą z usługi, dokonywane jest w trakcie całego spotkania.

Przedmiotem szybkiej i krótkiej oceny jest:

- ogólny stan psychofizyczny osoby, z uwzględnieniem okoliczności dotyczących, m.in. stanów nadmiernego pobudzenia/zahamowania, labilności (braku stabilności) emocjonalnej, dezorientacji poznawczej;
- adekwatność i racjonalność komunikatów i zachowania mających związek z kryzysem;
- okoliczności podwyższających ryzyko zaostrzenia się lub nadmiernego wydłużenia się reakcji;
- deklaracje osoby, inne okoliczności związane z relacjonowaniem zdarzeń, które mogą budzić niepokój u osoby interweniującej (np. spójność relacji, chronologia zdarzeń, racjonalność, wyjaśnień).

Ocena dokonywana może być jako:
- inicjacja interwencji (inicjalna);
- kontynuacja procesu oceny w trakcie interwencji (permanentna).

3.2.2 Pogłębiona psychologicznie diagnoza

Pogłębiona psychologicznie ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej, to podejmowanie specjalistycznych, psychologicznych czynności pozwalających rozpoznać indywidualną reakcję kryzysową, jej uwarunkowania oraz prognozować jej następstwa.

„Szybka, czujna, dynamiczna ocena poziomu załamania stanu równowagi emocjonalnej klienta w kryzysie staje się głównym drogowskazem dla osób podejmujących interwencję, dyktuje im kolejne kroki pomocowego działania".[9]

Pogłębiona psychologicznie ocena stanu, w jakim znajduje się osoba w kryzysie, powinna uwzględniać:

- rodzaj doświadczenia urazowego,
- natężenie czynników składających się na uraz,
- prognozę dotyczącą dalszych konsekwencji; ma ona fundamentalne znaczenie, determinujące skuteczność działań.

[9] *D. Kubacka - Jasiecka, op. cit.*

Psychologiczna ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej cechuje się:

- ścisłym powiązaniem z konkretnymi działaniami interwencyjnymi;
- jest dokonywana szybko, a jej przedmiotem są wyłącznie aktualne zagrożenia związane z sytuacją osoby pokrzywdzonej;
- uwzględnia wcześniejsze sposoby radzenia sobie z problemami i stosowane wówczas środki przystosowawcze;
- odbywa się we współpracy z klientem, przy jego aprobacie.

Rezultatem szybkiego i krótkiego rozpoznania są wnioski dotyczące najpilniejszych działań do podjęcia. Dla doraźnego określenia potencjalnego zagrożenia interwencja kryzysowa posługuje się zapożyczonym z ratownictwa terminem „triage" (*trier* - franc.: sortować, odsiewać, rozdzielać). „Triage" służy ocenie priorytetów w leczeniu, na podstawie stanu chorych, a więc dostosowaniu strategii postępowania z osobą w kryzysie do jej stanu zdrowia. W interwencji kryzysowej ocenie podlega zarówno kondycja emocjonalna, jak i inne okoliczności, np. sytuacja rodzinna, materialna – ogólnie dostępność zasobów pomocy i wsparcia. Wnioski z „triage" służą ustaleniu aktualnego stanu osoby, na kontinuum: od niewymagającej natychmiastowej pomocy, przez różne stany pośrednie, do natychmiastowej akcji związanej z ostrymi stanami i zagrożeniami (przez analogię do segregacji poszkodowanych dokonywanej przez ratowników medycznych, gdzie ustala się priorytety czynności ratunkowych lub kolejności transportu). Ocena tego typu w interwencji kryzysowej nie różnicuje subtelnych stanów emocjonalnych, nie uwzględnia wielu zmiennych psychologicznych, stąd w ewentualnym, dalszym postępowaniu musi zostać pogłębiona ukierunkowaną diagnozą indywidualną.

Przedmiotem oceny w interwencji kryzysowej jest w pierwszym rzędzie adekwatność reakcji na zdarzenie krytyczne. Reakcje na krytyczne doświadczenie ulegają przekształceniom, patologizacji, co jest efektem ubocznym wysiłków adaptacyjnych wskutek tego reakcja na nowe zdarzenia krytyczne zauważalnie odbiega od normy lub wcześniejszych schematów reagowania. Dotyczy to zarówno reakcji osoby na zdarzenia, jak i sposobu reagowania rodziny lub grupy połączonej kryzysem na jego atrybuty.

Trzema obszarami podlegającymi ocenie (stąd określenie: „trójwymiarowy model oceny kryzysu" TAF) są:

- natężenie zaburzeń emocjonalnych;
- natężenie zaburzeń behawioralnych;
- natężenie zaburzeń poznawczych.

Mimo, że w znanych opracowaniach[10] dot. interwencji kryzysowej dowodzi się, że narzędzie TAF jest na tyle proste, że może być stosowane przez osoby bez gruntownego przygotowania psychologicznego, pozostajemy w przekonaniu, że ocena natężenia zaburzeń wymaga jednak refleksji psychologicznej, a więc i takiego zawodowego przygotowania.

[10] *J. Gilliland, op. cit.*

3.2.3 Doraźne wsparcie psychologiczne

Doraźne wsparcie psychologiczne w interwencji kryzysowej to stosowanie różnych, krótkoterminowych i natychmiastowych form o charakterze pierwszej pomocy psychologicznej, bez konieczności poprzedzania ich pogłębioną diagnozą psychologiczną oraz planowania innych działań. W sytuacjach uzasadnionych szczególnymi okolicznościami, pomoc w formie doraźnego wspierania udzielana jest na miejscu zdarzeń krytycznych.

Narzędzia oddziaływań psychologicznych mających zastosowanie w interwencji kryzysowej zależne są wyłącznie od umiejętności i osobistych preferencji interwenta, podobnie jak w warsztacie rzemieślnika: tylko on decyduje, przy pomocy jakich instrumentów podejmie się wykonania zamówionego dzieła. Ważne jest, aby „korzystający z usługi" był usatysfakcjonowany. Wskazać można jedynie, że z uwagi na cechy definiujące interwencję, m.in. krótkoterminowość, prostotę, natychmiastowość (patrz: zasady usługi) rekomendowane działania wywodzą się z nurtu tzw. pierwszej pomocy psychologicznej oraz innych form pomocy reprezentujących nurt skoncentrowany na rozwiązaniach.

Pierwsza pomoc psychologiczna to nurt działań rozwijających się od połowy lat 80-tych, który zakłada, że pewne proste formy pomocy psychologicznej nie muszą być zarezerwowane dla psychologów, podobnie, jak pierwsza pomoc medyczna nie jest domeną lekarzy medycyny. Pierwsza pomoc w tym zakresie (*Psychological First Aid,* PFA) to: zestaw umiejętności służących ograniczeniu do minimum negatywnych reakcji i stresu towarzyszących zdarzeniom traumatycznym. Na pierwszą pomoc psychologiczną składają się: kontakt i zaangażowanie, zapewnienie bezpieczeństwa, stabilizacja poszkodowanych, zebranie informacji o potrzebach i obawach, praktyczne towarzyszenie, wykorzystanie zasobów, informowanie o innych źródłach wsparcia i pomocy.

Poniżej dla przykładu podstawowe założenia jednego z popularnych, nie tylko w Polsce narzędzi tego nurtu: Brief Solution Focused Therapy (pol. Krótkoterminowe Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach)[11]:

- uznanie nieuchronności zmiany („Nic nie zdarza się na zawsze");
- szukanie rozwiązań zamiast przyczyn problemów;
- akcentowanie zdrowia psychicznego – zdrowe wzory (wychodzenia z kryzysu) już istnieją, ale nie są uświadomione, skoncentrowanie na sukcesach w radzeniu sobie z problemami, podkreślanie mocnych stron klientów („Jeśli coś działa, rób tego więcej");
- teoretyczna i nienormatywna postawa zorientowana na jednostkę, opinie klientów przyjmuje się bez wartościowania („Jeśli się nie zepsuło, nie naprawiaj");
- prostota i oszczędność, postępowanie od rzeczy najprostszych do najtrudniejszych („Jeśli coś nie działa, zrób coś innego");
- zorientowanie na teraźniejszość i na przyszłość, poprawa aktualnej i przyszłej sytuacji klientów zyskuje pierwszeństwo nad korygowaniem przeszłości;
- każdy klient jest wystarczająco zmotywowany do pracy nad wyodrębnionymi przez siebie celami.

[11] *I. K. Berg., S. D. Miller, Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu, Łódź 2000; K. Sarzała (oprac.), niepublikowany wykład (2011), inne określenia, z jakimi można spotkać się w Polsce, to: Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach, szerzej traktowane, jako podejście, określane jest jako Solution Approach.*

Charakterystyka krótkoterminowych form pomocy psychologicznej (w tym interwencji kryzysowej):

- We wczesnych formach terapii długoterminowej problemy pacjenta łączono przedewszystkim z patologią jego osobowości, w krótkoterminowych – klient jest spostrzegany jako zasadniczo zdrowy psychicznie, a pomoc prowadzi do zmian osobistych lub w jego otoczeniu;
- Podejście krótkoterminowe jest najbardziej skuteczne, gdy stosuje się je w krytycznych okresach życiowych, zaś długoterminowe może obejmować okresy dłuższe lub niekryzysowe;
- Cele terapii krótkoterminowej są ustalane wspólnie z klientem, w długoterminowej najpierw terapeuta rozpoznaje problemy i ustanawia cele, a potem dzieli się swymi spostrzeżeniami z klientem;
- Cele te w terapii krótkoterminowej są formułowane bardzo konkretnie i dotyczą realności życia klienta, a nacisk na osiągnięcie wglądu jest niewielki. W podejściu długoterminowym cele odnoszą się do rzeczywistości sesji terapeutycznej i uzyskania wglądu przez pacjenta;
- Terapeuta krótkoterminowy, w przeciwieństwie do długoterminowego, jest spostrzegany jako aktywny i dyrektywny;
- W podejściu krótkoterminowym termin zakończenia leczenia omawia się od początku spotkań, natomiast w długoterminowym ustalenie zakończenia nie jest zasadniczą kwestią.

Zasady te stały się kanwą dla – z natury krótkotrwałej – interwencji kryzysowej.[12]

Z zagadnieniem doraźnego wsparcia psychologicznego związane są techniki odreagowania psychologicznego: *debriefing* i *defusing*, najczęściej właśnie z interwencją kryzysową utożsamiane. Pomoc w tej formie może mieć częste zastosowanie, tak w odniesieniu do osób korzystających z usługi, jak i do osób zaangażowanych w działania interwencyjne, np. uczestniczących w akcji ratunkowej policjantów, strażaków, psychologów.

Debriefing można określić, jako grupowe spotkanie zorganizowane w celu umożliwienia poszkodowanym zintegrowania głębokich osobistych doświadczeń, zarówno na poziomie poznawczym, emocjonalnym jak i grupowym w celu zapobiegania powstawaniu negatywnych konsekwencji.[13]

Critical Incident Stress Debriefing (CISD)[14] – czyli rekonstrukcja związana z urazowym wydarzeniem, to ustrukturowane spotkanie mające na celu zrozumienie silnych emocji i pokierowanie nimi, opanowanie skutecznych strategii radzenia sobie i uzyskiwania wsparcia od współpracowników. Metoda ta uchodzi za wielce skuteczną i często stosuje się ja w fazie początkowej i fazie podsumowującej akcji ratowniczej. Rekonstrukcja składa się z ośmiu kroków: przygotowania, wprowadzenia, fazy faktów, fazy myśli, fazy reakcji, fazy objawów, fazy uczenia się i fazy podsumowującej. W związku z poważną krytyką, jaka miała miejsce w latach 90-tych XX wieku, m.in. na łamach prestiżowego brytyjskiego czasopisma „The Lancet", w której zakwestionowano skuteczność metody, obecnie zaleca się rozszerzenie działań na

[12] *S. F. Dziegelewski, za: J. Piątek, Radzenie sobie z kryzysem po interwencji kryzysowej, Kraków 2007.*
[13] *A. Dyregrov, Psychological Debriefing - An effective method? w: „Traumatology", nr 4, Florida State University 1998.*
[14] *J. T. Mitchell, Critical Incident Stress Debriefing: An operational manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services, Ellicott City 2000.*

fazę prewencji, fazę działania w krytycznych momentach oraz fazę „po akcji", całość określając mianem Critical Incident Stress Menegment (CISM).

Fazy debriefingu

1. Przygotowanie
Spotkanie wymaga starannego przygotowania. W czasie rozmów z przełożonym ustala się dokładnie okoliczności spotkania i zbiera informacje o charakterze akcji i zadaniach poszczególnych uczestników. Ponieważ ważny jest aktywny udział uczestników, podejmuje się starania by grupa liczyła około 10 osób. Zdarza się jednak, że grupa liczy nawet trzydzieści osób – wtedy zakłada się, że nawet milczące uczestnictwo pozwala odnieść korzyści płynące z poznania doświadczeń kolegów i zapoznania się ze sposobami radzenia sobie ze stresem. Zasadniczo spotkania takie powinny mieć miejsce po każdej szczególnie obciążającej akcji – często jednak z braku czasu organizuje się tylko jedno, zamykające spotkanie. W spotkaniu uczestniczy co najmniej dwóch dobrze przygotowanych prowadzących. Ważne jest zachowanie spokoju, odizolowanie.

2. Wprowadzenie
Prowadzący przedstawiają się, opisując krótko swoje doświadczenia związane z pracą w sytuacji katastrof. Wyjaśniają, iż spotkanie z pewnością nie powinno być krytyką uczestników, instytucji, akcji czy też sprawdzaniem, w jaki sposób uczestnicy wywiązali się ze swoich powinności. Dodają, że spotkanie stanowi okazję do porozmawiania o swoich wrażeniach dotyczących ostatnich przeżyć, do zdobycia wiedzy o reakcjach na stres i sposobach radzenia sobie z nim, co nie jest równoznaczne z psychoterapią. Zapewnia się dyskrecję, jednocześnie zobowiązując grupę do zachowania tajemnicy odnośnie treści relacji kolegów. Objaśniane są reguły: a) zachęta, ale nie przymuszanie do czynnego udziału; b) określony czas spotkania (zazwyczaj około 2-3 godzin); c) zobowiązanie wszystkich do pozostania do końca spotkania; d) zakaz robienia notatek. Zachęca się uczestników do uwag, komentarzy i zadawania pytań, a następnie prosi o przedstawienie się.

3. Faza faktów
Uczestnicy zachęcani są do opisania ze swojego własnego punktu widzenia: co się wydarzyło, gdzie byli, co odczuwali (dźwięki, dotyk, temperatura, zapachy, widoki).

4. Faza myśli
Prosi się uczestników, by opisali swoje reakcje poznawcze i myśli w obliczu opisanych doświadczeń. Często obserwuje się rozziew pomiędzy tym, co odczuwano a co zostało przemyślane, zapamiętane. Prosi się uczestników o koncentrowanie się na dominujących myślach pytając np. „czy jest coś, o czym myślisz bez przerwy?". Można odwoływać się do innych uczestników pytając, czy mieli podobne myśli. Celem takich porównań jest normalizacja wspólnych reakcji poznawczych.

5. Faza reakcji
Uczestnicy proszeni są o opisanie swych uczuć w czasie akcji. Prowadzący dopytują się czy inni mieli podobne uczucia. Podobnie jak w przypadku myśli chodzi tu o normalizację wspólnych uczuć.

6. Faza objawów
Etap opisania reakcji na stres uczestników – takich, jakie odczuwali w czasie akcji i jakie odczuwają obecnie. Pomoc uczestnikom w nazwaniu różnych form reakcji na stres, jednocześnie wystrzegając się terminologii, która definiowałaby te reakcje, jako zjawiska patologiczne.

7. Faza uczenia się
Uczenie się trwa przez cały czas spotkania, podczas którego uczestnicy coraz więcej dowiadują się o reakcjach na stres. Ponieważ często uczestnicy wiedzą wiele o stresie z poprzednich spotkań i szkoleń, prowadzący musi ocenić co wiedzą a czego nie wiedzą i upewnić się, że ich przekonania na temat reakcji na stres i radzenia sobie ze stresem odpowiadają prawdzie. Wiedza, którą powinno się przekazać (lub upewnić się, że jest opanowana) dotyczy stresu urazowego, powszechnych reakcji na stres, czynników wpływających na reakcję na uraz oraz radzenia sobie ze stresem i dbałości o siebie samego.

8. Faza zamykająca służy przedyskutowaniu niedokończonych zagadnień, omówieniu reakcji na spotkanie. Zazwyczaj w jakiś czas po przeprowadzeniu spotkania przeprowadza się ocenę jego skuteczności, analizując między innymi czy i jak zmieniły się sposoby radzenia sobie ze stresem w sytuacji zagrożeń.

Defusing /rozbrojenie/ – szybkie dostarczenie psychologicznego wsparcia członkom ekip ratowniczych, już na miejscu zdarzenia lub podczas akcji, może zredukować jego niszczącą siłę i zmniejszyć potencjał rozwoju zaburzeń pourazowych. Krótka technika pomocy, która może być stosowana jeszcze podczas akcji (np. w trakcie przerw). Zakłada się, że człowiek pod wpływem stresu i skrajnych emocji związanych z udziałem w akcji jest jak „chodzący ładunek wybuchowy" [15], który należy niezwłocznie rozbroić. Często jest też zdezorientowany, oszołomiony, traci poczucie rzeczywistości. W tej sytuacji każda rozmowa prowadzona we właściwy sposób, przywracająca poczucie realności i pozwalająca dać doraźny upust wypełniającym uczestnika emocjom może być bardzo użyteczna dla przywrócenia jego sprawności działania.

Tzw. „Straszliwa Dziesiątka" zdarzeń krytycznych – rekomendacja do debriefingu[16]:

1. śmierć na służbie;
2. samobójstwo kolegi;
3. poważne obrażenia podczas służby;
4. zdarzenie: katastrofa / akt terroryzmu z wieloma ofiarami;
5. zdarzenie o dużym stopniu zagrożenia dla ratowników;
6. poważne wypadki dotyczące dzieci;
7. zdarzenia, w których ofiary są znajomymi ratowników;
8. zdarzenia otoczone intensywnym zainteresowaniem mediów;
9. zdarzenia przedłużające się w czasie i z negatywnym rozwiązaniem;
10. każde znaczące, o dużej sile, wstrząsające i powodujące cierpienie zdarzenie.

[15] *Tamże.*
[16] *Wg amerykańskich organizacji zajmujących się ratownictwem, za: Witold Pilunas, OIK Kraków.*

3.2.4 Doraźne wsparcie socjalne

Doraźne wsparcie socjalne w interwencji kryzysowej to podejmowanie podstawowych działań związanych z zaspokojeniem najpilniejszych potrzeb biologicznych, ekonomicznych, społecznych osoby w kryzysie, jeżeli to możliwe we współdziałaniu z pracownikami socjalnymi prowadzącymi pracę socjalną oraz postępowania administracyjne w sprawie świadczeń.

Ważną formą działania w interwencji kryzysowej jest uzyskanie pomocy w zaspokajaniu potrzeb materialnych, co oczywiście ma wpływ na kondycję psychiczną osób korzystających z usługi. Sytuacja materialna (finansowa, dostęp do żywności, posiadanie miejsca do mieszkania, dostęp do środków medycznych i opieki medycznej, możliwość komunikowania się, przemieszczania, dostęp do edukacji, możliwość podnoszenia kwalifikacji), to okoliczności, które wpływają zarówno na eskalację czynników wtórnie traumatyzujących (jeśli występują) lub zwiększające zdolność do radzenia sobie z trudnościami, wpływające na poczucie stabilności, bezpieczeństwa (jeśli deficyt).

Wzmacnianie zasobów własnych i otoczenia

Rozpoznanie, wzmacnianie i rozwijanie zasobów osoby i otoczenia w interwencji kryzysowej, to wszelkie niespecyficzne: psychologiczne, pedagogiczne, prawne, socjalne i inne – działania zmierzające do inicjowania i aktywizowania czynników ułatwiających osiągnięcie celów interwencji kryzysowej.

Pojęcie zasobów jest jednym z kluczowych terminów w interwencji kryzysowej. Zasobem osobistym może stać się cokolwiek (materia, energia, informacja), o ile zostanie wykorzystane przez jednostkę do zaspokojenia jej doraźnych potrzeb lub realizacji jej (długoterminowych) celów. Według teorii zachowania zasobów Hobfolla[17] ogólnym celem aktywności ludzkiej jest uzyskiwanie, utrzymanie i ochrona zasobów. Zasoby, odpowiednio rozpoznane, wzmacnianie i rozwijane, stanowią o zaistnieniu odpowiednich warunków radzenia sobie nie tylko na co dzień, ale także w sytuacjach krytycznych. Zasoby wpływają na poziom samooceny, poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, optymizm, przekonanie o sprawowaniu osobistej kontroli, osobistą odporność.

Rodzaje zasobów:
- przedmioty (niezbędne narzędzia do pracy);
- warunki (unormowany, niestresujący porządek dnia);
- zasoby osobiste (poczucie sprawowania kontroli nad własnym życiem);
- zasoby energetyczne (pieniądze, związki, relacje).

[17] *E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudka (red.), Teoria zachowania zasobów Stevena E. Hobfolla. Polskie doświadczenia, Łódź 2012.*

Metody wzmacniania zasobów:

Wsparcie emocjonalne, polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, będących przejawem troski i pozytywnego ustosunkowania do osoby wspieranej. Zachowania wspierające mają też na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższania samooceny. Osoby cierpiące mogą dzięki wsparciu emocjonalnemu uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje lęki, obawy, smutek. Wpływa to nie tylko na poprawę samooceny osoby wspieranej, ale również na jej samopoczucie. Odpowiednie zachowanie osoby wspierającej wyzwala także poczucie nadziei. Takie wsparcie upewnia nas, że jesteśmy kochani i że komuś na nas zależy („są na świecie ludzie, którzy mnie kochają"). Ten rodzaj wsparcia najpowszechniej występuje w sytuacjach trudnych.

Wsparcie informacyjne to wymiana i udzielanie informacji oraz dawanie rad, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, własnego położenia życiowego i problemów. Chodzi tu także o dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych oraz dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne problemy, co ma miejsce na przykład w grupach samopomocy (np. Anonimowych Alkoholików). Wsparcie informacyjne odpowiada na potrzebę rozumienia sensu krytycznych wydarzeń i ich przyczyn. Tego rodzaju wsparcia udzielają nam najczęściej osoby, z którymi łączą nas kontakty towarzyskie. Istnienie osób (znajomych), z którymi można razem spędzać czas jest również formą wsparcia.

Wsparcie instrumentalne polega na udzielaniu bezpośredniej pomocy w formie pożyczek, darów lub usług. Jest to także przekazywanie informacji o konkretnych sposobach postępowania oraz forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych. Formą takiego wsparcia może być na przykład działanie na rzecz osób potrzebujących: karmienie, udostępnianie schronienia, mieszkania, przekazywanie środków do życia, zaopatrzenie w lekarstwa i środki lecznicze. Ten typ wsparcia, podobnie jak wsparcie informacyjne, jest najbardziej oczekiwany i potrzebny w sytuacjach katastrof, klęsk żywiołowych itp.

Wsparcie duchowe związane jest ze szczególnie krytycznymi sytuacjami życiowymi (nieuleczalna choroba, stany terminalne). Dotyczy opieki hospicyjnej, w której pomoc wobec cierpienia i bólu duchowego, związanego z sensem życia i śmierci, wymaga odniesienia się właśnie do sfery sensu życia i ducha.

Poczucie koherencji[18]

Poczucie koherencji związane jest z jedną z najbardziej popularnych w psychologii zdrowia koncepcji autorstwa Aarona Antonovskiego. Według Antonovskiego to właśnie wysoki poziom poczucia koherencji umożliwia osobom zachowanie równowagi, mimo przeżywania czasem nawet skrajnych doświadczeń życiowych (badania nad ofiarami Holocaustu). Poczucie koherencji zdefiniowane zostało jako specyficzna, względnie trwała właściwość, ogólna orientacja „wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego

[18] *Fragment artykułu J. Chodkiewicza, Zmagając się ze światem. Znaczenie zasobów osobistych, za: http://www.psychologia.net.pl/ (stan na 31.12.2013)*

można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek" (Antonovsky, 1995). Poczucie to składa się z trzech części:

1. Poczucia zrozumiałości – zakresu, w jakim człowiek odbiera napotykane bodźce jako posiadające sens poznawczy, jako uporządkowaną, spójną i jasną informację, która w związku z tym jest przewidywalna;
2. Poczucia zaradności – zakresu, w jakim ludzie postrzegają posiadanie przez siebie odpowiednie środki do sprostania wymaganiom stawianym przez bodźce. Dostępne środki dotyczą zarówno tych, które są pod bezpośrednią kontrolą jednostki, jak i tych, które są kontrolowane przez innych, na których człowiek może liczyć;
3. Poczucia sensowności – przekonania jednostki, że warto angażować się w daną sytuację, że warto o coś walczyć i że wymagania stawiane przez życie są raczej pożądanymi wyzwaniami niż zbędnymi obciążeniami.

Wymienione części składowe są ze sobą istotnie powiązane, jednak spośród nich najważniejszą rolę przypisuje się poczuciu sensowności. Można by nazwać je (w dużym uproszczeniu) poczuciem sensu życia, przekonaniem, że jest o co walczyć, dla kogo żyć. Zmienna ta motywuje do podejmowania aktywności i wytrwałości w dążeniu do celów, pomimo przeszkód.

3.2.5 Poradnictwo specjalistyczne

Poradnictwo specjalistyczne w interwencji kryzysowej, to udzielanie skonkretyzowanych informacji, m.in. z dziedziny prawa, medycyny, psychologii, pomocy społecznej, mających zastosowanie w sytuacjach związanych z kryzysem lub możliwością jego wystąpienia.

Interwencja kryzysowa wiąże się z odpowiedzialnym, świadomym korzystaniem z wiedzy i umiejętności osób pomagających. Niezbędna jest w wielu przypadkach pomoc specjalistyczna: prawna, medyczna, z dziedziny seksuologii, gerontologii, pediatrii, psychiatrii i wielu innych. Rolą interwenta jest wówczas zorganizowanie dostępu do wykwalifikowanych specjalistów, skoordynowanie pomocy, czasem zorganizowanie wspólnej pracy nad zdarzeniem metodą „zespołu interdyscyplinarnego". W miarę możliwości warto zorganizować w instytucji interwencji kryzysowej stałe formy współpracy z udzielającymi porad, np. prawnikami (radcami prawnymi, adwokatami, prokuratorami – po uzyskaniu zgody ich przełożonych) lub lekarzem psychiatrą. Wiele ośrodków współpracuje ze specjalistami o dużym doświadczeniu zawodowym, którzy podejmują się udzielania pomocy „pro bono" tj. nieodpłatnie, w szczególności korzystając z pomocy organizacji społecznych, co nie naraża tych osób na konieczność opłacania podatku dochodowego z tytułu udzielania świadczeń (bez dochodu).

3.2.6 Psychoedukacja

Psychoedukacja w interwencji kryzysowej to podejmowanie czynności edukacyjnych odwołujących się do osobistych doświadczeń i przeżyć uczestnika, mających na celu m.in.: lepsze zrozumienie sytuacji krytycznej, zwiększenie zasobów własnych, pomoc w korzystaniu z zasobów zewnętrznych, poznanie sposobów radzenia sobie z trudnościami.

Psychoedukacja jest ważnym elementem interwencji kryzysowej, w swej rozszerzonej formie obejmuje również uczenie rodziny osoby w kryzysie pewnych umiejętności,

sprzyjających jej powrotowi do równowagi i zdrowia. Działanie wykonywane jest przez personel interwencji kryzysowej w trakcie rutynowych spotkań z osobą. Może odbywać się w formie indywidualnych lub grupowych sesji.

3.2.7 Doraźne schronienie

Doraźne schronienie w interwencji kryzysowej, to udostępnianie miejsc pobytu, w których, w czasie do 8 godzin, bez konieczności spełniania dodatkowych wymogów formalnych, przebywać mogą osoby korzystające z usługi w celu zapewnienia im bezpieczeństwa i odpoczynku, z jednoczesną możliwością zaplanowania, przygotowania i podjęcia pozostałych działań interwencyjnych lub ułatwienia realizacji innych form pomocy.

Ta forma pomocy w interwencji kryzysowej może być samodzielnym świadczeniem lub pełnić rolę preludium do dalszego działania. Polega na udostępnieniu chwilowego schronienia w pomieszczeniach ośrodka (punktu) lub w innym dostępnym miejscu, zazwyczaj bezpośrednio po zgłoszeniu się osoby w kryzysie do instytucji. W krytycznych momentach, pierwsza pomoc polega na zapewnieniu elementarnego choćby bezpieczeństwa, stworzeniu warunków do ustabilizowania sytuacji (pod każdym względem), odzyskania wpływu na bieg zdarzeń. W związku z tym, udzielenie doraźnego, na kilka godzin schronienia, odcięcie od zbędnych stresorów, czyli czynników traumatyzujących (dźwięki, zapachy, obrazy kojarzone ze zdarzeniem), możliwość odpoczynku, dostęp do gorących napoi, żywności (np. suchego prowiantu), podstawowych środków higieny – jest już formą pomocy psychologicznej!

3.2.8 Tymczasowe schronienie

Tymczasowe schronienie w interwencji kryzysowej, to udostępnienie w instytucji interwencji kryzysowej miejsca czasowego pobytu na okres do 3 miesięcy, w celu ustabilizowania sytuacji osoby korzystającej z usługi i zapewnienia jej warunków umożliwiających podjęcie innych form pomocy.

Udzielanie tymczasowego schronienia wymaga dysponowania miejscami hostelowymi, najlepiej w ramach zasobów własnych ośrodka interwencji kryzysowej. Wykorzystywanie miejsc w zasobach innych instytucji (miejsca noclegowe w internatach, schroniskach, domach pomocy społecznej, mieszkania chronione, inne) jest możliwe, ale trzeba liczyć się z faktem, że pewne istotne funkcje schronienia nie będą mogły być właściwie realizowane. Najistotniejszym mankamentem takiego zastępczego rozwiązania jest ograniczony kontakt interwentów z osobą w kryzysie. Tymczasowe schronienie, to klasyczne dla interwencji kryzysowej działanie, polegające nie tylko na udostępnianiu miejsca do mieszkania przez krótki okres czasu, ale łączenie schronienia, równocześnie z innymi interwencyjnymi funkcjami.

Przykłady nowych możliwości oddziaływania wynikających z udzielenia tymczasowego schronienia:

- ochrona przed działaniem czynników (wrażenia zmysłowe, doświadczenia, osoby) zaostrzających lub wydłużających reakcje kryzysowe;
- wnikliwsze rozpoznanie, ocena zagrożeń;
- długotrwała obserwacja stanu funkcjonowania osoby korzystającej z usługi, możliwa także w sytuacjach „poza gabinetem”;
- stałe lub regularne monitorowanie stanów psycho-fizycznych osoby, jej reakcji na kry-

zys, sposobów radzenia sobie z konsekwencjami kryzysu;
- intensywniejsze niż w warunkach ambulatoryjnych udzielanie różnych form pomocy psychologicznej (doraźnej, z elementami terapii kryzysu), porad;
- narzucenie rygoru stosowania się do zasad związanych ze zdrowym trybem życia, regularnością różnych czynności codziennych, stosowania rytuałów leczniczych – ważnych z punktu widzenia przywracania równowagi po kryzysie;
- inicjowanie budowania relacji społecznych służących długotrwałemu wsparciu osoby, np. powstających pomiędzy mieszkańcami części hostelowej ośrodka.

Udzielanie tymczasowego schronienia wiąże się z koniecznością stworzenia szeregu procedur, dokumentów, regulaminów, które powinny być znane i przestrzegane.

Przykładowe regulacje związane z prowadzeniem części hostelowej ośrodka:
- procedury przyjęcia do hostelu (dla kadry ośrodka);
- procedury dot. pobytu osób małoletnich, niesamodzielnych, wymagających opieki medycznej;
- procedury dot. pobytu osób z rozpoznanymi zamiarami samobójczymi;
- regulamin pobytu (dla mieszkańców);
- kontrakt zawierany z osobą korzystającą z hostelu (dla mieszkańców);
- procedury obchodów i monitorowania hostelu (dla kadry ośrodka);
- procedury na wypadek zagrożeń (pożarowe, związane z nieuprawnionym wejściem, nachodzeniem mieszkańców, związane z przypadkami użycia środków odurzających, dewastacją, niestosowaniem się do regulaminu i innych kwestii porządkowych, itp.).

Przykładowa procedura przyjmowania do hostelu[19]

Tryb nr 1 „interwencyjny"
Przyjęcie osoby/rodziny następuje, gdy z przeprowadzenia krótkiego postępowania diagnostycznego wynika, że osoba jest w stanie ostrego lub przewlekłego kryzysu psychicznego, w stanie przejściowego zaburzenia emocjonalnego spowodowanego doświadczeniem urazowym (nierównowagi psychicznej) lub w stanie realnego zagrożenia utraty życia lub zdrowia spowodowanego niedawną, zagrażającą sytuacją w bliskiej relacji rodzinnej lub partnerskiej (np. doświadczenie przemocy w rodzinie). W szczególności:
- zagrożenie ma charakter ostrej reakcji kryzysowej i skutkuje lub może skutkować stanem nierównowagi psychicznej, dekompensacją, innymi destrukcyjnymi konsekwencjami;
- zagrożenie ma charakter fizycznego niebezpieczeństwa narażenia na przemoc fizyczną, ryzyko gwałtu, utraty zdrowia somatycznego, w tym: umiarkowane (uwaga: nie ekstremalnie duże!) ryzyko zamachu samobójczego;
- zagrożenie nie jest skutkiem choroby lub zaburzenia o ostrym przebiegu, wymagającej stałej, specjalistycznej opieki medycznej.

Celem udzielenia schronienia, zgodnie z tym kryterium, jest zapewnienie optymalnych warunków do udzielania skutecznej pomocy, głównie w formie świadczeń psychologicznych adekwatnych do stanu ostrego kryzysu psychicznego, oraz dla podejmowania innych działań (interdyscyplinarnych) związanych z sytuacja kryzysową – w ramach rutynowych działań ośrodka.

[19] *Materiały wewnętrzne Centrum Interwencji Kryzysowej PCK Gdańsk.*

Tryb nr 2 „terapeutyczny"
Przyjęcie osoby/rodziny w kryzysie psychicznym następuje z powodu – przyjętej wcześniej lub dopiero planowanej – strategii rozwiązywania sytuacji kryzysowej klienta (osoby doświadczającej np. przemocy w rodzinie, innych form nadużyć, dyskryminacji, przestępstw przeciw życiu lub zdrowiu). Pobyt w Hostelu ma służyć intensywniejszemu, bardziej skutecznemu działaniu na rzecz klienta, umożliwić np. utrzymywanie stałego lub częstego kontaktu ze specjalistami ośrodka, ułatwić monitorowanie stanu klienta, zachodzących zmian, udział w sesjach edukacyjnych, treningowych, terapeutycznych itp.

Celem udzielania schronienia, zgodnie z tym kryterium, jest stworzenie optymalnych warunków do realizacji przyjętego przez ośrodek planu pomocy, zapewniających największą jego skuteczność.

Tryb nr 3 „współpracy"
Przyjęcie osoby/rodziny w kryzysie jest skutkiem współpracy ośrodka z inną organizacją lub instytucją działającą na rzecz mieszkańców miasta (ośrodek pomocy społecznej, sąd, NGOsy, Zespół Interdyscyplinarny, inne), w sytuacji gdy inny podmiot planuje i realizuje działania na rzecz osoby i rodziny w sytuacji kryzysowej, a dla skutecznego realizowania tej strategii wskazana jest współpraca z ośrodkiem. Warunkiem przyjęcia osoby lub rodziny do Hostelu jest porozumienie stron (ustne lub pisemne) ustalające wzajemny podział zadań w ramach strategii, kwestie odpowiedzialności za jej realizację i inne zasady współpracy i wymiany informacji z naszym ośrodkiem.

Celem udzielania schronienia, zgodnie z tym kryterium, jest stworzenie optymalnych warunków do realizacji strategii zaplanowanej i przyjętej przez inny podmiot działający na rzecz mieszkańców miasta.

Tryb nr 4 „ratunkowy"
Przyjęcie osoby/rodziny w kryzysie jest skutkiem nieodległego w czasie (nie wcześniej niż 24 – 48h od zgłoszenia) zdarzenia skutkującego tzw. kryzysem środowiskowym (wypadek, katastrofa, klęska, zamach terrorystyczny, inne). Pobyt w Hostelu jest formą doraźnej pomocy osobom w bardzo trudnej sytuacji życiowej, związanej np. z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb bytowych, koniecznością odseparowania od czynników grożących wtórną traumatyzacją, koniecznością znalezienia czasu na podjęcie innych decyzji, działań przez odpowiednie służby miejskie. Pobyt w Hostelu zgodnie z tym kryterium przyjęcia nie może trwać dłużej niż 7 dni. Dalszy pobyt w Hostelu może mieć miejsce w okolicznościach wskazujących na możliwość zastosowania innych kryteriów niniejszej instrukcji.

Przyjęcie następuje bez konieczności weryfikowania innych okoliczności (np. obecność symptomów kryzysu psychicznego, miejsce zamieszkania, dostęp do środków niezbędnych do utrzymania, stan zdrowia), ale w porozumieniu z instytucją miejską lub służbą zajmującą się działaniem w sytuacji kryzysowej (straż, urząd, OPS, inne). W miarę możliwości – osobom poszkodowanym udziela się miejsca w wolnych pokojach Hostelu lub organizuje doraźne miejsca w innych pomieszczeniach ośrodka. Dalsze postępowanie i decyzje, co do pozostania w Hostelu podejmowane są niezwłocznie po zakończeniu działań ratunkowych, np. następnego dnia od przyjęcia.

Udzielenie schronienia w trybie „ratunkowym", wymaga skonsultowania zdarzenia przez dyżurującego, np. telefonicznie z wyznaczonymi pracownikami lub kierownikiem ośrodka. Dyżurujący może odmówić przyjęcia do Hostelu osoby znajdującej się w sytuacji opisanej w tym „trybie", w sytuacji, gdy zachodzą inne okoliczności uniemożliwiające pobyt, np. brak miejsca, względy sanitarne lub związane z bezpieczeństwem mieszkańców Hostelu.

3.2.9 Działania post-interwencyjne i z elementami psychoterapii

Działania post-kryzysowe z elementami psychoterapii w interwencji kryzysowej, to wykorzystanie złożonych, ograniczonych w czasie do maksimum 12 miesięcy, specjalistycznych działań i procedur psychologicznych, których celem jest łagodzenie ostrych lub przewlekłych zaburzeń będących skutkiem kryzysu i pomoc w osiągnięciu stanu umożliwiającego samodzielne radzenie sobie lub korzystanie z innych form pomocy.

Zagadnienie rozszerzonych o elementy psychoterapii, terapii kryzysu działań wykracza poza ramy niniejszej publikacji. Ten rodzaj działania jest ważnym elementem interwencji, zwłaszcza w przypadku rozpoznania lub przewidywania ostrego lub przewlekłego, a czasem znacznie odroczonego przebiegu reakcji kryzysowej. Zarówno rozpoznanie, jak i podjęcie działań zaradczych jest domeną osób z wykształceniem psychologicznym uzupełnionym o kwalifikacje w zakresie psychoterapii.

Permanentna ocena zagrożeń, połączona z monitorowaniem stanu osoby korzystającej z usługi wymaga czasem objęcia osoby złożonymi procedurami pomocy psychologicznej. Terapia jednak wymaga stabilnego stanu osoby, poczucia bezpieczeństwa, względnej równowagi, co jest zwykle niełatwe w perspektywie pomocy doraźnej.

Psychoterapia nie ma prostej, satysfakcjonującej definicji, ale pozwalamy sobie przytoczyć jedną, która zawiera wiele elementów niebudzących zbędnej dyskusji: *„działania podejmowane wobec odbiorcy przeżywającego jakiś rodzaj zaburzenia zdrowia, dysfunkcji zachowania lub samopoczucia; a) zmierzające do usunięcia objawu, zaburzenia i osiągnięcia akceptowanego przez osobę stanu komfortu lub zdrowia; b) dotyczące poprawy stanu fizycznego lub psychicznego osoby indywidualnej".*[20]

Warto rozważyć posiadanie w ofercie ośrodka interwencji kryzysowej zasobów kadrowych, ewentualnie podjęcie współpracy z innymi podmiotami, której mogą zapewnić serwis psychoterapeutyczny wykraczający poza skromne limity świadczeń w tym zakresie finansowanych ze środków opieki zdrowotnej, pamiętając jednakże, że nie jest to główne, ani też najpilniejsze zadanie instytucji interwencji kryzysowej.

[20] *Za: J. Lelonkiewicz, materiały niepublikowane przygotowane dla Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy przy PARPA.*

3.3 Porządek działań (sekwencja)

To, co wyróżnia usługę spośród szeregu innych form pomocy, to porządek poszczególnych czynności, który ma za zadanie uwzględnić kwestie bezpieczeństwa osób w kryzysie, w powiązaniu z tym, co wiemy na temat przebiegu reakcji kryzysowej.

Przebieg poszczególnych działań zależny jest od okoliczności niezależnych od interwenta, ale też między innymi wybranego trybu działania.

Tryby działań w interwencji:

Interwencje w trybie ratunkowym – prowadzone w sytuacji konieczności podjęcia akcji interwencyjnej natychmiast po przyjęciu zgłoszenia sygnalizującego wystąpienie zagrożenia zdrowia lub życia. Charakteryzują się krótką, szybką i maksymalnie uproszczoną oceną stanu zagrożenia, bez analizowania subtelności emocjonalnych stanu osoby kryzysie i natychmiastowym podjęciem decyzji, co do pierwszych kroków pomocy. Ta forma interwencji nie wyklucza możliwości kontynuowania innych działań interwencyjnych lub terapeutycznych po ustabilizowaniu sytuacji. W praktyce warto pamiętać, że pośpiech jest złym doradcą.
W większości przypadków interwent może sobie pozwolić na konsultację z partnerem na dyżurze, kontakt z innymi placówkami, weryfikację faktów u pracownika socjalnego lub na policji albo dając sobie – zwyczajnie – czas na zastanowienie.

Przykład: zgłoszenie dotyczące wcześniejszych samookaleczeń i aktualnie podjętej próby samobójczej nastoletniej osoby. Interwencja kryzysowa realizowana jest w jej miejscu zamieszkania (bursa szkolna), polega na niezwłocznie zorganizowanym spotkaniu z zespołem wychowawców bursy, krótkiej sesji z osobą w kryzysie, podczas której dokonano krótkiej, selekcyjnej oceny zagrożenia na trójstopniowej skali (triage), w efekcie, po uzgodnieniu strategii z zespołem wychowawczym bursy zdecydowano o spowodowaniu hospitalizacji i objęcia osoby opieką medyczną. W dalszej kolejności, ustalono strategię działania wychowawców podczas pobytu osoby w szpitalu i w związku z przyszłym bezpiecznym powrotem do bursy.

Interwencja jednej sesji – specyficzna, charakterystyczna dla interwencji kryzysowej forma pomocy. Zakłada, że spotkanie interwenta z osobą w kryzysie może (choć nie musi) być pierwszą, a zarazem ostatnią okazją do udzielenia niezbędnej pomocy. Jest typowa dla interwencji kryzysowych realizowanych w instytucjach interwencji kryzysowej, a także w trakcie akcji ratunkowych związanych ze zdarzeniami krytycznymi, takimi jak katastrofy, wypadki, udzielanie pomocy ofiarom lub świadkom brutalnych przestępstw i podobnych. Wszystkie te zdarzenia łączy fakt, że nie ma żadnej pewności, że w przyszłości ponownie będzie okazja do udzielenia podstawowej, najprostszej pomocy, trzeba więc wykorzystać czas i możliwości, jakie kryją się w jednym, ograniczonym w czasie spotkaniu. Interwencja jednej sesji to metoda polegająca na skrupulatnym zarządzaniu czasem sesji tak, aby w czasie jednego spotkania zawrzeć wszystkie, najbardziej niezbędne elementy doraźnej pomocy.

Przykład: interwencja zrealizowana zaraz po zakończeniu akcji ratunkowej związanej z katastrofą budowlaną. Zaimprowizowano sesję na miejscu katastrofy, po zakończeniu działania służb (policja, straż pożarna, pogotowie ratunkowe) z jednym z uczestników zdarzeń –

robotnikiem, który był świadkiem śmierci swoich dwóch kolegów. Zastosowano technikę defusingu zakończoną krótkim, dyrektywnym instruktażem: co robić, czego unikać w najbliższych godzinach, dniach po zdarzeniu, jak postępować w przypadku występowania niepokojących, utrudniających życie, możliwych skutków urazowego doświadczenia.

Interwencja kilku sesji – polega na towarzyszeniu przez dłuższy czas (przeciętnie przez 6–8 spotkań) w zmaganiu się z kryzysem. Jej istotą jest pomoc w odbudowywaniu zburzonego porządku, pomoc w przedefiniowaniu systemu wartości, koncepcji własnego życia. Jeżeli w czasie kilku sesji nie udaje się rozwiązać kryzysowego problemu, ani przynajmniej zmniejszyć dynamiki kryzysu, prowadzący interwencję powinien skierować klienta na psychoterapię zaburzeń psychicznych lub terapię kryzysu.

Przykład: interwencja kryzysowa podjęta w sytuacji, gdy do ośrodka interwencji kryzysowej trafiła osoba w kryzysie spowodowanym niedawnym doświadczeniem brutalnych aktów przemocy ze strony partnera i ucieczką z domu, a po nawiązaniu bliższej relacji współpracy z osobą, na jaw wyszedł fakt długoletniego doświadczania nadużyć seksualnych w rodzinie pochodzenia. Proces interwencyjny wymagał kilku tygodni spotkań, następnie kontynuowanych ten sposób, że osoba została skierowana na terapię, do wyspecjalizowanego w tych formach pomocy ośrodka.

Ponieważ w literaturze przedmiotu opisano wiele modeli algorytmicznych etapów postępowania w interwencji kryzysowej, korzystając z popularności na polskim rynku wydawniczym dwóch najpoważniejszych pozycji poświęconych zagadnieniu (pracy dr hab. D. Kubackiej -Jasieckiej oraz B. E. Jamesa i R. K. Gillilanda) w niniejszym materiale opisującym standard interwencji kryzysowej przypomina się modele: Rhine'a i Weissberga (1982) oraz Jamesa i Gillilanda (2004).

W przebiegu formalnego opanowywania kryzysu M. W. Rhine i M. P. Weissberg wyróżniają trzy ogólne, podstawowe fazy[21]:

- tworzenia „więzi pracy";
- gromadzenia informacji;
- rozwiązania problemu.

[21] *Opracowanie własne za: M. W. Rhine, M. P. Weissberg, Crisis intervention, w: J. G. Gorton, R. Partridge (red.), Practice and management of psychiatric emergency care, St. Luis 1982.*

Tabela 2. Fazy interwencji wg Rhine, Weissberg

Trzy fazy opanowania kryzysu wg Rhine, Weissberg	
1. Tworzenie więzi pracy	**Tworzenie „więzi pracy"** – to całokształt okoliczności i celowych działań, zmierzających do nawiązania dobrego kontaktu z osobą w kryzysie. To rozpoznanie i kształtowanie relacji ze świadomością, że każdy kontakt ma charakter interakcji, który kształtuje aktywność obu stron: klienta i interwenta. W niektórych placówkach, zatrudnia się specjalizujących się w tzw. „pierwszym kontakcie" pracowników, co należy uznać za słuszne, bowiem praca ta wymaga szczególnych umiejętności, wiedzy i predyspozycji. Z praktyki ośrodka interwencji kryzysowej wynika, że idealnym połączeniem kwalifikacji osób pracujących na takich stanowiskach, to umiejętności pracownika socjalnego z ugruntowanym przygotowaniem w zakresie pomocy psychologicznej i przeciwdziałania przemocy. Kilka, spośród wielu czynników, które warto wziąć pod uwagę podczas tworzenia tej szczególnej więzi: • dobra komunikacja; • empatyczne słuchanie; • „dostrojenie się", podążanie za aktywnością klienta; • powstrzymywanie się od założeń, nadawania etykiet (np. ofiara). W wyniku tego działania osoba w kryzysie ma poczuć się: • aktywnym partnerem zdolnym do wspólnej pracy nad problemem; • osobą rozumianą i wspieraną; • osobą, która mimo decyzji o skorzystaniu z pomocy nie wyzbywa się praw do samostanowienia i decydowania o własnym losie.
2. Gromadzenie informacji	**Gromadzenie informacji** - polega na uzyskiwaniu, w stosunkowo krótkim czasie, konkretnych informacji o problemie związanym z doświadczeniem kryzysu: przebiegu zdarzenia, innych okolicznościach, jego interpretacji, a przede wszystkim jego znaczenia dla klienta. To moment pozornie łatwy, ale w interwencji kryzysowej szczególny, bo wymagający umiejętnego i etycznego korzystania z narzędzi pomocy

	społecznej i przeciwdziałania przemocy domowej, na przykład metod zespołu interdyscyplinarnego, procedury „Niebieskiej Karty" lub po prostu wywiadu środowiskowego. Pamiętać należy o szczególnej odpowiedzialności i ryzyku wtórnego skrzywdzenia w wyniku ingerowania w „przestrzeń intymną" osoby. W tej fazie, interweniujący powinien odpowiedzieć sobie na następujące pytania[22]: • Czy w przeszłym życiu klienta występowały podobne objawy, znamionujące występowanie uprzednich kryzysów? • W jakich okolicznościach dochodziło do kryzysów? (przydatna wskazówka: poszukiwać „wspólnego mianownika", powtarzającego się wzoru czy schematu wydarzeń krytycznych i reakcji kryzysowych). • Jakie środki i strategie zmagania się z ówczesnymi kryzysami okazały się efektywne i przyniosły pomyślne rezultaty? • Czy klient rozporządzał skutecznymi strategiami zmagania się z kryzysem, gwarantującymi ogólnie dobre przystosowanie i funkcjonowanie psychospołeczne, również w obliczu trudnych problemów? • Jaki był w przeszłości poziom przystosowania klienta? (Odpowiedź na to pytanie jest ważna, określa bowiem realistyczne cele aktualnej interwencji). • Dlaczego osoba stała się podatna na rozwój kryzysu właśnie „tu i teraz"? (Aby uzyskać odpowiedź na to pytanie, należy uwzględnić wymowę i symbolikę aktualnych wydarzeń i sytuacji).
3. Rozwiązanie problemu	**Rozwiązanie problemu** – w tej ważnej fazie[23] dochodzi do poszukiwania i przyjęcia przystosowawczych rozwiązań z wykorzystaniem umiejętności empatycznych i techniki psychologicznej. Rhine i Weissberg wyróżniają trzy typy zadań dla tego etapu: a. empatyczne słuchanie; b. poszukiwanie przystosowawczych (dobrych adaptacyjnie) rozwiązań; c. wspieranie sił i poczucia wartości, wzmacnianie obrazu własnej osoby i szacunku do siebie. Użyteczne strategie to: • wentylacja uczuć (strachu, winy, złości, gniewu, żalu); • pomoc w intelektualnym ogarnięciu zdarzenia i nazwaniu problemu; • towarzyszenie w poszukiwaniu sensu i kształtowaniu znaczeń zdarzenia.

[22] *Za: D. Kubacka-Jasiecka, op. cit. (adaptacja Krzysztof Sarzała).*
[23] *M. W. Rhine, M. P. Weissberg, op. cit.*

Każde z tych zadań i strategii ma w sobie cenny element terapeutyczny, a skutkiem może być początek procesu konstruktywnej, świadomej interpretacji zdarzeń krytycznych i przygotowanie do internalizacji nowych rozwiązań.

W popularnym w Polsce modelu Jamesa i Gillilanda, interwencja kryzysowa zbudowana jest jako sześcioetapowy proces, traktowany jednak nie jak sztywny, mechaniczny schemat, lecz raczej jak przewodnik dla interweniującego. Na model składają się dwie formy aktywności: osoby w kryzysie (strategie „wysłuchiwania": etap 1-3, tzn. „przewaga słuchania nad działaniem") i osoby interweniującej (strategie „działania": etap 4-6, tzn. „przewaga działania nad słuchaniem"), ale w każdym momencie trzeba liczyć się z koniecznością zmiany toku postępowania, w zależności od stanu klienta.

Tabela 3. Fazy interwencji wg James, Gilliland[24]

Etapy	***Charakterystyczne działania***
Etap 1. Zdefiniowanie problemu	Pierwszy etap interwencji to zrozumienie i zdefiniowanie problemu z punktu widzenia klienta. Właśnie postrzeganie problemu z perspektywy osoby w kryzysie decyduje o powodzeniu interwencji i uniknięciu powtórnej traumatyzacji. Na trud (i satysfakcję) przyjęcia perspektywy klienta składają się podstawowe umiejętności komunikacyjne (wysłuchiwanie!) interweniującego, ale też jego zdolność do przezwyciężania nie tylko osobistych ograniczeń, schematów: społecznych, etnicznych, kulturowych uwarunkowań, które rzutują na cały dalszy proces interwencji.
Etap 2. Zapewnienie bezpieczeństwa	Minimalizowanie fizycznych i psychicznych zagrożeń dla osoby w kryzysie i jej bliskich. Autorzy modelu zwracają jednak uwagę na konieczność ciągłego, nie tylko na tym etapie integrowania zadań z nakazem zwracania stałej uwagi na kwestie bezpieczeństwa.
Etap 3. Wspieranie	Interweniujący nie może *a priori* zakładać, że klient czuje się wspierany, doceniany, dowartościowany. Interwent ma robić to: • aktywnie; • bezwarunkowo; • bez oczekiwania, że osoba w kryzysie odwzajemni się podobnym traktowaniem; • nawet, gdy nikt inny nie chce akceptować i doceniać.

[24] *R. K. James, B. E. Gilliland, op. cit.*

Etap 4. Rozważanie możliwości	Przegląd dostępnych klientowi możliwości, analiza zasobów. Pokazanie, przypomnienie, że: • istnieje wiele dostępnych rozwiązań; • rozwiązania można traktować alternatywnie.
Etap 5. Układanie planów	Ułożenie wspólnie z osobą, zapewniając jej poczucie sprawstwa, planu działania o charakterze raczej krótkoterminowym. Autorzy proponują, aby plan zawierał co najmniej: • zidentyfikowane osoby, instytucje konkretnej, natychmiastowej pomocy; • sposoby postępowania w konkretnych, przewidywanych sytuacjach (np. plan bezpieczeństwa dla osoby doświadczającej przemocy w rodzinie), działania pozytywne, konstruktywne, proste, rokujące drobnymi sukcesami i wzrastającym poczuciem mocy klienta. Niezwykle ważne jest jednak poczucie niezależności i posiadania kontroli przez osobę w kryzysie, dlatego plan nie może być siłą lub podstępem narzucony (mimo, a nawet ze względu na dużą podatność osób w kryzysie na taki wpływ).
Etap 6. Uzyskiwanie zobowiązania klienta	Etap, w którym dbając o poczucie niezależności i kontroli, osoba w kryzysie przejmuje odpowiedzialność za wykonanie planu. Uczciwe, bezpośrednie i wspierające zakontraktowanie dalszych działań, najlepiej z jednoczesnym ustaleniem sposobu obserwowania postępów. Praktyka podpowiada, aby uwzględnić na tym etapie sytuację, w której klient nie będzie w stanie z sukcesem dokonać pierwszych, pozytywnych zmian i może zerwać kontakt z powodu poczucia wstydu, rozczarowania brakiem swoich umiejętności. Należy wiedzieć, że mimo tej sytuacji można będzie podtrzymać kontakt.

3.4 Podsumowanie

Działania w interwencji kryzysowej, jako usłudze pomocy społecznej, są w większości niespecyficzne, tzn. podobnie realizowane bywają przy okazji udzielania innych form pomocy. Interwencja kryzysowa wymaga jednak przestrzegania rygorów dotyczących głównie bezpieczeństwa osoby w kryzysie, bezpieczeństwa interwenta i uwzględnienia przewidywanego przebiegu kryzysu.

4. Instytucje interwencji kryzysowej

W rekomendacjach legislacyjnych w zakresie interwencji kryzysowej znalazły się nowe zapisy dotyczące jednostek organizacyjnych pomocy społecznej:

„jednostka organizacyjna pomocy społecznej – regionalny ośrodek polityki społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej, dom pomocy społecznej, placówka specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia, punkty interwencji kryzysowej i ośrodki interwencji kryzysowej".

Świadczeń w zakresie interwencji kryzysowej udziela się w punktach i ośrodkach interwencji kryzysowej, a w sytuacjach kryzysowych masowych, w czasie katastrof lub innych związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia – świadczeń udziela się na miejscu tych wydarzeń lub w miejscach przebywania osób poszkodowanych – we współpracy ze służbami ratunkowymi.

Proponujemy, aby usługa udzielana była głównie w instytucjach interwencji kryzysowej, tj. punktach interwencji kryzysowej oraz ośrodkach interwencji kryzysowej. Obie formy udzielania usług są obecnie znane, ale jedynie ośrodki wymieniane są formalnie w przepisach prawa (ustawa o pomocy społecznej). Zaproponowany został więc szereg zmian legislacyjnych w tym zakresie.

Zakładamy, że ośrodek jest i pozostanie podstawową i najczęściej stosowaną formą instytucji interwencji kryzysowej, do której tworzenia i prowadzenia w szczególności wskazywane są samorządy szczebla powiatowego.

4.1 Ośrodek interwencji kryzysowej

Cechy ośrodka:

- placówka funkcjonuje w trybie ciągłym, tzn. całą dobę, siedem dni w tygodniu, także w dni świąteczne i ustawowo wolne od pracy;
- realizuje optymalny zakres działań interwencyjnych;
- zasięg działania – teren powiatu lub gminy, w sytuacjach kryzysowych masowych, katastrof lub innych związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia ludzi, może podjąć działania w miejscu przebywania osób poszkodowanych;

- dysponuje bazą hostelową do udzielania tymczasowego schronienia;
- dysponuje pomieszczeniami do udzielania doraźnego schronienia;
- zatrudnia personel o kwalifikacjach pozwalających realizować działania w zakresie optymalnym lub współpracuje ze specjalistami o wymaganych kwalifikacjach.

Nie wyznacza się sztywnych, minimalnych wymagań wielkościowych dla ośrodków, dotyczących warunków lokalowych, związanych z wyposażeniem, ani też dotyczących zatrudnianej kadry.

W punktach i ośrodkach interwencji kryzysowej zapewnia się: warunki lokalowe gwarantujące osobom korzystającym poufność, a osobom świadczącym możliwości indywidualizacji kontaktu z osobami w kryzysie i bezpieczeństwo podczas pełnionych dyżurów, a także wyposażenie umożliwiające świadczenie działań interwencyjnych. W szczególności, w ośrodkach interwencji kryzysowej zapewnia się niezbędne warunki do podejmowania czynności interwencyjnych poza ośrodkiem oraz do udzielania tymczasowego schronienia.

Wydaje się jednak, że powyższe wielkości dotyczące ośrodka interwencji kryzysowej gwarantują realizację przewidzianych zadań.

Tabela 4. Warunki realizacji zadań ośrodka interwencji kryzysowej[25]

Powierzchnia wykorzystywanego do realizacji zadania lokalu	***Powyżej 100m2***
Pozostałe wymagania lokalowe	Nie mniej niż 2 pomieszczenia do spotkań indywidualnych, gwarantujące poufność prowadzonych tam rozmów (nie przejściowe!), co najmniej 1 pomieszczenie do spotkań grupowych. 1 pomieszczenie recepcyjne (pierwszy kontakt) z dostępem do linii telefonicznych, internetu, możliwością przechowywania danych „wrażliwych", 1 poczekalnia, pomieszczenia hostelowe z możliwością przyjęcia nie mniej niż 3 osób, w tym kobiet i mężczyzn, wyposażone w pomieszczenia sanitarne (WC, łazienki z prysznicami), możliwość przygotowywania na miejscu ciepłych posiłków, możliwość przechowywania zapasów żywności.

[25] *Opracowanie własne.*

Minimalne warunki lokalowe dla zapewnienia doraźnego schronienia	Dysponowanie co najmniej jednym ogrzewanym pomieszczeniem umożliwiającym bezpieczne przebywanie i odpoczynek 2 lub 3 osobom, na czas do 8h, z zapewnieniem dostępu do ciepłych napoi i suchego prowiantu oraz dostępem do innych działań interwencyjnych oferowanych, w zakresie minimalnym.
Minimalne warunki lokalowe dla udzielania tymczasowego schronienia	Dysponowanie co najmniej jednym pomieszczeniem umożliwiającym całodobowy pobyt 2-3 osobom, z zapewnieniem dostępu do zaplecza sanitarnego, kuchennego oraz dostępem do innych działań interwencyjnych, w zakresie optymalnym.
Wyposażenie	Dostęp do przynajmniej 1 linii telefonicznej, dostęp do internetu, podstawowe urządzenia biurowe, w tym komputer, szafy umożliwiające bezpieczne przechowywanie dokumentacji, inne biurowe wyposażenie pomieszczeń umożliwiające tymczasowy pobyt (urządzenia łazienkowe, pralka, urządzenia kuchenne, podstawowy sprzęt AGD).
Zasoby kadrowe wykorzystywane przy realizacji zadania, liczebność (w przeliczeniu na pełny etat)	Nie mniej niż 8 osób stanowiących stały zespół, liczba zatrudnionych pracowników pierwszego kontaktu umożliwiająca świadczenie usługi całodobowo, zaś przez interwentów przynajmniej 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie.

4.2 Punkt interwencji kryzysowej

Cechy punktu interwencji kryzysowej:

- optymalne jest, aby placówka funkcjonowała w trybie ciągłym;
- realizuje co najmniej minimalny zakres działań interwencyjnych;
- zasięg działania wynika z możliwości i dyspozycji organu prowadzącego;
- dysponuje pomieszczeniami do udzielania doraźnego schronienia;
- zatrudnia personel o kwalifikacjach pozwalających realizować działania w zakresie co najmniej minimalnym lub współpracuje ze specjalistami o wymaganych kwalifikacjach.

Rekomendowane warunki wielkościowe dot. punktu interwencji kryzysowej prezentuje poniższa tabela.

Tabela 5. Warunki realizacji zadań punktu interwencji kryzysowej[26]

Powierzchnia, wykorzystywanego do realizacji zadania, lokalu	Powyżej 40m2
Pozostałe wymagania lokalowe	Co najmniej 1 pomieszczenie do spotkań indywidualnych gwarantujące poufność prowadzonych tam rozmów (nie przejściowe!), 1 pomieszczenie recepcyjne (pierwszy kontakt) z dostępem do linii telefonicznych, internetu, możliwością przechowywania danych „wrażliwych".
Minimalne warunki lokalowe dla zapewnienia doraźnego schronienia	Dysponowanie co najmniej jednym ogrzewanym pomieszczeniem umożliwiającym bezpieczne przebywanie i odpoczynek 2 lub 3 osobom, na czas do 8h, z zapewnieniem dostępu do ciepłych napoi i suchego prowiantu oraz dostępem do innych działań interwencyjnych oferowanych w zakresie minimalnym.
Wyposażenie	Dostęp do przynajmniej 1 linii telefonicznej, dostęp do internetu, podstawowe urządzenia biurowe, w tym komputer, szafy umożliwiające bezpieczne przechowywanie dokumentacji, inne materiały biurowe.
Zasoby kadrowe wykorzystywane przy realizacji zadania, liczebność (w przeliczeniu na pełny etat)	Nie mniej niż 3 osoby stanowiące stały zespół, liczba zatrudnionych pracowników pierwszego kontaktu umożliwiająca co najmniej świadczenie usługi 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, zaś przez interwentów przynajmniej 3 dni w tygodniu, przez 4 godziny dziennie.

4.3 Kadry

Rekomendacje legislacyjne w zakresie standardu interwencji kryzysowej wprowadzają określone wymagania dotyczące kwalifikacji kadr instytucji interwencji kryzysowej oraz zadań pracownika pierwszego kontaktu i interwenta kryzysowego.

Efektywne świadczenie usługi wymaga stworzenia własnych (na użytek konkretnej instytucji interwencji kryzysowej) i wdrożenia mechanizmów wspierania specjalistów oraz konsekwentnego podejmowania wysiłków, mających na celu przeciwdziałanie niekorzystnym, długofalowym i wyczerpującym zjawiskom związanym ze zmaganiem się z kryzysem. Trzeba uwzględniać, że nie tylko bezpośrednie uczestniczenie w zdarzeniach krytycznych, ale też towarzyszenie osobom przeżywającym kryzys, szczególnie tym, które doświadczają ostrego przebiegu reakcji kryzysowej może być trudne, a nawet szkodliwe dla pomagających.

[26] *Opracowanie własne.*

Oczekuje się, że formy wspierania personelu zaangażowanego w realizację usługi będą indywidualnie dobrane do specyfiki placówki i zespołu, a polegać będą na:

a. przestrzeganiu zasad pracy zespołowej;
b. właściwej organizacji pracy zespołu;
c. zapewnieniu właściwych warunków materialnych do udzielania świadczeń;
d. zapewnieniu dostępu do profesjonalnego wsparcia psychologicznego;
e. zapewnieniu dostępu do szkoleń służących: podnoszeniu kompetencji, aktualizacji wiedzy, trenowaniu umiejętności praktycznych.

4.3.1 Usługa interwencji kryzysowej winna być podejmowana wyłącznie przez specjalistów zorganizowanych w zespół.

Zespołowa forma pracy ma wiele zalet:

- ogranicza możliwość nadmiernego obciążania emocjonalnego usługodawców;
- zapewnia lepszą jakość pracy jednostki;
- umiejętności i zdolności członków zespołu sumują się;
- rzadziej dochodzi do przypadkowych błędów;
- powstają pomysły, które mogłyby się nie pojawić podczas pracy indywidualnej;
- zespół zapewnia oparcie i poczucie bezpieczeństwa, szczególnie podczas podejmowania decyzji.

Stworzenie warunków do pracy zespołowej, to m.in. właściwa organizacja planu pracy, w tym zapewnienie dublowania się obsady dyżurów (alby uniknąć pracy w pojedynkę), zaplanowanie przynajmniej jednego dnia (3-6h) w tygodniu, w którym wszyscy pracownicy spotykają się i wspólnie biorą udział w zebraniu (odprawie, konsultacji, itp. inne zwyczajowe określenia), wdrożenie zasady zespołowego – a jeśli nie jest to możliwe ze względów organizacyjnych – w parach, omawiania trudnych przypadków, sesji, planowanych strategii, itp., wdrożenie form organizacyjnych pracy zespołowej, zwyczajów, rytuałów, regulaminów porządkujących. Wszystkie te i podobne działania mają złożyć się na sytuację, w której każde działanie w ramach usługi jest wspierane, wzmacniane i weryfikowane przez pozostałych członków zespołu.

4.3.2 Wsparcie dla zespołu jest często pochodną dobrej organizacji instytucji.

Na dobrą organizację składają się m.in. takie elementy, jak:

- techniki zarządzania (np. przez cele, przez wyjątki, przez innowacje, przez motywację, przez wyniki in.);
- styl kierowania reprezentowany przez lidera (koncentracja na ludziach vs. koncentracja na celach, typ przywództwa, in.);
- przyjęty sposób planowania (plany strategiczne, plany operacyjne);
- właściwe organizowanie czasu;
- zarządzanie personelem (konkurencja i rywalizacja vs. lojalność, zaangażowanie, współpraca, sposoby motywowania, oceniania);
- wzorce komunikacyjne (komunikacja jedno i dwukierunkowa).

4.3.3 Przez dostęp do profesjonalnego wsparcia rozumie się udostępnienie personelowi instytucji regularnych psychologicznych superwizji.

Superwizja – działania prowadzone przez osobę posiadającą uznane wyższe, profesjonalne kwalifikacje zawodowe w danej dziedzinie, polegające na analizie realizowania przez osobę, zespół osób lub instytucję zadań wynikających z określonej funkcji, zmierzające do poprawy jakości realizowanych zadań lub/i oceny sprawności działań, podejmowane na prośbę zainteresowanych, sprawujących funkcję lub na skutek zobowiązania do poddania superwizji wynikającego z zasad zawodowych lub prawnych.

Trzeba zaznaczyć, że rolę wsparcia superwizyjnego może pełnić do pewnego stopnia, tzw. superwizja wewnętrzna, tj. taka forma prowadzenia zebrań zespołu, która zapewnia dogodne warunki (m.in. poczucie bezpieczeństwa, komfort psychiczny, wzajemny szacunek, poczucie kompetencji uczestników) do omawiania ewentualnych trudności, błędów podczas przebiegu interwencji. W praktyce jest to bardzo trudne do osiągnięcia, w szczególności gdy koliduje to ze stosowaną strategią (np. autorytarną) zarządzania zespołem (patrz wyżej). Optymalne jest zapewnienie możliwości do regularnych (na przykład comiesięcznych) spotkań z superwizorem. W tym wypadku, należy zwrócić uwagę na warunki odbywania się superwizji, tj. na poczucie bezpieczeństwa uczestników sesji, brak innych okoliczności utrudniających otwartość, komunikację (którymi może być np. obecność przełożonych, potencjalnie oceniających uczestników).

Trzeba zaznaczyć, że rolę wsparcia superwizyjnego może pełnić do pewnego stopnia, tzw. superwizja wewnętrzna, tj. taka forma prowadzenia zebrań zespołu, która zapewnia dogodne warunki (m.in. poczucie bezpieczeństwa, komfort psychiczny, wzajemny szacunek, poczucie kompetencji uczestników) do omawiania ewentualnych trudności, błędów podczas przebiegu interwencji. W praktyce jest bardzo trudne do osiągnięcia, w szczególności gdy koliduje to ze stosowaną strategią (np. autorytarną) zarządzania zespołem (patrz wyżej). Optymalne jest zapewnienie możliwości do regularnych (na przykład co miesięcznych) spotkań z superwizorem. W tym wypadku, należy zwrócić uwagę na warunki odbywania się superwizji, tj. na poczucie bezpieczeństwa uczestników sesji, brak innych okoliczności utrudniających otwartość, komunikację (którymi może być np. obecność przełożonych, potencjalnie oceniających uczestników).

4.3.4 Zapewnienie dostępu do szkoleń, treningów, konferencji i innych form edukacyjnych jest także sposobem na udzielanie wsparcia zespołowi specjalistów. Siła, skuteczność, jak również spokój interwenta, jest w dużej mierze pochodną jego poczucia kompetencji, wiary w zdolność do wspierania osoby w kryzysie oraz gotowości do weryfikowania własnego przygotowania do pracy, wreszcie – regularnej autorefleksji nad swoją rolą, celami i skutkami działania.

4.3.5 Typowe problemy dotyczące pracy w zespole[27]

Problemy, jakie można w tym obszarze zidentyfikować, to:

- błędne (zbyt sztywne) pojmowanie zasady poufności, nadmierna ochrona danych wrażliwych – paraliżująca możliwości wymiany informacji i innych form współpracy;

[27] *J. Grodecka, R. Kałucka, A. Żukiewicz, K. Sarzała, op. cit.*

- brak wzajemnego zaufania, podważanie kompetencji – usztywnianie się w rolach;
- trudności komunikacyjne – posługiwanie się „innym językiem", odmienność pojęć określających te same zjawiska charakterystyczna dla różnych profesji;
- traktowanie współpracy „prestiżowo" – konkurowanie i prezentowanie własnych dokonań w miejsce pożądanego dialogu;
- obawy przed ujawnieniem własnych słabości, np. niekompetencji.

4.4 Dokumentowanie działań

Usługa interwencji kryzysowej dokumentowana musi być w taki sposób, aby zapewnić pełną rejestrację działań, jednak z poszanowaniem prywatności osoby w kryzysie oraz z zapewnieniem niezbędnej poufności przechowywanych i przetwarzanych danych. Bezpieczeństwo przechowywania danych związane jest z bezwzględnym stosowaniem rygorów sformułowanych przez stosowne przepisy (GIODO). Omawiane rekomendacje legislacyjne w zakresie interwencji kryzysowej zawierają wzór „rejestru zdarzeń" oraz „indywidualnej karty interwencji".

4.4.1 „Rejestr zdarzeń" dotyczy zgłoszeń, tzw. pierwszorazowych – zgłoszenia potrzeby interwencji lub rozpoznanego zagrożenia (w odniesieniu do poszczególnych form, np. zgłoszeń osobistych, telefonicznych, mailowych), często w formie tzw. zeszytów zgłoszeń, zawierających: daty, godziny, dane identyfikujące osoby zgłaszającej (jeśli są dostępne), krótki opis zgłoszenia, najlepiej wiernie cytując relację osoby zgłaszającej, najlepiej unikając własnej interpretacji, wraz z informacją o pierwszych, podjętych działaniach interwenta (np. czy osoba została umówiona, jeśli tak: do kogo, czy została skierowana w inne miejsce, jakiego rodzaju poradę usłyszała itp.).

4.4.2 „Indywidualna karta interwencji" to karta podstawowych danych teleadresowych, danych dotyczących zasobów, np. rodziny, bliskich, zawierająca także historię zdarzenia kryzysowego, stanu kryzysu, opis odejmowanych wcześniej działań na rzecz wyjścia z kryzysu, a przede wszystkim: ocenę zagrożeń dokonaną przez interwenta na początku interwencji, a także sugestie dot. wstępnej strategii interwencji, uzupełniane o systematycznie uzupełniane notatki z sesji i innych form działania. Indywidualna karta interwnecji jest podstawowym dokumentem stanowiącym trzon dokumentacji poszczególnych osób korzystających z usługi.

Wskazujemy także inne rekomendowane obszary działania instytucji interwencji kryzysowej wymagające dokumentowania:

4.4.3 Rejestr i dokumentacja interwencji podejmowanych w sytuacji kryzysowej masowej, a także działań dotyczących całych grup osób dotkniętych wspólnym kryzysem, np. interwencji poza ośrodkiem, w czasie zdarzeń masowych, wypadków, katastrof, itp. – np. w formie raportów z przeprowadzonych interwencji, zawierających: daty, godzinę, osoby uczestniczące: poszkodowane, ratownicy, świadkowie, krótki opis zdarzenia kryzysowego, ocenę zagrożeń dokonaną przez interwenta (-ów), relacja z podjętych działań (wywiad, defusing, debriefing, udział w spotkaniu zespołu kryzysowego, ustalenia, itp.).

4.4.4 Rejestracja innych form, wspomagających interwencję (jeśli są podejmowane przez realizujących usługę), np. sesji terapii, porad specjalistycznych, itp.

4.4.5 Rejestracja osób (rodzin) korzystających ze schronienia udzielanego w ramach interwencji kryzysowej, np. w formie karty osoby korzystającej z hostelu kryzysowego zawierającej dane dotyczące okoliczności przybycia/skierowania do hostelu, dane teleadresowe, kserokopię dowodu tożsamości, odwołania do innej prowadzonej dokumentacji (np. „karty klienta"), jeśli występuje, kontrakt zawarty z osobą przyjmowaną do hostelu, inne.

Proponuje się przyjęcie jednolitego systemu kategoryzowania rodzajów kryzysu, zgłaszanych do podmiotu udzielającego usług, np. w kafeterii problemów.

Dopuszcza się, iż na własne życzenie, osoba w kryzysie może skorzystać z usługi bez ujawniania tożsamości, tj. nie podając imienia, nazwiska, miejsca zamieszkania, ani innych danych teleadresowych. W takim wypadku, działania podmiotu udzielającego usług rejestrowane są z zaznaczeniem „N/N" lub innym, przyjętym w ośrodku/punkcie.

Wzór „rejestru zdarzeń w instytucji interwencji kryzysowej"

Rejestr zdarzeń zgłoszonych telefonicznie[28]						
l.p.[29]	Data zdarzenia /d-m-r[30]	Godzina zdarzenia /h-m/[31]	Osoba zgłaszająca zdarzenie[32]	Opis zdarzenia[33]	Symbol zdarzenia[34]	Czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie[35]

[28] Analogicznie: „rejestr zdarzeń zgłoszonych osobiście", „rejestr zdarzeń zgłoszonych korespondencyjnie".

[29] Każde zdarzenie otrzymuje numer kolejny, w danym roku kalendarzowym.

[30] Format zapisywania daty: dzień – miesiąc – rok.

[31] Format zapisywania godziny: godzina – minuty.

[32] Dane pozwalające zidentyfikować osobę zgłaszającą, w sytuacji, gdy osoba zastrzega sobie anonimowość zgłoszenia –posłużyć się opisem, np. „kobieta, Gdańsk", „mężczyzna, starszy wiekiem", inne.

[33] Opis zdarzenia dokonany w sposób syntetyczny, bez dokonywania oceny, interpretacji, możliwie oddając sposób relacjonowania przez osobę zgłaszającą, ujmując wszelkie informacje pozwalające zaplanować działania interwencyjne i ew. zrekonstruować zdarzenie w przyszłości.

[34] Zdarzenia mogą być podzielone na poszczególne kategorie kryzysów (np. dla ułatwienia prowadzenia statystyk zdarzeń).

[35] Podpis musi być czytelny, pozwalający jednoznacznie zidentyfikować osobę przyjmującą zgłoszenie (np. w przyszłości), jest jednocześnie potwierdzeniem autentyczności zgłoszenia złożonym przez pracownika instytucji.

Wzór „indywidualnej karty interwencji"

<table>
<tr><td>Logo instytucji[36]</td><td colspan="5">Nazwa i podstawowe dane instytucji interwencji kryzysowej</td></tr>
<tr><td>Indywidualna karta interwencji</td><td>Numer ewidencyjny[37]</td><td>Symbol zdarzenia[38]</td><td>Data pierwszego zgłoszenia[39]</td><td colspan="2">Osoba prowadząca sprawę[40]</td></tr>
<tr><td colspan="6">Informacja dla osoby korzystającej z usługi:
„Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez … w …[41] i zostaną użyte wyłącznie w celu udzielenia Pani/Panu pomocy. Podanie tych danych jest dobrowolne.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Miejscowość ……..…, data ……..</td><td colspan="3">……..,
Podpis osoby korzystającej z usługi</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. danych osoby/rodziny/instytucji w kryzysie, w tym: imię i nazwisko oraz wszystkie możliwe do zebrania dane teleadresowe, identyfikacyjne, np. adres zamieszkania, data urodzenia, miejsce urodzenia, miejsce pracy, miejsce czasowego przebywania, numery telefonów, adres poczty e-mail, inne</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. najbliższego otoczenia osoby/rodziny/instytucji w kryzysie, w tym, m.in.: członków rodziny, innych ważnych osób związanych ze zdarzeniem, ważnych telefonów w sprawie</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. opisu sytuacji kryzysowej lub grożącej kryzysem w stanie obecnym, w tym, m.in.: możliwie pełny opis zdarzenia, które bezpośrednio spowodowało zgłoszenie do instytucji[42]</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. historii radzenia sobie z kryzysem, w tym, m.in.: jakie wcześniej działania podejmowała osoba w kryzysie lub jakie były działania podejmowane na jej rzecz przez instytucje, służby</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. zasobów, jakimi dysponuje osoba/rodzina/instytucja, w tym: zasoby osobiste, zasoby najbliższego otoczenia, zasoby instytucji zaangażowanych w pomoc, inne znane</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. operacyjnej oceny zagrożenia, jakie wiąże się ze zdarzeniem, obecną sytuacją, w jakiej znajduje się osoba/rodzina/instytucja[43]</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. oczekiwań osoby/rodziny/instytucji związanych z interwencją[44]</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. planu dalszych działań, podjętych pierwszych kroków[45]</td></tr>
<tr><td colspan="6">Część dot. kolejno podejmowanych działaniach interwencyjnych[46]</td></tr>
</table>

[36] Ewentualnie inne ważne informacje (np. o sposobie finansowania, organie prowadzącym, itp.).
[37] Numer kolejny „karty" w roku kalendarzowym, na przykład, wg formatu: symbol instytucji-nr karty-rok.
[38] Zdarzenia mogą być podzielone na poszczególne kategorie kryzysów (np. dla ułatwienia prowadzenia statystyk zdarzeń).
[39] Zgodne z „rejestrem zdarzeń w instytucji".
[40] Imię i nazwisko pracownika-interwenta odpowiedzialnego za udzielenie usługi.
[41] Nazwa instytucji interwencji kryzysowej.
[42] Bez interpretacji, oceny dokonywanej przez interwenta, jeśli to możliwe cytując osobę.
[43] Ocena dokonywana doraźnie przez interwenta w oparciu o aktualnie dostępne dane, po zastosowaniu narzędzi właściwych dla usługi.
[44] Opisać oczekiwania, możliwie w taki sposób, jak formułuje to osoba korzystająca z usługi.
[45] Zawrzeć informacje o pierwszych ustaleniach, np. udzielonym wsparciu, poradach, skierowaniu do innych specjalistów, ustaleniach co do dalszych spotkań, konieczności dokonania specjalistycznych badań, podjęcia współpracy, itp.
[46] Dołączyć opis poszczególnych działań interwencyjnych, regularnie uzupełniać zapisy, dołączyć inne dokumenty (korespondencja związana z interwencją, dokumentacja medyczna, socjalna, inne).

CZĘŚĆ B – Standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania

Katarzyna Stec

Wprowadzenie

Dokonujące się zmiany społeczno-demograficzne, w tym w szczególności postępujący proces demograficznego starzenia się społeczeństwa oraz zmiany w modelu rodziny i strukturze gospodarstw domowych, to główne czynniki wzrostu społecznego znaczenia usług opiekuńczych jako formy wsparcia osób, które ze względu na utratę samodzielności doświadczają ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania. Odpowiednio zorganizowane i wykonywane usługi opiekuńcze powinny umożliwić tym osobom zaspokojenie podstawowych i niezbędnych potrzeb życiowych, z zachowaniem optymalnego poziomu ich samodzielności i aktywności, a przez to zwiększyć prawdopodobieństwo pozostania w środowisku zamieszkania i opóźnić moment, w którym konieczne stać się może zapewnienie stałej całodobowej opieki instytucjonalnej. To istotne wyzwanie zarówno z perspektywy odbiorców usług (osób niesamodzielnych i ich rodzin), społeczności lokalnych, w których osoby te funkcjonują, a także społeczeństwa.

Aktualnie obowiązujące przepisy nie zawierają szczegółowych unormowań dotyczących usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, zaś analizy przeprowadzone w obszarze tych usług wskazują, że wymagają one działań ukierunkowanych na podniesienie jakości i skuteczności.[47] Jednym z nich jest wdrożenie standardu usług opiekuńczych. Prezentowany standard określa w szczególności zasady organizowania i świadczenia usług opiekuńczych, ich ramowy zakres przedmiotowy, warunki i wymogi organizacyjne świadczenia usług opiekuńczych, a także wymogi odnoszące się do osób świadczących usługi opiekuńcze. Bazę dla niniejszego opracowania stanowił materiał „Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania" z roku 2011, współautorstwa Krzysztofa Balona, Joanny Staręgi Piasek, Grażyny Rutkiewicz, Katarzyny Stec, Izabeli Szma-

[47] *R. Szarfenberg (red.), Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup - diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji, Warszawa 2011, s. 162-179.*

glińskiej i Mirosławy Zielony oraz raporty z monitoringu i ewaluacji pilotażowych wdrożeń standardu z roku 2012 i 2013, autorstwa Agnieszki Ignasiak (niepublikowane materiały projektowe).

Proponuje się, aby w przypadku zmian legislacyjnych: projektu rozporządzania w zakresie usług opiekuńczych oraz propozycji zmian ustawowych w zakresie usług opiekuńczych, które zostały przedłożone ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego celem dalszych prac legislacyjnych, zastosowany był roczny okres przygotowawczy do wdrożenia standardu usług opiekuńczych, a w odniesieniu do wymogów stawianych osobom świadczącym usługi opiekuńcze – trzy lata.

1. Usługi opiekuńcze jako przedmiot standaryzacji

1.1 Usługi opiekuńcze – forma świadczenia z pomocy społecznej

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania to świadczenie niepieniężne z pomocy społecznej, które obejmuje pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem osobie, która w tym zakresie jest niesamodzielna.[48]

Pomoc w formie usług opiekuńczych **przysługuje osobie samotnej**[49], która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości. Pomoc w tej formie **może być** również przyznana:

- osobie samotnie gospodarującej[50], gdy wymaga pomocy innych osób, a wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości,
- osobie w rodzinie, gdy wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może zapewnić odpowiedniej pomocy z uzasadnionej przyczyny, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.[51]

1.2 Miejsce świadczenia usług opiekuńczych

Usługi opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej do korzystania z usług. Pojęcia *miejsce zamieszkania* nie należy ograniczać jedynie do lokalu mieszkalnego. Uwzględnić należy również **najbliższe otoczenie** – w ramach usług opiekuńczych może

[48] Opracowano na podstawie art. 36 i 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

[49] Osoba samotnie gospodarująca, niepozostająca w związku małżeńskim i nieposiadająca wstępnych ani zstępnych (art. 6 ppkt 9 ustawy o pomocy społecznej).

[50] Osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe (art. 6 ppkt 10 ustawy o pomocy społecznej).

[51] Za: K. Balon, J. Staręga Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania, Warszawa 2011. Wersja elektroniczna standardu jest dostępna na stronie internetowej http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31.12.2013r.).

być zapewnione wsparcie lub opieka na przykład podczas wyjścia z lokalu mieszkalnego do przychodni, urzędu, sklepu, czy podczas dojazdów do dziennego ośrodka wsparcia. W przypadku, gdy osoba korzystająca z usług opiekuńczych czasowo przebywa poza miejscem zamieszkania, usługi te mogą być świadczone w miejscu pobytu.

Dopuszcza się świadczenie usług opiekuńczych również w okresie, w którym **samotnej** osobie uprawnionej udzielane są świadczenia szpitalne lub inne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne[52], jednakże tylko w zakresie nieobjętym tymi świadczeniami.
W takim przypadku usługi mogą być świadczone w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub w hospicjum, i mogą obejmować na przykład dostarczanie dodatkowej czystej bielizny, towarzyszenie czy animowanie czasu wolnego podczas pobytu w w/w podmiocie leczniczym, a także pomoc w załatwianiu spraw osobistych. Ponadto, w takim przypadku zaleca się kontynuację wykonywania niektórych czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, takich jak np. palenie w piecu w zimę czy regulowanie opłat domowych.

1.3 Cel usług opiekuńczych i oczekiwane efekty

Celem usług opiekuńczych jest zmniejszanie niesamodzielności (obiektywnie istniejącej lub subiektywnie odczuwanej) u osób, które doświadczają ograniczeń w zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb życiowych, oraz kompensowanie utraconej samodzielności[53] działaniami umożliwiającymi tym osobom dalsze funkcjonowanie w swoim środowisku zamieszkania.

Oczekiwane efekty usług w odniesieniu do osoby nimi objętej:

- podstawowe i niezbędne potrzeby życiowe są zaspokojone;
- osoba osiągnęła i utrzymuje funkcjonowanie na optymalnym (tj. najlepszym z możliwych w danych warunkach) poziomie samodzielności i aktywności;
- jakość codziennego funkcjonowania uległa polepszeniu lub została zachowana na dotychczasowym poziomie, mimo postępujących procesów obniżających samodzielność.

2. Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych

2.1 Podstawowe zasady i wartości

Podstawową zasadą w organizowaniu i świadczeniu usług opiekuńczych jest **zasada podmiotowości** osoby z nich korzystającej. Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych

[52] W rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 11 i pkt 12 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217).
[53] Por. E. Szwałkiewicz, Opiekun medyczny w praktyce, Warszawa 2012.

powinno uwzględniać respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności i poczucia bezpieczeństwa, oraz ochrony dóbr osobistych odbiorcy usług.

Należy podkreślić, że usługi opiekuńcze – zgodnie z założeniami standardu – mają charakter **wspierająco-aktywizujący.** Organizacja świadczenia usług powinna więc zakładać, że wykonanie czynności opiekuńczych służących zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb życiowych osoby niesamodzielnej to element kompleksowej usługi, w ramach której równie istotne jest planowanie i podejmowanie różnorodnych działań powiązanych z wykonywaniem czynności opiekuńczych, mających na celu wykorzystanie potencjału oraz rezerw biologicznych i psychicznych osób korzystających z usług na rzecz zwiększenia lub podtrzymania ich sprawności, aktywności i bezpieczeństwa. Niezbędne jest organizowanie świadczenia usług w taki sposób, by **zapewnić możliwie szerokie uczestnictwo** (aktywne współdziałanie) osoby korzystającej z usług w wykonywaniu poszczególnych czynności opiekuńczych, a także **ścisłą współpracę w realizacji usług z najbliższym otoczeniem tej osoby.** Należy mieć świadomość, że w przypadku zaangażowania osoby korzystającej z usług w wykonywanie czynności usługa opiekuńcza będzie bardziej czasochłonna, jednakże niewspółmierne będą osiągnięte w ten sposób korzyści.

Organizacja świadczenia usług opiekuńczych powinna uwzględniać jak najwyższy stopień **bezpieczeństwa** zarówno osoby objętej usługami, jak i osoby świadczącej usługi. Jeśli konieczne jest np. dźwiganie osoby unieruchomionej przy jej przemieszczaniu, opiekunce powinien być zapewniony sprzęt wspomagający lub pomoc drugiej osoby.

2.2 Organizator i Wykonawca usług opiekuńczych

Obowiązek organizowania i świadczenia usług opiekuńczych spoczywa na gminie, zgodnie z art. 17 ust.1 pkt 11) obowiązującej ustawy o pomocy społecznej. **Organizatorem usług jest ośrodek pomocy społecznej, zaś Wykonawcą – podmiot świadczący usługi opiekuńcze na rzecz osób uprawnionych do korzystania z nich.** Może to być ośrodek pomocy społecznej albo organizacja pozarządowa lub inny podmiot, któremu zlecono realizację zadania publicznego z zakresu świadczenia usług opiekuńczych. W przypadku zlecenia – standard usług opiekuńczych powinien stanowić element specyfikacji warunków zamówienia, a później element zawartej z Wykonawcą umowy.

Celem zapewnienia warunków dla organizacji usług, niezbędne jest wypełnienie obowiązku wynikającego z zapisów obowiązującej ustawy o pomocy społecznej (art. 50 ust. 6), tj. określenie przez Radę gminy, w drodze uchwały, szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze oraz szczegółowych warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również trybu ich pobierania. Rekomenduje się, aby przygotowanie uchwały poprzedzone było dokonaniem przez Organizatora usług opiekuńczych analizy lokalnych potrzeb w zakresie zapewnienia wsparcia osobom niesamodzielnym, dostępnych zasobów i możliwości.

Główne zadania Organizatora usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania:

- sporządzanie bilansu potrzeb w zakresie usług o charakterze wspierająco-opiekuńczym dla osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy w funkcjonowaniu w swoim środowisku zamieszkania,
- analiza rynku usług o charakterze wspierająco-opiekuńczym oferowanych w miejscu zamieszkania osób wymagających pomocy,
- organizacja, koordynacja i monitoring realizacji usług opiekuńczych,
- organizacja okresowej ewaluacji usług opiekuńczych,
- systematyczne prowadzenie działań na rzecz podnoszenia jakości usług opiekuńczych zapewnianych przez gminę,
- inicjowanie wprowadzenia zmian w aktach prawa miejscowego (uchwała rady gminy) w zakresie unormowań dotyczących usług opiekuńczych.

2.3 Zakres usług opiekuńczych

Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, zgodnie z zapisami obecnie obowiązującej ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593 ze zmianami - art. 50 ust. 3), obejmuje wsparcie w następujących podstawowych obszarach:

1. pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,
2. opieka higieniczna,
3. pielęgnacja zalecona przez lekarza,
4. zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

W ramach każdego z w/w obszarów standard dookreśla katalog czynności opiekuńczych.

Czynności w obszarze **pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych** to w szczególności:

- czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie,
- czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych,
- czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego,
- pomoc przy przemieszczaniu się.

Czynności w obszarze **opieki higienicznej** obejmują w szczególności:

- czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej,
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
- pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej,
- zmianę bielizny pościelowej,
- układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji.

Czynności w obszarze **zaleconej przez lekarza pielęgnacji** obejmują czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej.

Czynności w obszarze **zapewnienia kontaktów z otoczeniem** obejmują w szczególności:

- czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z najbliższego otoczenia osoby uprawnionej i społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług,
- czynności wspomagające uczestnictwo w życiu lokalnej społeczności.[54]

Szczegółowy wykaz czynności opiekuńczych dostępnych na terenie gminy powinien być dookreślany lokalnie, w oparciu o lokalnie zdiagnozowane potrzeby, dostępne zasoby i możliwości. Powyższe katalogi czynności opiekuńczych mają charakter otwarty. Rada gminy może więc, w drodze uchwały, ustalić, że na terenie gminy będą świadczone usługi opiekuńcze także w zakresie nieprzewidzianym powyżej (np. celem zwiększenia bezpieczeństwa osób korzystających z usług opiekuńczych możliwe jest rozszerzenie katalogu o usługę teleopieki). Lokalnie dookreślone mogą być np. katalogi czynności usługowych dostępnych dla osób samotnych i dla osób w rodzinie. Dookreślony może być również zakres wymienionych powyżej czynności, na przykład związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (kwestie wykonywania cięższych prac porządkowych typu trzepanie i pranie dywanów, mycie okien i zmiana firan, sprzątanie przynależnych pomieszczeń użytkowych itp.).

2.4 Przyznanie usług opiekuńczych

Przyznanie osobie niesamodzielnej usług opiekuńczych nie jest uzależnione od spełnienia przez nią kryterium dochodowego, a jedynie od wystąpienia okoliczności faktycznie uzasadniających konieczność skorzystania z tej formy pomocy. Taką okolicznością może być również pozostawanie osoby niesamodzielnej bez wsparcia, mimo istniejącego obowiązku osób fizycznych lub osób prawnych do zaspokajania jej niezbędnych potrzeb życiowych. Jednocześnie osoba ubiegająca się o pomoc zobowiązana jest do aktywnego współdziałania w procesie świadczenia usług, przeciwdziałania pojawiającym się zagrożeniom oraz dążenia do zwiększania własnej samodzielności.

Przyznanie usług opiekuńczych następuje w drodze postępowania administracyjnego. **Ośrodek pomocy społecznej, przyznając te usługi, ustala ich zakres, wymiar, okres i miejsce świadczenia oraz wykaz czynności opiekuńczych, które mają być podejmowane wobec osoby objętej usługami.** Zaleca się, aby indywidualny zakres usług opiekuńczych (wykaz czynności opiekuńczych) dla osoby uprawnionej do korzystania z usług ustalany był w miejscu jej zamieszkania lub pobytu, z udziałem tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, oraz – w miarę możliwości – w obecności przedstawiciela Wykonawcy usług opiekuńczych. Wykaz czynności opiekuńczych załącza się do decyzji administracyjnej w sprawie przyznania usług opiekuńczych.

[54] *Za: K. Balon, J. Staręga-Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, op.cit.*

Przy ustalaniu zakresu i wymiaru usług opiekuńczych uwzględnia się w szczególności poziom samodzielności osoby uprawnionej do korzystania z usług opiekuńczych, jej indywidualne uzasadnione potrzeby, możliwości wsparcia i udzielenia pomocy ze strony rodziny i środowiska, a także warunki, w jakich usługi będą świadczone.[55] Niezadowalające warunki lokalowe i niedostateczne wyposażenie w potencjalnym miejscu świadczenia usług nie stanowią podstawy do odmowy przyznania i świadczenia usług, chyba, że uniemożliwiają zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych lub stwarzają zagrożenie dla egzystencji (w takim przypadku rozważyć należy bezwzględnie inną formę pomocy).

2.5 Dokumentowanie organizowania i świadczenia usług

Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych podlega dokumentowaniu. Dokumentowanie może odbywać się w formie papierowej lub elektronicznej, w szczególności w oparciu o dostępne w systemie pomocy społecznej narzędzia informatyczne.

Narzędzia powinny być opracowane na poziomie lokalnym, z uwzględnieniem specyfiki organizacji pracy jednostek zaangażowanych w organizację i świadczenie usług opiekuńczych.

Zgodnie z założeniami standardu obowiązkowo prowadzona jest indywidualna dokumentacja świadczenia usług opiekuńczych na rzecz osoby uprawnionej do korzystania z tych usług, która obejmuje w szczególności:

a. **indywidualny zakres usług opiekuńczych** – dokument zawierający wykaz czynności opiekuńczych, sporządzany przez pracownika socjalnego w toku postępowania administracyjnego związanego z przyznawaniem usług opiekuńczych (więcej informacji – zob. punkt 2.4). Przykładowy wzór dokumentu zawiera załącznik nr 1;
b. **indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą korzystającą z usług opiekuńczych** – dokument opracowywany przez Wykonawcę usług w przypadku, gdy okres świadczenia usług przekracza trzy miesiące, zawierający w szczególności cele pracy oraz zadania wspierająco-aktywizujące, których realizacja wiąże się z wykonywaniem czynności opiekuńczych, ukierunkowane na podtrzymanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby uprawnionej oraz zapobieganie negatywnym skutkom jej niesamodzielności (rekomenduje się, aby dokument opracowywany był we współpracy z pracownikiem socjalnym oraz pielęgniarką środowiskową i wykorzystywany dla oceny skuteczności udzielanego wsparcia);
c. **dziennik czynności opiekuńczych** – dokument, w którym ujmuje się:

- ewidencję wykonania zleconych czynności opiekuńczych prowadzoną na bieżąco przez osobę świadczącą usługi opiekuńcze, obejmującą datę, rodzaj wykonanej czynności, ewentualne spostrzeżenia i uwagi oraz podpis osoby dokonującej wpisu,
- wpisy potwierdzające monitorowanie środowiska i świadczonych usług opie-

[55] *Warunki materialne niezbędne do zapewnienia realizacji usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania zapewnia osoba uprawniona do korzystania z usług i jej rodzina. Jeżeli osoba posiada orzeczenie o niepełnosprawności, może zwrócić się z wnioskiem do PCPR o dofinansowanie wydatków na likwidację barier architektonicznych i technicznych ze środków PFRON.*

kuńczych, dokonywane przez upoważnioną osobę, zawierające datę, cel wizyty, spostrzeżenia i wnioski oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

Dziennik zakładany jest przez osobę wykonującą czynności opiekuńcze, przy wykonaniu pierwszej czynności opiekuńczej. Dziennik prowadzony jest w formie papierowej, przechowuje się go w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby korzystającej z usług. Do dziennika załącza się kopię indywidualnego wykazu czynności opiekuńczych oraz indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą uprawnioną, o których mowa powyżej. Przykładowy wzór dokumentu zawiera załącznik nr 2.

Propozycje innych narzędzi użytecznych w procesie organizowania i świadczenia usług opiekuńczych to:

1. **karta pracy osoby świadczącej usługi** – dokument stanowiący ewidencję czasu pracy opiekunki (w przypadku wykorzystania w tym celu dziennika czynności opiekuńczych, odrębny dokument nie jest konieczny);
2. **harmonogram świadczenia usług opiekuńczych** – dokument służący planowaniu i weryfikacji czasu pracy opiekunek. Przykładowy wzór dokumentu zawiera załącznik nr 3;
3. **narzędzia monitorowania świadczenia usług opiekuńczych i okresowej ewaluacji**.

3. Wymogi dotyczące świadczenia (wykonania) usług opiekuńczych

3.1 Obowiązki Wykonawcy usług[56]

Wykonawca usług opiekuńczych zobowiązany jest do zapewnienia nieprzerwanego i właściwego pod względem jakości procesu świadczenia usług przez 7 dni w tygodniu, w ustalonych przez Organizatora usług opiekuńczych godzinach, oraz w zleconym wymiarze i zakresie. Do świadczenia usług opiekuńczych zobowiązany jest zapewnić osoby, które spełniają określone wymogi dotyczące kompetencji i predyspozycji do wykonywania usług (zob. punkt 3.3) oraz zostały zapoznane z zakresem obowiązków w formie pisemnej.

Osobom świadczącym usługi opiekuńcze Wykonawca zapewnia:

- odzież ochronną, rękawiczki jednorazowe i środki higieniczne do mycia rąk (lub zamiennie ekwiwalent),
- przejazd z miejsca zatrudnienia do miejsca wykonywania czynności opiekuńczych i z powrotem, a także między miejscami wykonywania czynności opiekuńczych środkami transportu pozostającymi w dyspozycji wykonawcy usług opiekuńczych, a w przypadku braku możliwości zapewnienia dojazdu środkami transportu pozostającymi w dyspozycji wykonawcy usług opiekuńczych – zwrot kosztów przejazdu z miejsca zatrudnienia do miejsca wykonywania czynności opiekuńczych i z powro-

[56] *Za: K. Balon, J. Staręga-Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, op. cit.*

tem, a także między miejscami wykonywania czynności opiekuńczych,
- kontakt telefoniczny przez udostępnienie telefonu albo zwrot kosztów usług telekomunikacyjnych związanych z wykonywaniem czynności opiekuńczych,
- dostęp do informacji na temat zagrożeń i ryzyk związanych ze świadczeniem usług opiekuńczych,
- możliwości i warunki do kształcenia ustawicznego.

Każdą opiekunkę Wykonawca wyposaża w identyfikator, zawierający imię i nazwisko oraz nazwę Wykonawcy usług opiekuńczych.

W przypadku braku możliwości wejścia do mieszkania osoby korzystającej z usług opiekuńczych Wykonawca usług jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Organizatora usług. Takie działanie wymagane jest również, gdy zachodzi konieczność czasowego zawieszenia lub ograniczenia lub zwiększenia świadczenia usług ze względu na specyficzną sytuację osoby korzystającej z usług (np. pobyt w szpitalu, sprawowanie opieki przez inną osobę).

Obowiązkiem Wykonawcy usług jest regularny monitoring świadczenia usług opiekuńczych, dokumentowanie procesu ich świadczenia i monitorowania, a także systematyczna współpraca z Organizatorem usług opiekuńczych w celu zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług oraz oceny ich skuteczności.

3.2 Obowiązki osoby świadczącej usługi opiekuńcze

Osoba świadcząca usługi opiekuńcze zobowiązana jest do[57]:
- wykonywania czynności opiekuńczych z należytą starannością,
- wspomagania osoby korzystającej z usług w wykonywaniu czynności, aktywizowania jej (a nie wyręczania),
- dbałości o dobro osoby korzystającej z usług, w tym jej bezpieczeństwo oraz mienie,
- zachowania w tajemnicy informacji na temat osoby korzystającej z usług i osób stanowiących jej najbliższe otoczenie, uzyskanych w toku świadczenia usług opiekuńczych,
- rzetelnego i terminowego rozliczania się z powierzonych przez osobę korzystającą z usług środków pieniężnych z przeznaczeniem na dokonanie zakupów i płatności,
- uwzględniania woli osoby korzystającej z usług w zakresie sposobu wykonywania konkretnych czynności opiekuńczych, jeśli nie koliduje ona z ogólnie przyjętymi normami i obecnymi standardami życia,
- współpracy z pracownikiem socjalnym i pielęgniarką środowiskową przy opracowaniu i realizacji indywidualnego planu wsparcia i pracy z osobą korzystającą z usług,
- rzetelnego i terminowego dokumentowania wykonanych usług,
- ustawicznego podnoszenia wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych.

Istotnym elementem pracy opiekunki jest odpowiednia organizacja przestrzeni, w której wykonywane są czynności opiekuńcze – zapewniająca maksymalny poziom bezpieczeństwa oraz intymności, w szczególności w przypadku czynności o charakterze opieki higienicznej i pielęgnacji.

[57] *Za: tamże.*

3.3 Wymogi dotyczące kadry

Jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na jakość usług opiekuńczych są kompetencje (w tym kwalifikacje) świadczących je osób. Zgodnie z założeniami standardu, opiekunką może być osoba, która posiada kwalifikacje do wykonywania jednego z następujących zawodów:

- opiekunka środowiskowa lub
- asystent osoby niepełnosprawnej lub
- asystent medyczny lub
- pielęgniarka lub
- opiekun osoby starszej lub
- opiekun medyczny lub
- opiekun w domu pomocy społecznej,

a także ukończyła szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej.[58] Spełnienie powyższych wymogów stanowi warunek zatrudnienia osoby, która wykonywać będzie czynności o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym.

W przypadkach, w których z różnych względów ograniczony jest dostęp do usług świadczonych przez pielęgniarkę środowiskową, a osoba korzystająca z usług opiekuńczych nie jest w stanie przyjmować leków samodzielnie, zasadne (a czasem wręcz niezbędne) jest zapewnienie w składzie kadry świadczącej usługi opiekuńcze osoby/osób, które posiadają uprawnienia do podawania leków (w tym insuliny).

W uzasadnionych względami organizacyjnymi przypadkach następujące czynności:

- związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowywaniem lub dostarczaniem posiłków;
- związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego;
- dotyczące prowadzenia spraw osobistych;

mogą być świadczone przez osobę, która nie spełnia wymagań dotyczących kwalifikacji, o których mowa powyżej, jeśli łącznie osoba ta spełnia następujące warunki:

- ukończyła kurs umiejętności zawodowych, przeprowadzony według programu nauczania uwzględniającego podstawę programową kształcenia w zawodach: opiekunka środowiskowa lub asystent osoby niepełnosprawnej, lub asystent medyczny, lub pielęgniarka, lub opiekun osoby starszej, lub opiekun medyczny, lub opiekun w domu pomocy społecznej, albo inny kurs w wymiarze nie mniejszym niż 60 godzin lekcyjnych umożliwiający uzyskanie i uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w zakresie świadczenia usług opiekuńczych, w szczególności planowania, organizowania i wykonywania czynności opiekuńczych, higienicznych i pielęgnacyjnych;
- posiada udokumentowaną praktykę w świadczeniu usług opiekuńczych w wymiarze nie niższym niż 80 godzin (w tym wolontarystyczną), odbytą w jednostkach świadczących usługi opiekuńcze w środowisku zamieszkania lub w ośrodkach wsparcia, domu pomocy społecznej, rodzinnym domu pomocy, hospicjum;
- ukończyła szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;

[58] *Za: tamże.*

a Wykonawca usług opiekuńczych zapewnił jej możliwość konsultacji z osobami świadczącymi usługi opiekuńcze, posiadającymi wymagane kwalifikacje zawodowe.

W każdym z powyższych przypadków warunkiem dopuszczenia osób spełniających określone wymagania do świadczenia usług opiekuńczych jest przedłożenie Wykonawcy usług opiekuńczych zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zadań zawodowych opiekuna środowiskowego.

4. Monitoring i ewaluacja

Świadczenie usług opiekuńczych podlega monitoringowi i okresowej ewaluacji. Monitoring rozumiany jest jako systematyczne i bieżące zbieranie, analizowanie i używanie informacji dla celów prowadzenia nadzoru nad świadczeniem usług opiekuńczych i podejmowania decyzji w zakresie organizowania i świadczenia tych usług, zaś ewaluacja polega na dokonywaniu kompleksowej oceny jakości świadczonych usług opiekuńczych. Oba te procesy powinny być zaplanowane i wyraźnie oddzielone od podejmowanych czynności kontrolnych.

Monitoring świadczenia usług opiekuńczych, zarówno przez Organizatora usług opiekuńczych, jak i Wykonawcę usług opiekuńczych, realizowany jest w szczególności przez:

- analizę dziennika czynności opiekuńczych,
- wizytacje w miejscu świadczenia usług opiekuńczych,
- zasięganie opinii osób objętych usługami lub ich przedstawicieli ustawowych oraz osób z najbliższego otoczenia.

Mając na względzie stosunek zależności między osobą korzystającą z usług opiekuńczych a opiekunką, prowadząc powyższe działania należy zapewnić warunki dla swobodnej wypowiedzi obu w/w stron. Wizytacje w miejscu świadczenia usług należy planować i organizować w taki sposób, by nie naruszyć miru domowego – dobra chronionego przez art. 193 Kodeksu karnego (zaleca się uzyskanie pisemnej zgody osoby korzystającej z usług opiekuńczych lub jej przedstawiciela ustawowego).

Wnioski wynikające z monitoringu świadczenia usług opiekuńczych mogą stanowić podstawę do korekty indywidualnych zakresów usług opiekuńczych.

Za organizację okresowej ewaluacji usług opiekuńczych odpowiada Organizator usług opiekuńczych. Może to być ewaluacja wewnętrzna albo zewnętrzna. Należy pamiętać, że ewaluacja stanowi część procesu podejmowania decyzji – obejmuje wydawanie opinii o wartości działania w odniesieniu do ustalonych celów, kryteriów i wartości.

INDYWIDUALNY ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do korzystania z usług:

……..……..……..……..…….

Adres zamieszkania: ……..……..……..……..…….

Sytuacja rodzinna: [ ] osoba samotna / samotnie gospodarująca

[ ] posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach

[ ] zamieszkująca z rodziną / inną osobą

Zakres usług		Uwagi	Osoba poruszająca się samodzielna	Osoba poruszająca się z pomocą innych osób	Osoba niezdolna do poruszania się
Katalog czynności opiekuńczych stanowiący ofertę Ośrodka ze wskazaniem, które usługi przysługują poszczególnym profilom osób niesamodzielnych (o ile Ośrodek różnicuje zakres przyznawanych usług ze względu na sytuację rodzinną lub mobilność)			Przyznane usługi zaznaczyć krzyżykiem		
Przykładowy sposób ujęcia czynności:					
1.	czynności pielęgnacyjne – pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych: a) odprowadzenie do toalety b) zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń		[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
2. **lub** **lub**	czynności żywieniowe: a) przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety b) pomoc przy przygotowywaniu posiłków c) dostarczanie gotowych posiłków		[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
3.	czynności gospodarcze: a) przynoszenie opału b) palenie w piecu c) pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej lub zanoszenie i odbiór odzieży z pralni	dla osób samotnych	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
4.	czynności organizacyjne: a) zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych, realizacja recept	dla osób samotnych	[ ]	[ ]	[ ]

Data: ……..

.....	.....	.....
podpis pracownika socjalnego	podpis osoby uprawnionej do korzystania z usług opiekuńczych lub jej przedstawiciela ustawowego	podpis przedstawiciela Wykonawcy usług

Sporządzono w 3 egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron

Źródło: Opracowanie na podstawie dokumentacji MOPS w Gdyni (materiały fazy modelu).

Strona pierwsza zawiera następujące informacje:

1. Osoba objęta usługami opiekuńczymi – nazwisko i imię
2. Osoby świadczące usługi opiekuńcze – nazwisko i imię, wzór podpisu, telefon
3. Inne osoby stale zaangażowane w sprawowanie opieki lub wspomagające (członkowie rodziny, sąsiedzi, wolontariusze) – nazwisko i imię, telefon
4. Pielęgniarka środowiskowa – nazwisko i imię, telefon
5. Lekarz prowadzący – nazwisko i imię, przychodnia, telefon
6. Pracownik socjalny – nazwisko i imię, telefon
7. Osoba do powiadomienia w nagłym wypadku – nazwisko i imię, telefon

Strona druga i trzecia:

Wpiąć: Indywidualny zakres usług opiekuńczych
Indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą korzystającą z usług

Kolejne strony dziennika:

Data	Rodzaj wykonanych czynności	Uwagi, spostrzeżenia, informacje dotyczące kontaktów, wizyt, wnioski	Podpis osoby dokonującej wpisu

Uwagi / wyjaśnienia:

1. *W kolumnie „Rodzaj wykonanych czynności" dopuszczalne jest użycie kodów dla określenia wykonanych czynności opiekuńczych (o ile kody te zostały nadane w Indywidualnym zakresie usług opiekuńczych.)* [59] *W przypadku realizacji zakupów i recept lub opłacania rachunków wpis obejmuje:*
   b. *informację o kwocie pobranej od osoby korzystającej z usług,*
   c. *informację o kwocie podlegającej rozliczeniu z osobą korzystającą z usług po dokonaniu zakupów,*
   d. *podpis osoby korzystającej z usług, potwierdzający rozliczenie się osoby świadczącej usługi ze środków pieniężnych.*
2. *Dokonując wpisu potwierdzającego fakt monitorowania środowiska i świadczonych usług w kolumnie „Rodzaj wykonanych czynności" należy wpisać „wizyta monitorująca".*

Źródło: Opracowanie na podstawie materiałów standaryzacyjnych powstałych w fazie modelu.

[59] *Stosując przykładowe oznaczenia z Załącznika nr 1 kodem „2c" oznaczyć można wykonanie czynności „dostarczenie gotowego posiłku".*

Załącznik nr 3

.....

pieczęć Wykonawcy

……., dnia …….. 20... r.

HARMONOGRAM
świadczenia usług opiekuńczych
w miesiącu ..... 20…. r.

UWAGA

W przypadku świadczenia usług przez np. dwóch opiekunów u tej samej osoby korzystającej z usług, odbiorcę usług należy wykazać dwukrotnie (w osobnych wierszach tabeli), przyporządkowując nazwisko osoby świadczącej usługi

lp.	Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług	Adres osoby korzystającej z usług	Nazwisko i imię osoby świadczącej usługi (opiekunki)	Dni tygodnia	Godziny pracy opiekunki od / do	Suma godzin planowanych do wykonania przez opiekunkę	Ilość godzin wypracowana przez opiekunkę u danej osoby objętej usługami w poprzednim miesiącu	Uwagi
1	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8***	***9***

Sporządził: _____ Podpis osoby reprezentującej Wykonawcę: _____

Źródło: Opracowanie na podstawie dokumentacji MOPS w Gdyni (materiały fazy modelu).

CZĘŚĆ C –Standard poradnictwa specjalistycznego w tym poradnictwo specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne

Iwona Płatek

Wprowadzenie

Jak pisze Ryszard Łukasiewicz – „Żyjemy w świecie narastającego zagubienia ludzi, poczucia ich niepewności wobec losów indywidualnej i wspólnej egzystencji, dramatycznego doświadczania nieprzejrzystości procesów historycznych i społecznych, zapętlenia się zagrożeń ekologicznych, powiększania się stref ubóstwa, nędzy i bezrobocia, drapieżnych nacjonalizmów i fundamentalizmów, pogłębiania się nierówności i zacofania, galopujących przejawów dominacji, upadku wielkich ideologii i kryzysów kultury".[60] „Współczesny świat sprawia, że coraz trudniej jest być samowystarczalnym w kształtowaniu jego rzeczywistego obrazu i podejmowania życiowych decyzji. Niemożliwe wydaje się funkcjonowanie we współczesnym świecie bez odwoływania się do „przewodników" i organizacji lub instytucji wspierających".[61] Każdy z nas świadomie lub intuicyjnie oczekuje wsparcia w radzeniu sobie z otaczającą rzeczywistością. Nie tyle oczekujemy „podanych na tacy" gotowych rozwiązań ale raczej podpowiedzi, wskazówek co do sposobów rozwiązywania problemów, z którymi się borykamy. W obszar ten wpisuje się poradnictwo, które może obejmować zarówno działania społeczne, jak i interakcje międzyosobowe, a także może realizować się w działalności zorganizowanej oraz stanowić formę pomocy społecznej.[62]

Zapotrzebowanie na poradnictwo i informacje w Polsce jest bardzo duże. Wynika ono z zawiłości polskiego prawa oraz niewystarczającej oferty bezpłatnych specjalistycznych usług po-

[60] R. Łukasiewicz, Czas transformacji. Od niepewności człowieka – do niepewności edukacji, Kraków 1995, s. 10.
[61] R. Parzęcki, Zdolności czy kompetencje interpersonalne doradcy zawodowego w poradnictwie grupowym, w: Poradnictwo zawodowe w teorii i praktyce, Monografia zbiorowa, Gdańsk 2010, s. 122.
[62] A. Kargulowa, O teorii i praktyce poradnictwa, Warszawa 2004, s. 36 – 55.

radniczych i informacyjnych świadczonych przez instytucje i organizacje pomocy i integracji społecznej, szczególnie dla osób i grup pozostających w kręgu wykluczenia społecznego. Działające bezpłatne punkty poradnicze i informacyjne zawsze cieszą się dużym zainteresowaniem klientów.

Istnienie instytucji i organizacji świadczących poradnictwo i dostęp do nich jest dobrem społecznym, z którego każdy może korzystać. Nie jest to jednak wystarczający element, gdyż jak pisze Jacek Hołówka „pomoc musi być konkretna, przydatna i realna. Jej wartość zależy tylko od tego, jaki niesie pożytek. Nie jest czymś dobrym przez sam zamiar, przez poświęcenie ofiarodawcy, przez fakt, że można ją nazwać pomocą. Nie jest bowiem ważne, że się pomaga, ważne jest, jak się pomaga". [63]

Dla zapewnienia odpowiedniej jakości świadczonej usługi, jaką jest usługa poradnicza, ważne jest określenie „wytycznych" do świadczenia tej usługi, a więc określenie jej standardu. Określenie standardu usługi, jej zakresu przedmiotowego i rzeczowego, zasad organizacyjnych oraz kwalifikacji personelu świadczącego poradnictwo specjalistyczne pozwoli na podniesienie jakości świadczonych usług poradniczych, zdynamizuje proces rozwoju poradnictwa specjalistycznego prowadzonego zarówno przez publiczne, jak i pozarządowe podmioty pomocy i integracji społecznej, a przede wszystkim służyć będzie poprawie sytuacji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Ponadto należy podkreślić, że niezwykle ważnym dla rozwoju jakości usług poradniczych w Polsce jest wypracowany zestaw punktów referencyjnych dla systemów zapewnienia jakości usług poradnictwa w Europie, wraz z propozycjami wykorzystania poszczególnych narzędzi doskonalenia istniejącej polityki i systemów poradnictwa na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.

1. Usługa poradnictwa specjalistycznego jako przedmiot standaryzacji

1.1 Zasady i wartości

Świadczenie poradnictwa specjalistycznego powinno być oparte na następujących zasadach i wartościach:

Centralna rola klienta rozumiana jako:

- ***niezależność*** – klient ma prawo wyboru instytucji lub podmiotu świadczącego usługi poradnicze zgodnie z indywidualnymi potrzebami i oczekiwaniami;
- ***bezstronność*** – poradnictwo bierze pod uwagę wyłącznie potrzeby klienta; nie kieruje się interesem i potrzebami instytucji oraz podmiotów świadczących

[63] *J. Hołówka, O pomocy w potrzebie, w: M. Środa (red.), O wartościach, normach i problemach moralnych, Warszawa 1994, s. 390 – 391.*

te usługi ani względami finansowymi; nie dyskryminuje nikogo ze względu na płeć, wiek, narodowość, pochodzenie społeczne, kwalifikacje, talenty, itd.;
- ***poufność*** – klienci mają prawo do traktowania, jako poufne informacje o charakterze osobistym, jakich udzielają w ramach procesu doradczego;
- ***równość szans*** – poradnictwo przestrzega zasady równych szans, wszystkich osób chcących korzystać z poradnictwa specjalistycznego;
- ***podejście holistyczne*** – proces doradczy szanuje osobisty, społeczny, kulturowy oraz ekonomiczny kontekst podejmowania decyzji przez klientów.

Kształtowanie samodzielności klientów:
- ***upodmiotowienie*** – poradnictwo pomaga klientom w rozwiązywaniu problemów, na jakie napotykają w codziennym życiu, poprzez nabycie przez nich umiejętności planowania i kierowania własnym życiem w obszarze społecznym, psychologicznym i rodzinnym;
- ***aktywne uczestnictwo*** – poradnictwo ma charakter działania opartego na współpracy między klientem a podmiotem świadczącym usługi poradnicze oraz innymi ważnymi uczestnikami tego procesu, w szczególności podmiotami pomocy i integracji społecznej, placówkami oświatowymi, ochrony zdrowia oraz opiera się na aktywnym uczestnictwie klienta.

Zwiększenie dostępności poradnictwa dla klienta:
- ***przejrzystość*** – charakter usług dostępnych w ramach poradnictwa jest zrozumiały dla klienta;
- ***życzliwość i empatia*** – personel świadczący usługi tworzy przyjazną atmosferę dla klientów;
- ***ciągłość*** – poradnictwo wspiera klientów w szeregu decyzji i zmian o charakterze prawnym, psychologicznym, społecznym i rodzinnym;
- ***osiągalność*** – wszyscy obecni, jak i przyszli klienci mają prawo do korzystania z usług poradnictwa w każdym momencie życia;
- ***dostępność*** – usługi poradnictwa są świadczone w sposób elastyczny i przyjazny dla użytkownika, np. poprzez kontakt bezpośredni, telefoniczny, poza poradniami, poprzez pocztę elektroniczną, w takich miejscach i o takich porach, jakie są właściwe ze względu na potrzeby klientów;
- ***elastyczność*** – poradnictwo wykorzystuje szerokie spektrum metod, odpowiednich wobec różnorodnych potrzeb klientów.

Zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług:
- ***stosowanie odpowiednich metod doradczych*** – stosowane metody doradcze mają odpowiednie oparcie w teorii/empirii i są odpowiednie do danego celu;
- ***ciągłe doskonalenie*** – podmioty świadczące usługi poradnictwa stosują zasadę ciągłego doskonalenia się, wykorzystują w systematyczny sposób informacje zwrotne od klientów oraz zapewniają personelowi możliwość doskonalenia zawodowego;
- ***prawo do odszkodowania*** – klienci mają prawo do wnoszenia skarg w formalnym trybie, jeżeli ich zdaniem porada jaką otrzymali była niezadowalająca;
- ***kompetentny personel*** – doradcy świadczący usługi poradnictwa posiadają kompetencje uznane na szczeblu krajowym, świadczące o umiejętności określenia potrzeb klientów i odpowiadania na nie oraz, jeśli istnieje taka potrzeba,

do kierowania klientów do innych placówek i służb, bardziej odpowiednich w danej sytuacji. [64]

Podane **zasady i wartości są kluczowe** przy organizowaniu poradnictwa specjalistycznego, wyznaczają kierunek i stanowią podstawę organizowania i świadczenia poradnictwa. Przestrzeganie tych zasad, a właściwie odpowiedź na ile zasady te są stosowane w codziennej pracy poradni, świadczy o stosowaniu bądź nie wyznaczonego zasadami standardu usługi. W dalszej części opracowania, szczegółowo nawiązywać będziemy do wskazanych zasad i wartości.

1.2 Zakres unormowań prawnych i podstawowe definicje

Zalecane nowe regulacje prawne dotyczące organizowania poradnictwa specjalistycznego, w tym poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne, określają:

1. zasady organizowania i świadczenia poradnictwa specjalistycznego;
2. kwalifikacje osób świadczących poradnictwo specjalistyczne;
3. szczególne warunki organizacji i świadczenia poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne, w tym zakres poradnictwa prawnego świadczonego tym osobom.

Poradnictwo specjalistyczne jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, **bez względu na posiadany dochód.** Z poradnictwa specjalistycznego korzystać więc mogą nie tylko osoby na co dzień korzystające ze świadczeń finansowych pomocy społecznej (osoby spełniające ustawowe kryteria dochodowe), ale z usługi poradniczej skorzystać może każdy, kto potrzebuje wsparcia w sytuacji problemów życiowych.

Należy podkreślić, że niepełnosprawność jest dla wielu osób i rodzin głównym źródłem problemów i trudności. Podkreśla to ustawa o pomocy społecznej, wymieniając niepełnosprawność jako jeden z podstawowych powodów udzielania pomocy społecznej (art. 7). Dlatego też odrębną część niniejszej publikacji oraz rekomendacji legislacyjnych w zakresie standardu (projektu rozporządzanie w sprawie poradnictwa specjalistycznego oraz propozycji zmian ustawowych, które przekazano ministrowi właściwemu ds. zabezpieczania społecznego, w celu dalszych prac legislacyjnych), poświęcono organizowaniu poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, ich rodzin oraz osób wspierających osoby niepełnosrpawne.

Na potrzeby nowych regulacji prawnych, dotyczących organizacji poradnictwa specjalistycznego, przyjęto bardzo **szeroką definicję osoby niepełnosprawnej.** W gronie adresatów usługi poradnictwa specjalistycznego, oprócz osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, znajdują się również osoby, które trwale lub czasowo z powodu choroby mają problemy z pełnieniem ról społecznych. W gronie tych osób mogą

[64] *Opracowano na podstawie: Doskonalenie polityki i systemów poradnictwa przez całe życie. Stosowanie wspólnych europejskich narzędzi referencyjnych, publikacja Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2006.*

znaleźć się np. osoby po leczeniu szpitalnym, w trakcie rehabilitacji po wypadkach komunikacyjnych, terapii nowotworowej lub leczeniu schorzeń kardiologicznych, które bardzo potrzebują wsparcia psychologicznego lub rodzinnego. Osoby te w wielu przypadkach oczekiwać będą poradnictwa prawnego w zakresie ubiegania się o świadczenia rentowe lub rehabilitacyjne.

W gronie adresatów poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych znajdują się również **członkowie rodzin osób niepełnosprawnych.** I w tym przypadku definicja rodziny jest szersza, obejmuje również osoby niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące z osobą niepełnosprawną.

Z poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych mogą korzystać również **osoby, które wspierają osoby niepełnosprawne w codziennym życiu, np. przyjaciele, sąsiedzi, wolontariusze.** Osoby te często oczekują informacji i wiedzy z zakresu opieki nad osobą niepełnosprawną, udzielania wsparcia psychologicznego dla osoby chorej i cierpiącej. W wielu przypadkach, w imieniu osoby niepełnosprawnej, osoby te załatwiają sprawy urzędowe, dlatego wiedza z zakresu prawa dotyczącego osób niepełnosprawnych będzie przez nich bardzo potrzebna i oczekiwana.

Przed *doradcę* należy rozumieć profesjonalistę udzielającego porad klientom. W przypadku przedmiotowego poradnictwa specjalistycznego będą to prawnik, psycholog oraz specjaliści świadczący poradnictwo rodzinne.

2. Organizowanie i świadczenie poradnictwa specjalistycznego

2.1 Wykonawca usługi

Jako podmiot realizujący usługę poradnictwa specjalistycznego, wskazano powiatowe centrum pomocy rodzinie lub w przypadku miasta na prawach powiatu – miejski ośrodek pomocy rodzinie. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej jest to **zadanie samorządu powiatu.**

Usługa ta może być również realizowana przez organizacje pozarządowe lub podmiot wymieniony w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234 poz. 1536, z późn. zm.), którym zlecono realizację zadań publicznych z zakresu świadczenia poradnictwa specjalistycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

2.2 Forma udzielania porad

Dla poradnictwa specjalistycznego zakłada się **ustną formę** udzielania porad, która realizowana jest podczas bezpośredniego spotkania doradcy z klientem.

Należy przez to rozumieć, że w przypadku prowadzenia poradnictwa „na odległość" szczegółowe przepisy nie obowiązują. Wyjątek stanowi poradnictwo specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych, w którym założono, że z uwagi na ograniczenia osób chorych i niepełnosprawnych w wielu przypadkach korzystanie z poradnictwa przez telefon czy poprzez pocztę elektroniczną może być podstawową formą komunikacji pomiędzy doradcą i klientem niepełnosprawnym. Tak przyjęte rozwiązanie wynika z zastosowania zasady **zwiększenia dostępności poradnictwa dla klientów.**

2.3 Miejsce świadczenia usługi

Miejscem udzielania poradnictwa specjalistycznego jest **siedziba podmiotu realizującego usługę** (siedziba PCPR, MOPR, organizacji pozarządowej). Poradnictwo specjalistyczne może być również prowadzone w tzw. **mobilnym punkcie poradniczym.**

Mobilny punkt poradniczy to czasowe miejsce świadczenia poradnictwa specjalistycznego, organizowane blisko miejsca zamieszkania osób uprawnionych, które z uwagi na ograniczenia swej sprawności mają problem z dotarciem do siedziby podmiotu realizującego poradnictwo specjalistyczne. Mobilne punkty poradnictwa mogą znajdować się np. w pomieszczeniach gminnego ośrodka pomocy społecznej, w siedzibie lokalnej organizacji lub pomieszczeniach przyparafialnych. Jest to dobre rozwiązanie szczególnie na terenach wiejskich, słabo skomunikowanych z większymi ośrodkami.

To przykład praktycznego stosowania zasady **zwiększenia dostępności poradnictwa dla obywateli,** a szczególnie **zasady osiągalności i dostępności do korzystania z tej usługi przez klientów.**

W sytuacji uniemożliwiającej opuszczenie przez osobę uprawnioną lokalu lub budynku, w którym ta osoba zamieszkuje lub czasowo przebywa, porady mogą być udzielane osobie uprawnionej w tym lokalu lub budynku.

Standard poradnictwa specjalistycznego zakłada możliwość świadczenia porad **w miejscu zamieszkania klienta.** Wariant ten stosuje się głównie w sytuacji klientów z niepełnosprawnością, którzy z powodu ograniczeń wynikających z ciężkiej choroby i niepełnosprawności nie mogą opuścić swojego miejsca zamieszkania. Problem ten dotyczy np. osób ciężko chorych somatycznie, osób z niepełnosprawnością ruchową całkowicie leżących i stale korzystających z aparatury wspomagającej funkcje życiowe. Przybycie specjalisty do domu klienta jest jedyną możliwością skorzystania z pomocy specjalisty. Należy jednak podkreślić, że poradnictwo udzielane w miejscu zamieszkania klienta traktowane powinno być **wyjątkowo,** w uzasadnionych przypadkach, kiedy nie ma możliwości, aby klient osobiście odwiedził poradnię. Należy pamiętać, że osobista wizyta u specjalisty w poradni, to dla klienta forma aktywizacji społecznej. Wyjście z domu, przebywanie wśród innych ludzi, wykonywanie czynności takich jak inni „zdrowi" to duży krok w procesie wychodzenia z wykluczenia społecznego

i izolacji, budowania poczucia własnej wartości i siły życiowej. Osoby z niepełnosprawnością z pewnością w tym procesie oczekiwać będą pomocy ze strony rodziny lub asystenta osoby z niepełnosprawnością.

2.4 Wykonanie usługi

Instytucja pomocy społecznej lub organizacja pozarządowa realizująca poradnictwo specjalistyczne zgodnie ze standardem, informuje klientów o dniach i godzinach oraz miejscu świadczenia poradnictwa specjalistycznego na rzecz osób uprawnionych, a także o numerze telefonu oraz adresie e-mail, pod którym można dokonywać zgłoszeń skorzystania z poradnictwa, poprzez umieszczenie informacji w budynku lub lokalu, w którym świadczy się poradnictwo specjalistyczne lub w mobilnym punkcie poradniczym.

Osoby uprawnione mogą zgłaszać potrzebę skorzystania z poradnictwa specjalistycznego osobiście – w siedzibie podmiotu realizującego poradnictwo specjalistyczne lub w mobilnym punkcie poradniczym, a także telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Podmiot realizujący poradnictwo specjalistyczne obowiązany jest zapewnić osobę, która w dniach i godzinach, w których świadczone jest poradnictwo specjalistyczne, będzie przyjmowała zgłoszenia klientów zainteresowanych skorzystaniem z poradnictwa.

Poradnia posiada **stanowisko informacyjne (recepcję),** gdzie zatrudniony pracownik przyjmuje zgłoszenia od klientów chcących skorzystać z poradnictwa specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnością, prowadzi terminarz zgłoszeń. **Zgłoszenia mogą być przyjmowane drogą telefoniczną, pocztą elektroniczną lub osobiście przez zainteresowaną osobę.**

Przyjęcie takiej zasady organizacyjnej przeciwdziała tworzeniu się kolejek do specjalistów gdyż klienci przychodzą na wcześniej ustalony dzień i godzinę. W przypadku osób z niepełnosprawnością jest to bardzo ważna zasada – niektóre osoby chore bardzo źle znoszą długotrwałe oczekiwanie w obcym środowisku np. osoby chore na autyzm. U większości ludzi długotrwałe oczekiwanie powoduje poirytowanie i negatywne nastawienie do realizatora usługi. Świadomość oczekujących przed drzwiami poradni licznej grupy klientów nie wpływa korzystnie na jakość pracy doradcy; powoduje zdenerwowanie, pośpiech przy obsłudze klientów i powierzchowne zajęcie się problemem zgłaszającej się osoby.

Porady udzielane są osobom uprawnionym zgodnie z kolejnością zgłoszeń. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, gdy charakter porady oraz stan sprawy za tym przemawiają, osobie uprawnionej można udzielić porady niezwłocznie. Udzielenie porady w sposób określony j.w. nie może skutkować poniesieniem uszczerbku przez osoby uprawnione, którym porad udziela się w dalszej kolejności.

2.5 Problemy związane z wykonaniem usługi

Częstym problemem, który pojawia się w każdej recepcji poradni, jest **absencja wcześniej umówionych klientów.** Dlatego też dobrym rozwiązaniem jest nawiązanie kontaktu z klientem na dzień przed wizytą i przypomnienie o terminie wizyty u specjalisty, ewentualnie zmiana terminu, w sytuacji kiedy klient nie może w niej uczestniczyć. Już przy ustalaniu terminu wizyty u specjalisty dobrze poinformować klienta, że w sytuacji kiedy wizyta nie będzie mogła dość do skutku w każdej chwili klient może termin ten zmienić lub go odwołać, niezbędny jest jednak wcześniejszy kontakt z recepcją poradni.

Taka praktyka pozwala również uniknąć sytuacji wystąpienia tzw. **nieefektywnego czasu pracy doradców** i zapłaty za ten czas. Dobrym rozwiązaniem jest przyjęcie ryczałtowej zapłaty za godziny „nieefektywnej" pracy czyli w sytuacji kiedy z powodu absencji klienta doradca nie udziela porady, za ten czas otrzymuje jedynie 50 % stawki wynagrodzenia. Innym rozwiązaniem jest przyjęcie zasady, że w sytuacji niestawienia się klienta na umówioną poradę, doradca w tym czasie wykonuje tzw. czynności pośrednie – np. przygotowuje materiały informacyjne dla klientów, uzupełnia dokumentację sprawozdawczą, aktualizuje bazę danych o placówkach pomagającym osobom z niepełnosprawnością itp.

Klienci poradnictwa specjalistycznego **umawiają terminy spotkań ze specjalistami tylko w recepcji poradni.** Pracownik recepcji, przyjmujący zgłoszenie powinien poprosić klienta o podanie problemu, który będzie przedmiotem poradnictwa, co ułatwi specjaliście wcześniejsze przygotowanie się do świadczenia usługi. Nie jest to wymóg obowiązkowy, gdyż niektórzy klienci nie chcą lub nie potrafią określić problemu. Terminy spotkań ze specjalistą ustalane są wg kolejności zgłoszeń.

Niedopuszczalne jest przyjmowanie zgłoszeń na wizytę poradniczą przez doradców, szczególnie w czasie godzin udzielania porad klientom. O braku dobrej organizacji pracy świadczą takie przykłady jak odbieranie telefonów przez doradcę w czasie przyjmowania klientów lub nagłe wtargnięcie osoby z zewnątrz, która chce się umówić na spotkanie ze specjalistą w czasie, kiedy ten świadczy poradnictwo.

Rozwiązanie przyjęte w standardzie poradnictwa specjalistycznego to realizacja **zasady zwiększenia dostępności poradnictwa** dla obywateli oraz **zasadę równych szans** wszystkich osób chcących skorzystać z poradnictwa specjalistycznego.

2.6 Dokumentowanie

Świadczenie poradnictwa specjalistycznego jest dokumentowane przez podmiot realizujący poradnictwo specjalistyczne, poprzez:

- prowadzenie terminarza zgłoszeń,
- prowadzenie rejestru udzielonych porad,
- sporządzenie, przez doradcę, karty usługi poradniczej,
- gromadzenie ankiet ewaluacyjnych wypełnionych przez osoby uprawnione, zawierających ocenę jakości udzielonej porady.

Standard poradnictwa specjalistycznego, uregulowany prawnie, określa **zasady dokumentowania świadczenia usługi** poradnictwa specjalistycznego na kilku poziomach:

- zgłoszenia potrzeby skorzystania z porady przez klienta (terminarz zgłoszeń prowadzony przez pracownika przyjmującego zgłoszenia);
- realizacji/przebiegu usługi (karta usługi poradniczej wypełniana przez doradcę);
- okresowej sprawozdawczości prowadzonej przez doradców i pracownika odpowiedzialnego za koordynację pracy poradni.

Regulacje prawne odnoszące się do organizowania poradnictwa specjalistycznego zwracają uwagę na konieczność ochrony danych zawartych w dokumentacji wytworzonej w procesie świadczenia poradnictwa specjalistycznego. Zapisy te wynikają z ogólnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych oraz stanowią przykład praktycznego wdrożenia rekomendowanej **zasady poufności,** która towarzyszy przy świadczeniu poradnictwa specjalistycznego. Zasada poufności obejmuje również potrzebę zapewnienia ogólnych warunków bezpieczeństwa i atmosfery zaufania, które towarzyszyć powinny spotkaniu doradcy i klienta, poprzez przyjęcie właściwych rozwiązań organizacyjno-technicznych w poradni.

2.7 Wymogi wobec Wykonawcy usług

Standard poradnictwa specjalistycznego nakłada na instytucję lub organizację prowadzącą poradnictwo specjalistyczne obowiązek zapewnienia doradcom możliwość doskonalenia zawodowego, poprzez uczestnictwo w szkoleniach, seminariach, konferencjach.

W przypadku psychologów, pracowników socjalnych i innych specjalistów świadczących poradnictwo rodzinne i psychologiczne, istotną formą doskonalenia zawodowego jest regularne uczestnictwo w superwizjach.

Doradcy, w celu świadczenia profesjonalnej usługi poradniczej, muszą mieć możliwość konsultacji z innymi specjalistami lub innymi jednostkami organizacyjnymi. Zebranie jak największej wiedzy o problemie klienta oraz zebranie kompleksowej informacji, w jaki sposób można klientowi pomóc, daje gwarancję, że problem klienta zostanie właściwie rozwiązany. Organizator usługi powinien więc tak zorganizować warunki pracy, aby doradca miał możliwość korzystania z konsultacji i współpracy z innymi podmiotami.

Stałe doskonalenie warsztatu pracy doradcy to realizacja rekomendowanej zasady **ciągłego doskonalenia,** jako jednego z warunków zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług.

3. Wybrane rodzaje poradnictwa specjalistycznego

3.1 Poradnictwo prawne

Standard poradnictwa specjalistycznego wskazuje, że poradnictwo prawne jest usługą polegającą na udzielaniu klientom porad prawnych w zakresie:

- prawa rodzinnego i opiekuńczego,
- zabezpieczenia społecznego,
- ochrony praw lokatorów.

Usługa ta może mieć charakter udzielania przez doradcę klientowi:

- **ogólnych informacji** na temat obowiązujących przepisów prawa;
- **szczegółowych informacji** dotyczących sytuacji prawnej klienta, w tym informacji o możliwości ubiegania się o konkretne uprawnienie lub świadczenie, zasad i warunków jego przyznawania, procedury ubiegania się o nie (gdzie, w jakim terminie, na podstawie jakich formularzy, dokumentów i załączników rozpatrywany jest wniosek o udzielenie świadczenia), procedurze odwoławczej w przypadku odmowy przyznania świadczenia;
- **konsultacji w procedurze wspierania klienta** w trakcie prowadzonego przez niego samodzielnego postępowania przed organami administracji, sądem lub inną instytucją.

Sekwencja czynności usługowych przy poradnictwie prawnym przedstawiać się będzie w następujący sposób:

- w przypadku **udzielania informacji** o obowiązujących przepisach prawnych:
  1. Zapoznanie się z oczekiwaniami klienta.
  2. Udzielenie informacji zgodnie z oczekiwaniami klienta.
  3. Przekazanie materiałów informacyjnych, które mogą być pomocne klientowi.
  4. Poinformowanie o możliwości skorzystania z poradnictwa prawnego w przyszłości zarówno w przedmiocie przekazanej informacji, jak i w innych sprawach prawnych pozostających w zakresie poradnictwa prawnego.

Sekwencja czynności usługowych w przypadku **udzielania informacji na temat sytuacji prawnej klienta:**

1. Zapoznanie się z problemem zgłoszonym przez klienta, np. ubieganie się o rentę z tytułu niezdolności do pracy.
2. Zebranie informacji od klienta i zapoznanie się z dokumentacją w przedmiotowej sprawie, jeśli klient taką posiada, bo wcześniej podejmowane już były czynności administracyjne w tej sprawie.
3. Udzielenie szczegółowych informacji i wyjaśnień w sprawie, np. przedstawienia możliwości i warunków ubiegania się o rentę z tytułu niezdolności do pracy, procedury ubiegania się o świadczenie, wymaganych dokumentów, procedury odwoławczej w przypadku decyzji odmawiającej przyznanie świadczenia.
4. Wspólne opracowanie dalszych działań w przedmiotowej sprawie: jakie czynności musi podjąć klient (np. skompletować konieczną dokumentację obrazującą wymagane lata pracy zawodowej), jakie działania podejmie specjalista (np. przygotuje projekt wniosku do ZUS).

5. Ustalenie terminu kolejnego spotkania jeśli istnieją ku temu przesłanki.

Uwaga: W toku analizy sprawy może okazać się, że roszczenia klienta są niewymagalne lub sprawa jest bezzasadna. W takiej sytuacji specjalista może odmówić podejmowania dalszych działań w przedmiotowej sprawie. Jednocześnie specjalista powinien poinformować o innych możliwościach działania, np. ubiegania się o świadczenia z pomocy społecznej.

Sekwencja czynności usługowych w **procesie wspierania klienta** w jego postępowaniu przed organami administracji lub sądami:

1. Zapoznanie się z problemem klienta, np. klient otrzymał odmowę przyznania renty socjalnej.
2. Zapoznanie się z treścią decyzji odmownej oraz innymi dokumentami związanymi ze sprawą.
3. Zebranie dodatkowych informacji od klienta, które mogą przyczynić się do przygotowania dalszych działań w przedmiotowej sprawie.
4. W przypadku zasadności podejmowania dalszych działań, wyjaśnienie klientowi dalszej procedury i przygotowania dokumentacji w procedurze odwoławczej.
5. Ustalenie terminu kolejnego spotkania lub zakończenie usługi w przedmiocie sprawy.

Standard poradnictwa specjalistycznego wskazuje, że doradca świadczący poradnictwo prawne opracowuje również oraz udostępnia klientom **materiały informacyjne w zakresie praw i uprawnień** klientów, zarówno w miejscu świadczenia poradnictwa, jak również poprzez stronę internetową wykonawcy usługi.

W przypadku, gdy dla udzielenia porady prawnej konieczne jest zapoznanie się z dokumentacją, doradca może wezwać osobę uprawnioną do okazania, w niezbędnym zakresie, tej dokumentacji.

Jeżeli osoba uprawniona nie jest w stanie przedstawić podczas pierwszego spotkania dokumentacji koniecznej do udzielenia porady, doradca w celu dostarczenia tej dokumentacji przez osobę uprawnioną powinien uzgodnić z tą osobą termin następnego spotkania.

W przypadku, gdy z innych względów nie jest niemożliwe udzielenie porady podczas jednego spotkania, doradca powinien wyznaczyć w uzgodnieniu z osobą uprawnioną termin kolejnego spotkania.

W przypadku udzielania przez doradcę **szczegółowych informacji** dotyczących sytuacji prawnej klienta, w tym informacji o możliwości ubiegania się o konkretne uprawnienie lub świadczenie, zasad i warunków jego przyznawania, procedury ubiegania się o nie, procedury odwoławczej w przypadku odmowy przyznania świadczenia lub też prowadzenia **konsultacji w procedurze wspierania klienta** w trakcie prowadzonego przez niego samodzielnego postępowania przed organami administracji, sądem lub inną instytucją, niezbędne jest zapoznanie się doradcy z dokumentacją posiadaną przez klienta w sprawie, która jest przedmiotem poradnictwa. Z uwagi na potrzebę zapoznania się z dokumentami, ich analizę, niezbędne jest ustalenie terminu kolejnego spotkania.

Rekomendacje legislacyjne w zakresie standardu poradnictwa specjalistycznego wskazują sytuację, kiedy doradca może odmówić udzielenia porady prawnej. Odmowa taka następu-

je w sytuacji, kiedy klient posiada już swojego pełnomocnika (adwokata, radcę prawnego), a więc objęty już jest specjalistycznym wsparciem. Innymi powodami odmowy może być sytuacja wystąpienia konfliktu interesów klienta z instytucją prowadzącą poradnictwo lub osobą w niej zatrudnioną.

Przykład:
Klient otrzymał decyzję odmowną w sprawie przyznania świadczenia z pomocy społecznej wydanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Ten sam Ośrodek świadczy poradnictwo specjalistyczne – poradnictwo prawne. Klient, nie zgadzając się z decyzją Ośrodka, umawia się na spotkanie z doradcą – prawnikiem w Ośrodku. Doradca zapoznając się z przedmiotem sprawy odmawia udzielenia porady z uwagi na występujący konflikt interesów klienta z instytucją prowadzącą poradnictwo.

Dobrej jakości poradnictwo prawne to przede wszystkim poradnictwo świadczone w sposób bezstronny i obiektywny, opierające się na kompletnych i wiarygodnych dokumentach zgromadzonych w przedmiotowej sprawie.

Doradca świadczący poradnictwo prawne ma obowiązek:
- dokumentowania realizacji poradnictwa prawnego poprzez wypełnienie karty usługi poradniczej,
- uczestniczenia w okresowej ocenie poradnictwa specjalistycznego,
- uczestniczenia w szkoleniach, kursach i innych formach doskonalenia zawodowego,
- współpracy z innymi doradcami lub pracownikami socjalnymi w sprawach dotyczących osób uprawnionych.

Doradcy świadczący poradnictwo specjalistyczne, oprócz tzw. **czynności bezpośrednich** związanych z bezpośrednią pracą z klientem (udzielanie informacji i porad), mają obowiązek w ramach swojej pracy wykonywać czynności związane z dokumentowaniem swojej pracy, uczestnictwem w ocenie wykonywanych czynności poradniczych, podnoszeniem swoich umiejętności i wiedzy oraz współpracą z innymi specjalistami. Wymienione czynności to tzw. **czynności pośrednie,** o wykonywaniu których organizator usługi powinien pamiętać przy planowaniu wymiaru czasu pracy doradców i określaniu zakresu czynności pracowników.

Standard poradnictwa specjalistycznego wskazuje na minimalne kwalifikacje doradcy świadczącego poradnictwo prawne. Oprócz ukończenia studiów wyższych i otrzymania tytułu **magistra prawa,** doradca powinien posiadać **co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w udzielaniu porad.**

Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez udzielanie pomocy klientom, którzy przeżywają kryzysy rozwojowe, trudności przystosowawcze i inne problemy natury psychologicznej. Usługa ta polega na dawaniu porad w zakresie występujących aktualnie problemów klienta w jego psycho-społecznym funkcjonowaniu.

Analogicznie, jak w przypadku obowiązków doradcy poradnictwa prawnego, również psycholodzy świadczący poradnictwo specjalistyczne obowiązani są do wykonywania tzw. czynności pośrednich związanych z doskonaleniem zawodowym oraz dokumentowaniem i oceną świadczonych usług.

Zgodnie ze standardem osoba świadcząca poradnictwo psychologiczne musi posiadać co najmniej tytuł **magistra psychologii.**

3.2 Poradnictwo psychologiczne

Standard poradnictwa specjalistycznego nie wskazuje konkretnych metod i technik, które wykorzystywać powinien psycholog świadczący poradnictwo psychologiczne. Standard zakłada, że w procesie poradnictwa specjalistycznego doradca wykorzystywać będzie sprawdzone i uznane profesjonalne modele, metody i standardy uznane w środowisku zawodowym psychologów.

Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez udzielanie pomocy klientom, którzy przeżywają kryzysy rozwojowe, trudności przystosowawcze i inne problemy natury psychologicznej. Usługa ta polega na dawaniu porad w zakresie występujących aktualnie problemów klienta w jego psycho-społecznym funkcjonowaniu.

Analogicznie, jak w przypadku obowiązków doradcy poradnictwa prawnego, również psycholodzy świadczący poradnictwo specjalistyczne obowiązani są do wykonywania tzw. czynności pośrednich związanych z doskonaleniem zawodowym oraz dokumentowaniem i oceną świadczonych usług.

Zgodnie ze standardem osoba świadcząca poradnictwo psychologiczne musi posiadać co najmniej tytuł magistra psychologii.

3.3 Poradnictwo rodzinne

Poradnictwo rodzinne obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną. W ramach poradnictwa rodzinnego udziela się pomocy osobom uprawnionym do korzystania z poradnictwa w rozwiązywaniu problemów występujących w ich rodzinach.

Analogicznie, jak w przypadku obowiązków doradcy poradnictwa prawnego i psychologicznego, również specjaliści świadczący poradnictwo rodzinne obowiązani są do wykonywania tzw. czynności pośrednich związanych z doskonaleniem zawodowym oraz dokumentowaniem i oceną świadczonych usług.

Doradca poradnictwa rodzinnego powinien posiadać tytuł magistra następujących kierunków:

- nauka o rodzinie lub
- psychologia lub
- pedagogika lub
- praca socjalna.

Doradca powinien również posiadać co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia poradnictwa dotyczącego problemów rodzinnych.

4. Monitoring i ewaluacja poradnictwa specjalistycznego

Realizacja poradnictwa specjalistycznego (prawnego, psychologicznego, rodzinnego) powinna podlegać **stałemu monitoringowi,** rozumianemu jako systematyczne i bieżące zbieranie, analizowanie i używanie informacji dla celów prowadzenia nadzoru nad realizowaną usługą i podejmowania bieżących decyzji w zakresie organizowania usługi. Monitoring poradnictwa specjalistycznego „opiera się na permanentnym śledzeniu i analizowaniu prawidłowości przebiegu poszczególnych czynności"[65], jakie podejmowane są w procesie poradnictwa.

Do prowadzenia monitoringu poradnictwa specjalistycznego zobowiązany jest powiat lub podmiot wykonujący usługę poradnictwa specjalistycznego.

Narzędziami monitoringu poradnictwa specjalistycznego są:

- terminarze zgłoszeń do doradców udzielających poradnictwa specjalistycznego;
- indywidualne karty udzielonego poradnictwa;
- rejestry udzielonych porad;
- karty czasu pracy specjalistów;
- ankiety, indywidualne kwestionariusze wywiadów przeprowadzanych z klientami oraz specjalistami udzielającymi porad i inne narzędzia stosowane w badaniach społecznych.

Przykładowe wskaźniki monitoringu poradnictwa specjalistycznego, które można wykorzystywać w bieżącej pracy poradni to:

1. Liczba udzielonych porad w podziale na rodzaje poradnictwa (prawne, psychologiczne, rodzinne) oraz formy i miejsca udzielenia porady;
2. Liczba godzin udzielonego poradnictwa w podziale na rodzaje poradnictwa;
3. Liczba osób i rodzin, które skorzystały z poradnictwa specjalistycznego w podziale na rodzaj poradnictwa specjalistycznego;
4. Liczba osób i rodzin w podziale na tematykę udzielonego poradnictwa prawnego;
5. Liczba osób i rodzin w podziale na tematykę poradnictwa rodzinnego;
6. Liczba osób i rodzin w podziale na tematykę poradnictwa psychologicznego.

Zbiorcze zestawienie osiąganych wskaźników monitoringowych z zakresu poradnictwa specjalistycznego należy sporządzać po każdym zakończonym miesiącu pracy doradców. Zebrane dane stanowią informację o prawidłowości przebiegu działań poradniczych, pokazują na jakie rodzaje i tematykę poradnictwa istnieje lub nie największe zapotrzebowanie, jaka jest dynamika pracy doradców.

Poradnictwo specjalistyczne podlega bieżącej **ewaluacji** przez powiat pod względem jakości udzielonych porad oraz jakości funkcjonowania podmiotu realizującego poradnictwo specjalistyczne. Powiat może zlecić przeprowadzenie ewaluacji podmiotowi zewnętrznemu, w szczególności gdy samodzielnie wykonuje poradnictwo specjalistyczne.

---

[65] *M. Śmigiel, Standardy jakości usług rynku pracy na przykładzie poradnictwa zawodowego, w: G. Morys-Gieorgica (red.), Jakość w poradnictwie zawodowym, Warszawa 2004, s. 75.*

W ewaluacji poradnictwa specjalistycznego istotnym kryterium jest **efektywność porad.** Należy ją rozumieć jako pozytywny wynik zastosowania się do porady, mierzony związkiem między treścią wskazań zawartych w poradach a rodzajem zmian wprowadzonych w życiu klienta. Za wskaźnik efektywności porad świadczonych dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin należy przyjąć więc dwa zjawiska:

- zastosowanie się klienta do porad udzielonych przez specjalistę,
- pozytywną ocenę poradni bez względu na zastosowanie lub rezygnację z porad.

Za wskaźnik dodatkowy przyjmuje się chęć dalszej współpracy z poradnią – zarówno klienta, jak i jego rodziny lub znajomych.[66]

Wśród pytań ewaluacyjnych badania efektywności poradnictwa specjalistycznego mogą przykładowo znaleźć się następujące pytania:

1. Jaka była treść porady?
2. Czy treść porady była zrozumiana przez klienta, czy klient wiedział jakie działania miał podjąć?
3. Czy klient zastosował się do treści porady i w jakim zakresie?
4. Jakie były powody niezastosowania się do pełnej treści porady? Czy były to przyczyny obiektywne niezależne od klienta, czy przyczyna wynika z decyzji klienta?
5. Jak klient ocenia treść porady, bez względu na fakt zastosowania się lub nie do porady? Na ile była ona pomocna, w jakim zakresie, czy wskazówki otrzymane od specjalisty były pomocne również w innych sytuacjach życiowych klienta?
6. Z czego wynika negatywna ocena porady?
7. Czy klient chciałby jeszcze skorzystać z porady podobnego typu, w jakim zakresie, czy klient polecałby usługę poradniczą swoim znajomym, rodzinie?

Badanie ewaluacyjne efektywności poradnictwa prowadzone jest po zakończeniu usługi (ewaluacja końcowa, ewaluacja ex post). Przy prowadzeniu ewaluacji stosuje się narzędzia badawcze z obszaru nauk społecznych, np. kwestionariusz wywiadu indywidualnego. Badanie ewaluacyjne prowadzone jest z klientami poradnictwa, po jego zakończeniu, najlepiej aby przeprowadził je niezależny ewaluator (ewaluacja zewnętrzna). W przypadku gdy nie ma takiej możliwości ewaluację może przeprowadzić pracownik instytucji/organizacji świadczącej poradnictwo odpowiedzialny za nadzór nad działaniami poradniczymi. Badaniami ewaluacyjnymi powinni zostać objęci również specjaliści udzielający porad klientom głównie w aspekcie zastosowania się klientów do udzielonych porad.

[66] *A. Kargulowa, op. cit., s. 106 – 111.*

5. Organizowanie poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne

W ramach prowadzonego poradnictwa prawnego doradca w imieniu klienta **może przygotowywać treść pism, wniosków, umów i innych dokumentów niezbędnych w procesie ubiegania się o konkretne uprawnienia lub świadczenia, bądź też dokumentów koniecznych w trakcie prowadzonego postępowania przed organami administracji, sądem lub inną instytucją (sporządzanie treści skarg, pozwów, odwołań itp.).** Dokumenty te mogą być przygotowywane podczas przyjmowania klienta lub też pomiędzy spotkaniami z klientem, a więc wtedy, gdy sprawa wymaga szczególnej i dogłębnej analizy w indywidualnej sprawie. Przygotowywanie wystąpień w imieniu klientów niepełnosprawnych stanowi specyficzną cechę poradnictwa prawnego, gdyż osoby te z uwagi na ograniczenia związane z niepełnosprawnością (niewidomi, chorzy somatycznie, osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną), samodzielnie nie potrafią ich właściwie sporządzić.

Poza zakresem, o którym mowa w art. 46 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593, z późn. zm.), poradnictwo prawne dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne może dotyczyć następujących obszarów tematycznych regulowanych obowiązującym prawem:

- **Bariery architektoniczne** – możliwości uzyskania dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych oraz o normach dostępności obiektów budowlanych dla osób z niepełnosprawnością;
- **Edukacja** – możliwości kształcenia integracyjnego oraz formy pomocy finansowej dla niepełnosprawnych uczniów i studentów;
- **Lokale** – uprawnienia do lokalu socjalnego, procedur eksmisyjnych lub pomieszczenia tymczasowego w przypadku eksmisji;
- **Łączność** – dostępność dla osób z niepełnosprawnością usług pocztowych i telekomunikacyjnych, możliwości uzyskania zwolnień z opłacania abonamentu radiowo-telewizyjnego, możliwości uzyskania dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się;
- **Odszkodowania komunikacyjne** – możliwość otrzymania odszkodowań oraz innych roszczeń przysługujących osobom, które zostały poszkodowane w wyniku wypadków komunikacyjnych;
- **Orzeczenia o niepełnosprawności** – prawne potwierdzenie statusu niepełnosprawności; sposób uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, uzyskania orzeczenia o niezdolności do pracy, wskazania do rehabilitacji i opieki;
- **Podatki** – ogólne zasady odliczeń od podatku i dochodu wydatków na cele rehabilitacyjne;
- **Praca** – zasady rejestracji w urzędzie pracy, uprawnienia pracownika niepełnosprawnego, możliwości uzyskania pomocy finansowej na uczestnictwo w szkoleniach oraz w uruchomieniu własnej działalności gospodarczej, praca pobierających rentę;
- **Pomoc społeczna** – formy pomocy, z której korzystać mogą osoby z niepełnosprawnością oraz ich rodziny, warunki uzyskania świadczeń pomocy społecznej;

- **Rehabilitacja i leczenie** – uprawnienia przysługujące osobie dotkniętej chorobą, zasady leczenia uzdrowiskowego i możliwości uzyskania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;
- **Świadczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** – możliwości i warunki ubiegania się o rentę z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, dodatku pielęgnacyjnego, renty socjalnej, zasad zmniejszania i zawieszania świadczeń w przypadku uzyskania innych przychodów;
- **Sprzęt rehabilitacyjny** – zasady uzyskania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego: sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych i technicznych oraz dofinansowania ich zakupu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- **Świadczenia rodzinne** – możliwości ubiegania się o świadczenia wspierające rodziny wychowujące dzieci niepełnosprawne oraz rodziny podejmujące opiekę nad poważnie niepełnosprawnym członkiem rodziny;
- **Transport** – możliwości korzystania z ulgi w przejazdach środkami transportu publicznego, uprawnienia niepełnosprawnych uczestników ruchu drogowego oraz uprawnienia osób z niepełnosprawnością, podróżujących drogą lotniczą;
- **Ubezwłasnowolnienie i przymusowe leczenie** – zasady i procedury związane z przymusowym leczeniem lub badaniem psychiatrycznym osób chorych psychicznie, procedury przymusowego przyjęcia do domu pomocy społecznej, warunki i procedury związane z ubezwłasnowolnieniem;
- **Inne uprawnienia i ulgi** – np. prawo wprowadzania psa przewodnika do obiektów użyteczności publicznej, warunki ułatwiające osobom z niepełnosprawnością udział w wyborach samorządowych i parlamentarnych, i inne dotyczące osób z niepełnosprawnością, również te uprawnienia, które wynikać mogą z obowiązującego prawa miejscowego.

Doradca poradnictwa prawnego dla osób niepełnosprawnych musi posiadać znajomość wielu przepisów prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych (zob. powyższy przykładowy katalog zagadnień tematycznych). Oprócz wiedzy teoretycznej w zakresie zagadnień prawnych i praktycznego ich stosowania, doradca powinien posiadać co najmniej roczne doświadczenie w świadczeniu poradnictwa dla osób niepełnosprawnych. Posiadanie doświadczenia w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi, umiejętność nawiązania kontaktu, podtrzymania relacji, przejrzystość udzielonej porady, życzliwość i empatia, to warunki udzielenia skutecznej porady klientowi.

Poradnictwo psychologiczne dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne udzielane jest w sytuacjach i zakresach problemowych bezpośrednio związanych z występującym schorzeniem lub niepełnosprawnością klienta, które wpływają na codzienne ich funkcjonowanie psycho -społeczne.

Usługa poradnictwa psychologicznego dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin powinna być udzielana przede wszystkim w następujących sytuacjach i zakresach problemowych:

1. W sytuacji **kryzysu rozwojowego,** rozumianego jako wydarzenie zachodzące w rozwoju, powodujące gwałtowną zmianę lub życiowy zwrot. Takim właśnie kryzysem może być reakcja na urodzenie dziecka w rodzinie osób z niepełnosprawnością, ukończenie studiów przez studenta niepełnosprawnego, zmiana kierunku kariery

zawodowej lub zakończenie aktywności zawodowej. Wsparcie psychologiczne będzie miało na celu ułatwienie adaptacji do nowej sytuacji życiowej.

2. W sytuacji tzw. **kryzysu sytuacyjnego,** charakteryzującego się brakiem kontroli oraz przewidywalności wystąpienia sytuacji, np. udział w wypadku komunikacyjnym, reakcja na informację o ciężkiej chorobie własnej lub członka rodziny, utrata pracy z powodu choroby.
3. Przy **podejmowaniu decyzji** w sytuacjach kryzysu, któremu towarzyszy lęk i świadomość możliwości popełnienia błędu.
4. Postrzegania pozytywnych stron wystąpienia kryzysu. **Kryzys jako szansa na rozwój.** Kryzys jest przeżyciem stwarzającym okazję do poszukiwania nowych sposobów działania. Utrata dotychczasowej pracy z powodu niepełnosprawności może być szansą na rozwój własnych talentów i zainteresowań. Ważne jest wspieranie osoby dotkniętej kryzysem, pokazanie drugiej strony sytuacji; pomoc w uświadomieniu jej, że doświadczanie problemów, trudności, pozwala wzbogacić wiedzę o swoich uczuciach, słabościach, ograniczeniach. Proces wspierania osoby z niepełnosprawnością polegać powinien również na uświadomieniu klientowi, że kryzys, a właściwie jego przeżycie, jest normą, przejawem rozwoju.
5. Przy występujących **trudnościach przystosowawczych,** przejawiających się takimi zachowaniami jak impulsywność, zachowania agresywne, społeczne wycofanie, buntowniczość.
6. Przy występowaniu **niepełnosprawności psychologicznej,** polegającej na „utrudnieniu, ograniczeniu lub uniemożliwieniu włączania się osoby niepełnosprawnej w naturalne życie społeczne".[67]
7. Przy pokonywaniu **kryzysów życiowych** przez osoby niepełnosprawne (przejście od roli chorego do roli niepełnosprawnego, kryzys ograniczonej niezależności, kryzys pustki społecznej, kryzys rzeczywisty związany z kłopotami finansowymi, barierami architektonicznymi, trudnościami w zdobyciu sprzętu ułatwiającego życie codzienne, uzyskanie pracy).[68]
8. W sytuacji **alienacji osobistej i społecznej** jako konsekwencji niepełnosprawności.[69]
9. Przy **udzielaniu informacji o różnych formach pomocy psychologicznej,** z której mogą korzystać osoby z niepełnosprawnością i ich rodziny, np. psychoterapii indywidualnej i grupowej, psychoterapii krótko i długoterminowej, konsultacjach diagnostycznych, poradach i konsultacjach psychologicznych prowadzonych przez psychoterapeutę, interwencji kryzysowej, jak również pomocy psychiatrycznej. Specjalista udziela również ogólnych wyjaśnień, na czym polegają poszczególne formy pomocy psychologicznej, jakie problemy można rozwiązywać, uczestnicząc w poszczególnych formach wsparcia, jakie istnieją zasady korzystania z nich i kto (jakie placówki) prowadzą tego typu wsparcie w społeczności lokalnej.

Doradcą świadczącym poradnictwo psychologiczne dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne może być osoba, która posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami niepełnosprawnym.

---

[67] *S. Kowalik, Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji, w: J. Strelau (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki, Gdańsk 2007, s. 800.*
[68] *Tamże, s. 805 – 807.*
[69] *Tamże, s. 807 – 808.*

Poradnictwo rodzinne dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych i osób wspierających osoby niepełnosprawne, skoncentrowane jest na poszukiwaniu rozwiązań problemów występujących w rodzinie dotkniętej niepełnosprawnością. Poradnictwo rodzinne polega na dostarczeniu członkom rodziny wiedzy, jak przezwyciężać trudności związane z niepełnosprawnością, z którymi rodzina nie może sobie sama poradzić. Poradnictwo rodzinne obejmuje również wsparcie w sytuacjach problemów z seksualnością osób niepełnosprawnych.

Usługa poradnictwa rodzinnego dla osób niepełnosprawnych powinna obejmować przede wszystkim następujące obszary problemowe:

1. Organizowania przez rodzinę osoby z niepełnosprawnością i sprawowanie **opieki nad osobą z niepełnosprawnością.**
2. Wspierania osoby z niepełnosprawnością w **codziennym życiu rodzinnym,** szczególnie w sytuacji braku motywacji i wycofania.
3. Przezwyciężania **trudności wychowawczych** i przeciwdziałanie ich pojawieniu się w rodzinie dotkniętej niepełnosprawnością.
4. Wspomagania **wychowawczej funkcji rodziny,** głównie w sprawach napotykanych przez rodziców trudności wychowawczych z dziećmi, postępowanie z dziećmi, w różny sposób upośledzonymi lub odbiegającymi od normy w rozwoju, podejrzanymi o niepełnosprawność intelektualną lub wykazującymi zaburzenia psychiczne, jak również wokół sprawy wyboru zawodu, takiego, który by najlepiej mógł odpowiadać zainteresowaniom dziecka, jego cechom charakteru i usposobienia. [70]
5. Wspomagania małżonków dotkniętych niepełnosprawnością w budowaniu **więzi małżeńskiej i rodzinnej.**
6. Rozwiązywania **konfliktów w rodzinie** dotkniętej niepełnosprawnością i przezwyciężania kryzysów małżeńskich i rodzinnych.
7. **Seksualności** osób z niepełnosprawnością, kryzysu związku z partnerem seksualnym w sytuacji niepełnosprawności.

Doradcą świadczącym poradnictwo rodzinne dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne może być osoba, która posiada co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami niepełnosprawnymi.

Osobom niepełnosprawnym można udzielać poradnictwa prawnego, psychologicznego oraz rodzinnego przez telefon lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

Wiele osób z niepełnosprawnością z powodu swoich ograniczeń wynikających z niepełnosprawności nie może korzystać z poradnictwa osobiście udzielanego przez doradcę w miejscu jego pracy. Dlatego też poradnictwo specjalistyczne może być udzielane przez telefon, Internet i inne drogi komunikacji. Poradnictwo „na odległość" stale się rozwija i prowadzone jest:

1. Dla ominięcia barier architektonicznych (np. dostęp do siedziby doradcy jest utrudniony lub bariery w miejscu zamieszkania utrudniają jego opuszczenie).

[70] *Wymieniony obszar problemowy może być niezrealizowany w przypadku, gdy w terenie powiatu nie działają specjalistyczne ośrodki rehabilitacyjno-edukacyjne dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, świadczące pomoc w tym zakresie. Z uwagi jednak, że aktualnie brakuje tego typu infrastruktury, w obszar poradnictwa rodzinnego wpisano tą niezwykle ważną tematykę.*

2. Dla przełamania barier psychologicznych (np. lęk przed bezpośrednim kontaktem w sprawach osobistych z obcą osobą, chęć zachowania anonimowości).
3. Dla przełamania barier komunikacyjnych (np. brak lub utrudniony dojazd do siedziby doradcy z miejsca zamieszkania klienta).
4. Dla przełamania barier zdrowotnych (np. stan zdrowia lub niepełnosprawność uniemożliwiają opuszczenie miejsca zamieszkania lub niewskazana jest kilkunasto – czy kilkudziesięciokilometrowa podróż).
5. Dla przełamania barier organizacyjnych lub finansowych (np. gdy zorganizowanie podróży osoby niepełnosprawnej do siedziby doradcy przekracza możliwości organizacyjne osoby niepełnosprawnej lub naraża na istotne dla jej budżetu koszty).

Należy zaznaczyć, że realizacja poradnictwa „na odległość" wymaga odpowiedniego przygotowania doradców oraz sprzętu pozwalającego na jego efektywne prowadzenie, jak również ustalenie zasad jego prowadzenia.

Poradnictwa prawnego, psychologicznego oraz rodzinnego udziela się osobom niepełnosprawnym w budynkach spełniających niezbędne warunki do korzystania z nich przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich.

Przygotowując się do organizacji usługi poradnictwa specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnością, niezbędne jest **przygotowanie budynku i pomieszczeń do przyjmowania klientów z niepełnosprawnością.**

Podstawową zasadą jest aby poradnictwo specjalistyczne świadczone było w **budynku pozbawionym barier architektonicznych.** Osoba z niepełnosprawnością powinna samodzielnie z zewnątrz dostać się do pomieszczenia, w którym świadczone jest poradnictwo specjalistyczne. Niedopuszczalne jest, aby z powodu występujących w budynku schodów, klienci poruszający się na wózkach przyjmowani byli „wyjątkowo" w holu przy wejściu do budynku. Podobnie niedopuszczalne jest wnoszenie po schodach osób z niepełnosprawnością. Osoby z niepełnosprawnością nie chcą być traktowane jak przysłowiowy „worek kartofli". Budynek, w którym prowadzone jest poradnictwo dla osób z niepełnosprawnością powinien posiadać oznaczenia ułatwiające osobom z dysfunkcją wzroku orientację w budynku.

Pomieszczenia, w których świadczone jest poradnictwo powinny być **przestronne,** tak aby osoba na wózku inwalidzkim mogła się w nich swobodnie poruszać, a osoba głucha miała możliwość swobodnego czytania z ust specjalisty. Pomieszczenia te powinny zapewniać pełną dyskrecję klientom.

Pomieszczenia poradni poradnictwa specjalistycznego powinny być **wyposażone w testy i materiały** wykorzystywane w procesie poradnictwa specjalistycznego – komputer z dostępem do Internetu i drukarkę, aktualną literaturę fachową oraz programy z obszaru świadczonego poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego.

Poradnia posiada odpowiednie **zaplecze sanitarne,** w tym toaletę dostosowaną dla osób z niepełnosprawnością. Toaleta powinna być usytuowana w pobliżu pomieszczeń, gdzie udzielane jest poradnictwo.

Optymalnym rozwiązaniem organizacyjno-technicznym poradnictwa specjalistycznego jest posiadanie w ramach poradni **poczekalni przystosowanej do potrzeb dzieci i osób z niepełnosprawnością** z dostępem do wody pitnej. Chociaż założenia organizacyjne poradni nie zakładają kolejek osób oczekujących na poradę, może zdarzyć się, że niektórzy klienci z wyprzedzeniem czasowym będą przybywać do poradni. W takiej sytuacji posiadanie poczekalni zapewni spokojny pobyt oczekującym klientom oraz relaks dla dzieci.

Specyficzną możliwością dla niepełnosprawnych klientów korzystających z poradnictwa specjalistycznego, jest skorzystanie ze wsparcia tłumacza migowego lub asystenta osoby niepełnosprawnej w czasie korzystania z usługi poradnictwa specjalistycznego. Optymalnym rozwiązaniem byłaby sytuacja posiadania przez specjalistów umiejętności posługiwania się językiem migowym, co ograniczyłoby do minimum barierę komunikacyjną

ROZDZIAŁ 2. Ogólne uwagi dotyczące wdrożenia standardów usług

Katarzyna Kadela, Jacek Kowalczyk

Rozpatrując kwestie wdrożenia standardu usługi, należy zwrócić uwagę, że:

- Wdrożenie standardu jest procesem wprowadzenia i kierowania **zmianą;**
- Standard usługi stanowi **innowację.** Wdrożenie standardu przekształca sytuację organizacyjną wykonawcy i jej zespołu. „Innowacja jest wyspecjalizowanym rodzajem zmiany; to nowy pomysł zastosowany w celu zapoczątkowania lub ulepszenia wyrobu, usługi lub procesu. Każda innowacja wiąże się ze zmianą, ale nie każda zmiana wiąże się z nowymi pomysłami ani nie musi prowadzić do istotnych ulepszeń."[71]

1. Wdrożenie standardu usługi jako proces wdrożenia i kierowania zmianą

Wdrażanie standardu usługi jest procesem. Wymaga czasu. Nie ma możliwości wdrożenia go dzięki deklaracji „od 1 stycznia realizujemy zadania zgodnie ze standardem". Taka deklaracja może być jednym z etapów **procesu wdrażania.** W literaturze przedmiotu spotykamy się z różnymi ujęciami procesu wdrożenia i kierowania zmianą. Poniżej przedstawiony został ośmioetapowy program wdrażania zmiany Johna Kottera.

Etapy wdrażania zmiany:

1. Podaj niepodważalny dowód tego, że zmiana musi być wprowadzona natychmiast,
2. Utwórz koalicję, dysponującą dostateczną siłą, aby pokierować zmianą,
3. Stwórz nową wizję, wyznaczającą kierunek zmiany i strategie jej realizacji,
4. Przekaż nową wizję całej organizacji,
5. Upełnomocnij innych do działania zgodnie z tą wizją, usuwając bariery na drodze do zmiany oraz zachęcając ich do podejmowania ryzyka i twórczego rozwiązywania problemów,
6. Zaplanuj, twórz i nagradzaj krótkookresowe osiągnięcia, które przesuwają organizację w kierunku nowej wizji,

[71] *S. P. Robbins, T. A. Judge, Zachowania w organizacji, Warszawa 2012, s. 383.*

7. Konsoliduj uprawnienia, ponownie oceniaj zmiany i wprowadzaj niezbędne korekty do nowych programów.
8. Wzmacniaj zmiany, wykazując związki miedzy nowymi zachowaniami a powodzeniem organizacji.[72]

2. Opór wobec zmiany

Wprowadzenie zmiany stanowi dla pracowników sytuację stresową i obejmuje wiele czynników zakłócających i zagrażających jednostce. [73] Wdrażaniu zmiany towarzyszy opór – organizacje i jej członkowie przeciwstawiają się zmianom. Czynniki oporu mogą być podzielone według źródeł, na indywidualne i organizacyjne.

ŹRÓDŁA INDYWIDUALNE:

- **Przyzwyczajenia** – pozwalają nam radzić sobie ze złożonością otaczającego nas świata. W sytuacji wprowadzania zmiany stają się jednak źródłem oporu.
- **Bezpieczeństwo** – im większa potrzeba bezpieczeństwa tym większy będzie opór przed zmianą.
- **Czynniki ekonomiczne** – ludzie mogą obawiać się, że nie sprostają nowym zadaniom, wyzwaniom, co w efekcie wpłynie na poziom ich wynagrodzenia.
- **Lęk przed nieznanym** – zmiana zastępuje to, co znane na to co jest niepewne i niejednoznaczne.
- **Selektywne przetwarzanie informacji** – ludzie słyszą to, co chcą usłyszeć, i pomijają informacje, które podważają ich sposób rozumienia świta.

ŹRÓDŁA ORGANIZACYJNE:

- **Bezwładność strukturalna** – organizacje mają wbudowane mechanizmy zapewniające stabilizację, np. procedury działania, sformalizowane przepisy.
- **Ograniczony zasięg zmiany** – organizacje składają się z podsystemów, które wzajemnie od siebie zależą. Nie da się zmienić jednego z nich, nie wywołując zmian u innych. Ograniczone zmiany w podsystemach są więc na ogół niweczone przez większy system.
- **Bezwładność grupowa** – jeżeli nawet poszczególne osoby chcą zmienić swoje zachowanie, normy grupowe mogą działać jako czynnik hamujący.
- **Zagrożenie dla specjalistów** – zmiany w układach organizacyjnych mogą podważać przydatność wiedzy specjalistów.
- **Zagrożenie dla utrwalonych układów władzy** – każdy nowy podział uprawnień decyzyjnych może zagrażać utrwalonym układom władzy w organizacji.
- **Zagrożenie obecnego podziału zasobów** – grupy w organizacji, sprawujące kontrolę nad poważnymi zasobami, często traktują zmianę jako zagrożenie, gdyż są zadowoleni z istniejącego stanu rzeczy.

[72] *Tamże, s. 380.*
[73] *B. Kożusznik, Zachowania człowieka w organizacji, Warszawa 2011, s. 238-239.*

3. Wdrażanie standardu w praktyce

Wdrożenie standardu należy rozpatrywać w dwóch wymiarach:
- organizacyjnym – jako praktyczne wprowadzanie warunków zapewniających realizację usługi zgodnie z standardem,
- indywidualnym – jako proces zmiany sposobu realizacji zadań/pracy przez poszczególnych pracowników.

3.1 Wdrożenie standardu w wymiarze organizacyjnym

Proces wdrażania i realizacji standardu można podzielić na następujące główne etapy:
1. przygotowania do rozpoczęcia wykonywania usługi zgodnie ze standardem,
2. wykonywanie usługi zgodnie ze standardem oraz ewaluacja wdrożenia zmiany.

3.1.1 Etap pierwszy: Przygotowanie do wdrożenia standardu

W ramach tego etapu nie następuje jeszcze zmiana sposobu wykonywania usługi. Podejmowane są działania, które są niezbędne, aby rozpocząć wykonywanie usługi zgodnie ze standardem, ale też takie, które mają zwiększyć prawdopodobieństwo, że faktycznie standard w wymiarze indywidualnym będzie wdrożony.

Wskazówki praktyczne

W ramach przygotowania do wdrożenia należy:
1. Zapoznać się z wdrażanym standardem – **gruntowna wiedza** o standardzie jest podstawą całego procesu wdrożenia.
2. **Dokonać autodiagnozy** [74] – rozpoznanie wewnętrznych uwarunkowań organizacji w kontekście wdrażanego standardu:
   - Identyfikacja różnic miedzy stanem obecnym a określonym w standardzie (stanem docelowym).
   - Identyfikacja czynników sprzyjających oraz zagrażających (źródła oporu) wprowadzeniu zmiany. Identyfikacja zagrożeń i barier powinna być podstawą określenia sposobów reagowania na nie.
   - Opracowanie planu działań.

Na podstawie przeprowadzonej diagnozy możliwe będzie określenie skali zmian, jaka będzie związana z wdrożeniem standardu. „Punktem wyjścia do powodzenia wdrożenia jest rzetelne i staranne przeprowadzenie **autodiagnozy,** czyli identyfikacji podobieństw i różnic w obszarze stosowanych dotychczas rozwiązań i rozwiązań oraz zaplanowania działań sto-

[74] *Kwestie związane z przygotowaniem autodiagnozy zostały omówione w podręcznikach instruktażowych w zakresie Modeli Instytucji, dostępnych na stornie internetowej: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31.12.2013).*

sowujących do wymogów na tej podstawie."[75]

3. **Powiadomić o planowanej zmianie, jej najważniejszych elementach.**
4. Określić, w jakim zakresie możliwa jest dyskusja w ramach organizacji, na temat szczegółów wprowadzanych rozwiązań. **Stworzenie płaszczyzny do wymiany poglądów, zgłaszania wątpliwości, uwag** – podstawową formą są spotkania z udziałem kluczowych osób w organizacji. W przypadku mniejszych organizacji udział kierującego organizacją jest oczywisty, natomiast powinno być to zasadą również w większych i dużych organizacjach. W tych największych, o rozbudowanej strukturze, może być to wyznaczona osoba zastępująca kierującego organizacją. Skala i trudność zmian wymaga podkreślenia poprzez zaangażowanie osób o najwyższych uprawnieniach decyzyjnych – **partycypacja i osobiste zaangażowanie osób kierujących organizacją.**
5. Wyłonić **agentów zmiany** – pracownika (jednostka) lub zespół pracowników (w przypadku realizacji zmian o szerokim zakresie) odpowiedzialnych za stworzenie warunków sprzyjających wdrażaniu zmian, np. prowadzenie szkoleń wewnętrznych, wspieranie samej realizacji tych zmian i wreszcie ocenę ich efektywności. W praktyce oznaczać to może, w większych organizacjach, powołanie zespołów odpowiedzialnych za koordynowanie wprowadzania zmiany.
6. W sytuacjach, gdy usługa jest kluczowa w danej organizacji (kluczowa usługa realizowana przez wykonawcę) **zaangażować w proces zmiany wszystkich pracowników organizacji,** nawet jeśli zmiana nie dotyczy ich wprost. We wprowadzanie standardu usługi powinni zostać zaangażowani wszyscy pracownicy zatrudnieni w organizacji. Oczywiście poziom ich zaangażowania zależeć będzie od zakresu realizowanych zadań, tj. inne będzie zaangażowanie osoby bezpośrednio zaangażowanej w realizację usługi, a inne pracownika odpowiedzialnego za realizację zadań niezwiązanych bezpośrednio z usługą, np. obsługa finansowa. Niemniej jednak należy pamiętać, że świadomość całego zespołu pracowniczego kluczowych elementów zmiany, jej skali i ważności zdecydowanie ułatwia proces zmiany.
    1) Przygotować zmiany od strony formalnej – przygotowanie zmiany zakresów czynności pracowników/ opracowanie nowych zakresów czynności. W przypadku większych organizacji przygotowanie zmiany regulaminu organizacyjnego.
    2) **Określić wymagania kompetencyjne** koniecznych do wykonywania usługi zgodnie ze standardem. W oparciu o stworzone profile kompetencji **dobrać pracowników** – przeprowadzenie rekrutacji (wewnętrznej lub zewnętrznej).
    3) **Zapoznać pracowników z wdrażanym standardem** – organizacja i prowadzenie szkoleń, konsultacji, przygotowanie materiałów edukacyjnych ułatwiających proces samokształcenia pracowników i ich przełożonych.

[75] *O. Piłat-Pawlak, Dobre praktyki w zakresie stosowania Standardu pracy socjalnej z rodziną z dziećmi, Standardu pracy socjalnej z rodziną doświadczającą przemocy w rodzinie, Standardu interwencji kryzysowej, Modeli realizacji usług o określonym standardzie w gminie/ powiecie/ mieście na prawach powiatu, w: Katalog dobrych praktyk w zakresie stosowania standardów, praca zbiorowa, Warszawa 2014, s. 7.*

3.1.2 Etap drugi – wykonywania usługi zgodnie ze standardem i ewaluacja wdrożenia zmiany

Na tym etapie następuje zmiana formalna: usługa realizowana jest zgodnie ze standardem, pracownicy realizują swoje zadania zgodnie ze zmienionym/ nowym zakresem czynności. W sytuacjach większych organizacji następuje zmiana regulaminu organizacyjnego. Szczególnie ważna jest świadomość czasu jako niezbędnego składnika procesu zmiany.
Kluczowymi działaniami na tym etapie będzie **monitorowanie procesu wdrażania oraz systematyczna ocena.** Pozwoli to na bieżące korygowanie ewentualnych nieprawidłowości, wprowadzanie koniecznych zmian i wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń w dalszym wdrażaniu i realizacji standardu.

W ramach prowadzonej samooceny i weryfikacji, czy realizowana usługa zgodna jest ze standardem, pomocna jest wymiana doświadczeń z innymi organizacjami wdrażającymi i realizującymi standard – organizacja wdraża standard, który jest zapisem określonej wizji. Naturalnym zjawiskiem jest interpretowanie tego, co przeczytamy. To, jak zrozumiana zostanie treść standardu, zależy od cech indywidualnych osób – ich kompetencji (w tym posiadanego wykształcenia), dotychczasowego doświadczenia zawodowego. Wymiana doświadczeń między różnymi organizacjami wdrażającymi standard zwiększy szanse na jak najbardziej ujednolicone jego rozumienie.

Na tym etapie konieczne jest również kontynuowanie części działań podejmowanych w fazie przygotowania do wdrożenia:

1. dalsze działanie agentów zmiany – osób (zespołów) odpowiedzialnych za koordynowanie wprowadzania zmiany,
2. wymiana poglądów, zgłaszanie wątpliwości, uwag – z udziałem kluczowych osób w organizacji,
3. organizowanie i przeprowadzenie szkoleń,
4. analiza i ewentualne korygowanie przygotowanych materiałów edukacyjnych ułatwiających proces samokształcenia pracowników i ich przełożonych.

Szczególnie ważne jest pozyskiwanie informacji o przebiegu indywidualnego procesu zmiany poszczególnych pracowników oraz jego zespołowego wymiaru. Potrzebne jest wykorzystanie wszelkich możliwych narzędzi zarówno doskonalenia zawodowego, jak i narzędzi nadzoru merytorycznego. Ważne jest odróżnianie deklaratywnego rozumienia i wprowadzenia zmiany od tego jak wygląda to w praktyce pomagania. Konieczne jest tworzenie rozwiązań organizacyjnych wspierających indywidualne działania pracowników, np. **spotkania zespołów pracowniczych** z udziałem i bez udziału przełożonych, **weryfikacja wiedzy o standardzie.**

W przypadku odpowiednich możliwości organizacyjnych i czasowych można rozważyć okres „przejściowy" pomiędzy obydwoma tymi okresami, polegający na rozpoczęciu wykonywania usługi w sposób zgodny ze standarem w ograniczonym zakresie (nie w całej organizacji, nie w stosunku do wszystkich pracowników, nie wobec wszystkich osób korzystających z pomocy). Będzie to **pilotażowe wdrożenie,** pozwalające na lepsze przygotowanie całości organizacji i wszystkich pracowników do wykonywania pracy socjalnej zgodnie ze standardem. **Pilotażowe wdrożenie powinno zostać poddane ewaluacji, w celu określenia czynników sprzyjających i utrudniających zmianę specyficznych dla danej organizacji.**

3.2 Wymiar indywidualny

Wdrażanie standardu w wymiarze indywidualnym może dotyczyć:

- pracowników wykonujących przed wdrożeniem inne zadania lub realizujących usługę w inny sposób, niż wynika to ze standardu,
- nowo zatrudnionych pracowników.

W pierwszym przypadku konieczne jest wprowadzenie zmiany. Skala tej zmiany w odniesieniu do poszczególnych pracowników będzie się różnić, w zależności od realizowanych do tej pory obowiązków i sposobu ich realizacji. Im bardziej wiedza i umiejętności profesjonalne pracownika są zgodne z wymaganiami standardu, tym większe prawdopodobieństwo, że proces wdrażania zmiany przebiegać będzie w sposób płynny, bez większych zakłóceń.

W przypadku nowo zatrudnianych pracowników zalecane jest opracowanie procesu wdrażania do pracy zgodnie z wymaganiami wynikającymi ze standardu. Sposób realizacji usługi określony w standardzie powinien być już uwzględniony na etapie rekrutacji, tj. przygotowania profilu kompetencji zawodowych wymaganych na danym stanowisku/ koniecznych do realizacji zadań zgodnie z wymogami standardu.

Realizacja usługi zgodnie ze standardem wymaga więc:

1. gruntownej znajomości całości dokumentu opisującego standard usługi (wiedza),
2. znajomości wykorzystywanych w praktyce sposobów działania, wskazówek, odpowiednio dobranych do konkretnych sytuacji (umiejętności),
3. faktycznego wykorzystywania wiedzy i umiejętności w codziennym wykonywaniu usługi.

Wskazówki praktyczne

W celu zwiększenia prawdopodobieństwa wykonywania usługi zgodnie ze standardem potrzebne są:

1. bardzo uważna, najlepiej kilkukrotna, **lektura standardu,** powtarzana w odstępach czasu (samokształcenie). W zależności od indywidualnych kompetencji poszczególne części standardu będą mniej lub bardziej „oczywiste" i nie będą wymagać powtarzania. Standard może być wykorzystywany przez pracowników o zróżnicowanych poziomach i obszarach kompetencji. *„Otóż aby wdrażać tak, aby się to udało, należy poświęcić czas na zapoznanie się z materiałami merytorycznymi – standardem (…). Ponieważ są to rozwiązania nowe, odbiegające od dotychczasowej praktyki i schematów działania, ich stosowanie bywa trudne, a zrozumienie ich istotny i celu, często wymaga konsultacji w ramach zespołu wdrażającego standard czy też konsultacji z ekspertami."* [76]
2. uczestnictwo we wszelkich formach doskonalenia zawodowego, w szczególności w warsztatach pozwalających na ćwiczenie umiejętności określonych w standardzie,
3. weryfikacja stopnia zapamiętania poszczególnych rozwiązań standardu (zarówno w ramach „samoweryfikacji", jak i w ramach rozwiązań przyjętych w danej organizacji. **Weryfikacja wiedzy o standardzie w pierwszym okresie jego wdrażania jest niezbędna dla powodzenia procesu zmiany.** Nie da się wdrażać rozwiązań, których się nie zna),

[76] *M. Arczewska, Dobre praktyki w zakresie stosowania Standardu pracy socjalnej z osobą pozostającą bez pracy oraz modeli realizacji usług o określonym standardzie w gminie/ mieście na prawach powiatu, w: Katalog dobrych praktyk w zakresie stosowania standardów, praca zbiorowa, Warszawa 2014, s. 6.*

4. refleksja, które z elementów standardu, uznanych w trakcie lektury jako truizm, jako „oczywiste" na poziomie wiedzy, w praktyce są brane pod uwagę i w jaki sposób. Warto pamiętać, że to co uznajemy za prawidłowe i słuszne, nie zawsze w pełni determinuje nasze działania w praktyce,
5. refleksja nad poszczególnymi elementami standardu w kontekście dotychczasowego doświadczenia zawodowego, poszczególnych sytuacji zawodowych,
6. **codzienna refleksja** przy wykorzystaniu poszczególnych zadań, w jakim zakresie standard określa (wskazuje) sposoby ich realizacji, **w jakim zakresie** o nich pamiętam, a w jakim się do nich **stosuję**. Będzie to szczególnie ważne, gdy dotychczasowe, ugruntowane doświadczeniem zawodowym, sposoby wykonywania obowiązków pracownika odbiegają od rozwiązań standardu. Trzeba pamiętać, że nawyki (przyzwyczajenia) wpływają na to co robimy w znacznym stopniu, a ich zmiana wymaga czasu i wysiłku,
7. **okresowe** (nie rzadziej, niż co 3 miesiące w pierwszym roku wdrażania) **podsumowanie** faktycznego wdrażania standardu, poprzez analizę poszczególnych elementów standardu, z próbą „dopasowania" do nich praktycznych doświadczeń minionych miesięcy.

Powyższe działania powinny być realizowane zarówno samodzielnie, jak i w zespole pracowniczym.

Bibliografia

Arczewska M., *Dobre praktyki w zakresie stosowania Standardu pracy socjalnej z osobą pozostającą bez pracy oraz modeli realizacji usług o określonym standardzie w gminie/ mieście na prawach powiatu,* w: *Katalog dobrych praktyk w zakresie stosowania standardów,* praca zbiorowa, Warszawa 2014.

Balon K., Staręga Piasek J., Rutkiewicz G., Stec K., Szmaglińska I., Zielony M., *Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania,* Warszawa 2011. Wersja elektroniczna standardu jest dostępna na stronie internetowej http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31.12.2013).

Berg I. K., Miller S. D., *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu,* Łódź 2000.

Bielawska-Batorowicz E., Dudka B. (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevena E. Hobfolla. Polskie doświadczenia,* Łódź 2012.

Brammer L., *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności,* Warszawa 1984.

Caplan G., Lindemann E., *Crisis Theory,* w: Yule W. (ed.), *Post Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy,* Wiley 1999.

Chodkiewicz J., *Zmagając się ze światem. Znaczenie zasobów osobistych,* za: http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=136 (stan na 31.12.2013).

Doskonalenie polityki i systemów poradnictwa przez całe życie. Stosowanie wspólnych europejskich narzędzi referencyjnych, publikacja Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2006.

Dyregrov A., *Psychological Debriefing - An effective method?, w: „Traumatology",* nr 4, Florida State University 1998.

Grodecka J., Kałucka R., Żukiewicz A., Sarzała K., *Standard Interwencji Kryzysowej,* Warszawa 2011. Wersja elektroniczna standardu jest dostępna na stronie internetowej http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31.12.2013r.).

Hołówka J., *O pomocy w potrzebie,* w: Środa M. (red.), *O wartościach, normach i problemach moralnych,* Warszawa 1994.

James R. K., Gilliland B. E., *Strategie interwencji kryzysowej,* Warszawa 2004.

Kaczmarek G., Karlińska B., Kruczek A., Płatek I., Polak M., Sobkowiak M., *Standard poradnictwa specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnością i ich rodzin, z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi,* Warszawa 2011. Wersja elektroniczna standardu jest dostępna na stronie internetowej http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php (stan na 31.12.2013r.).

Kargulowa A., *O teorii i praktyce poradnictwa,* Warszawa 2004.

Kowalik S., *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji,* w: Sterlau J. (red.), *Psychologia Podręcznik akademicki,* Gdańsk 2007.

Kożusznik B., *Zachowania człowieka w organizacji,* Warszawa 2011.

Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych,* Warszawa 2010.

Łukasiewicz R., *Czas transformacji. Od niepewności człowieka - do niepewności edukacji,* Kraków 1995.

Mitchell J. T., Everly G. S., *Critical Incident Stress Debriefing: An operational manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services,* Ellicott City 2000.

Parzęcki R., *Zdolności czy kompetencje interpersonalne doradcy zawodowego w poradnictwie grupowym, w: Poradnictwo zawodowe w teorii i praktyce,* Monografia zbiorowa, Gdańsk 2010.

Piątek J., *Radzenie sobie z kryzysem po interwencji kryzysowej,* Kraków 2007.

Piłat-Pawlak O., *Dobre praktyki w zakresie stosowania Standardu pracy socjalnej z rodziną z dziećmi, Standardu pracy socjalnej z rodziną doświadczającą przemocy w rodzinie, Standardu interwencji kryzysowej, Modeli realizacji usług o określonym standardzie w gminie/ powiecie/ mieście na prawach powiatu, w: Katalog dobrych praktyk w zakresie stosowania standardów,* praca zbiorowa, Warszawa 2014.

Rhine M. W., Weissberg M. P., *Crisis intervention, w:* Gorton J. G., Partridge R. (red.), *Practice and management of psychiatric emergency care,* St. Louis 1982.

Robbins S. P., Judge T. A., *Zachowania w organizacji,* Warszawa 2012.

Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej,* Warszawa 2000.

Szatur-Jaworska B., *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań,* Warszawa 2008.

Szarfenberg R. (red.), *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup - diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji,* Warszawa 2011.

Szwałkiewicz E., *Opiekun medyczny w praktyce,* Warszawa 2012.

Śmigiel M., *Standardy jakości usług rynku pracy na przykładzie poradnictwa zawodowego, w:* Morys-Gieorgica G. (red.), *Jakość w poradnictwie zawodowym,* Warszawa 2004.

To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski, praca

naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008.

Partnerzy projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej", zadania 2 „Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej":

Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych jest związkiem stowarzyszeń organizacji pozarządowych działających w obszarze polityki społecznej. Misją WRZOS jest reprezentowanie interesów osób i grup społecznie marginalizowanych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych, udziela swoim organizacjom członkowskim wsparcia w rozwoju regionalnych i lokalnych struktur związkowych, a także umożliwia wymianę doświadczeń, pozwalając na pełniejsze wykorzystanie potencjału sektora pozarządowego w Polsce.

Podejmowane przez WRZOS inicjatywy mają na celu przełamanie niekorzystnych trendów w zakresie kształtowania i realizowania polityki społecznej obejmującej osoby najbardziej potrzebujące. Celem tak skonstruowanych działań jest osiągnięcie akceptowanej społecznie wizji rozwoju i wynikającej z niej długofalowej polityki społecznej państwa sprzyjającej rozwojowi osób, grup i organizacji.
Więcej informacji o WRZOS można znaleźć na stronie internetowej: www.wrzos.org.pl

Samorządowe Stowarzyszenie Ośrodków Pomocy Społecznej "FORUM" zrzesza dyrektorów, zastępców dyrektora i kierowników filii Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie z miast na prawach powiatu. Celem Stowarzyszenia jest mi. in. rozpowszechnianie dobrych praktyk w zakresie skutecznych metod i technik pracy socjalnej w rozwiązywaniu problemów społecznych, a także formułowanie stanowisk w sprawach dotyczących polityki społecznej, stanowiących przedmiot rozstrzygnięć organów centralnych administracji rządowej. Więcej informacji o FORUM można znaleźć na stronie internetowej: www.ssopsforum.pl

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie „Centrum" zrzesza dyrektorów, kierowników, ich zastępców oraz inne osoby sprawujące funkcje kierownicze w PCPR, MOPR, MOPS w miastach na prawach powiatu. Celem CENTRUM jest integracja środowisk samorządowych pracowników pomocy społecznej, podnoszenie poziomu funkcjonowania powiatowych centrów pomocy rodzinie i miejskich ośrodków pomocy rodzinie oraz doskonalenie merytoryczne kadry tych jednostek, a także opiniowanie projektów aktów prawnych dot. pomocy społecznej. Więcej informacji na temat CENTRUM znajduje się na stornie internetowej: www.oscentrum.pl

Publikacja powstała w ramach projektu systemowego „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy społecznej" (zadanie 2 - Działania w zakresie wdrażania standardów pracy socjalnej i funkcjonowania instytucji pomocy i integracji społecznej).

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt realizowany w latach 2009-2014

Lider Projektu:

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

Partnerzy Projektu – zadanie 2:

WRZOS
WSPÓLNOTA ROBOCZA ZWIĄZKÓW ORGANIZACJI SOCJALNYCH

Stowarzyszenie Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej
FORUM

„CENTRUM"

© Copyright by Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014

Przedruk materiałów Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich w całości lub w części jest możliwy wyłącznie za zgodą Centrum. Cytowanie oraz wykorzystywanie danych jest dozwolone z podaniem źródła.

ISBN: 978-83-939565-0-0

Wydawca:
Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych
ul. Nowy Świat 49, 00-042 Warszawa
tel. 22 826 52 46; faks. 22 551 54 55
e-mail: wrzos@wrzos.org.pl
www.wrzos.org.pl

Skład: Wiktoria Kupińska www.gravika.com.pl
Druk i oprawa: Drukarnia Pasaż sp. z o.o., 30-363 Kraków ul. Rydlówka 24

ISBN: 978-83-939565-0-0

WRZOS
ul. Nowy Świat 49/314
00-042 Warszawa
tel./ fax +48 22 826 52 46
www.wrzos.org.pl

KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!

STANDARDY w POMOCY

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Publikacja jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.