

***Rodzicu, nie jesteś sam –
wdrażanie programu wsparcia
kobiet w ciąży i rodziców dzieci
w wieku do 12 miesięcy***

Kraków, sierpień 2019



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3. Współpraca ponadnarodowa na podstawie umowy o dofinansowanie projektu podpisanej z Centrum Projektów Europejskich.

Publikacja została opracowana przez Zespół Ekspertski powołany Zarządzeniem Nr 2375/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 25 września 2017 r. w sprawie realizacji projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”, składającego się z przedstawicieli:

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej



Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia



Fundacji Instytut Rozwoju Regionalnego



Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego
SPZOZ w Krakowie

Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela
Narutowicza w Krakowie

Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera
w Krakowie sp. z o.o.

Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Centrum Medycznego UJASTEK sp. z o.o.

Spis treści

SPIS TREŚCI	4
MODEL WSPARCIA KOBIET W CIĄŻY I RODZICÓW DZIECI W WIEKU DO 12 MIESIĘCY	5
GENEZA MODELU	9
CHARAKTERYSTYKA MODELU WSPARCIA KOBIET W CIĄŻY I RODZICÓW DZIECI W WIEKU DO 12 MIESIĘCY	17
PRZYGOTOWANIE DO WDROŻENIA MODELU - AUTODIAGNOZA	23
OBLIGATORYJNE ELEMENTY MODELU	25
STANOWISKA O CHARAKTERZE FAKULTATYWNYM	36
FINANSOWANIE ZADAŃ MODELU	42
ŹRÓDŁA PRZEKAZYWANIA INFORMACJI	43
SZKOLENIA KADRY PRACOWNICZEJ	44
PROMOCJA	45
EWALUACJA	46
ZAKOŃCZENIE	47
INSTRUKCJA WDRAŻANIA – PRZYGOTOWANIE PROCEDUR WDRAŻANIA PROGRAMU	48
RODZICU, NIE JESTEŚ SAM! – PRZEWODNIK DLA PERSONELU	49
WSTĘP – GENEZA USŁUGI	49
FILARY USŁUGI	50
ADRESACI/ADRESATKI USŁUGI	52
ZASOBY	55
PERSONEL	58
PROCES ŚWIADCZENIA USŁUG	61
BIEŻĄCY MONITORING PROCESU WSPARCIA	70
DZIAŁANIA PROMOCYJNE	73
PRZYKŁADOWE PROGRAMY SZKOLEŃ W RAMACH PROGRAMU „RODZICU, NIE JESTEŚ SAM!”	76
PROGRAM SEMINARIUM DLA KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ	76
PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU	77
PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SŁUCHU	79
PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ	81
PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU	84
PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z OPÓŹNIENIEM PSYCHORUCHOWYM I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ	87
PROGRAM SZKOLENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNEGO OJCOSTWA	90

MODEL WSPARCIA KOBIET W CIĄŻY I RODZICÓW DZIECI W WIEKU DO 12 MIESIĘCY

Oddajemy do Państwa rąk publikację *„Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy”*, która powstała w ramach projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”, realizowanego przez Gminę Miejską Kraków, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, realizowanego w działaniu 4.3. „Współpraca ponadnarodowa”. Publikacja zawiera charakterystykę modelu wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci do ukończenia pierwszego roku życia. Przedstawia także ideę powstania prezentowanego modelu, jego założenia oraz wskazówki, które umożliwią wdrożenie i realizację usługi, zapewniając odpowiednią jakość udzielanego wsparcia. Prezentuje również korzyści wynikające z rozwoju działań profilaktycznych oraz udzielania wczesnej pomocy rodzinom po narodzinach dziecka, uwypuklając zalety wynikające z współpracy międzysektorowej.

Założenia projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!” obejmowały wdrożenie modelu wczesnej, kompleksowej i interdyscyplinarnej opieki nad kobietami w ciąży oraz matkami i ojcami z małym dzieckiem, opierającego się na edukacji rodziców w obszarze opiekuńczym i wychowawczym, propagowaniu właściwych postaw zdrowotnych matki i dziecka, upowszechnianiu informacji na temat dostępności świadczeń finansowych i pozafinansowych dla rodziców małego dziecka, świadczeń zdrowotnych przysługujących dziecku z niepełnosprawnością, a także pomocy w realizacji wymaganych procedur prawnych czy organizacyjnych. Projekt zakładał propagowanie zadań profilaktycznych oraz tworzenie systemu pomocy bazującego w większym stopniu na wczesnej reakcji i zapobieganiu, niż na działaniach korekcyjno-naprawczych. Grupę docelową stanowiły szpitale funkcjonujące na terenie Gminy Miejskiej Kraków dysponujące oddziałami położniczymi. Bazą do stworzenia modelu były rozwiązania wypracowane przez niemieckie służby socjalne (Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main).

W ramach dążenia do stworzenia warunków do rozwoju specjalistycznej pomocy na rzecz rodzin, mając na celu zwiększenie efektywności i koherentności podejmowanych w ramach projektu działań, został powołany Zespół Ekspertki składający się z przedstawicieli Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Wydziału

Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, NGO – Fundacji Instytut Rozwoju Regionalnego oraz ekspertów i ekspertek merytorycznych ds. wczesnej pomocy rodzinom w instytucjach testujących – przedstawicieli i przedstawicielek krakowskich szpitali dysponujących oddziałami położniczymi, które wyraziły gotowość udziału w projekcie, tj.: Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego, Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza, Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera, Szpitala Uniwersyteckiego oraz Centrum Medycznego Ujastek. Zespół Eksperski odpowiadał m.in. za realizację zadań merytorycznych w zakresie opracowania raportu dotyczącego obecnego wsparcia realizowanego w Gminie Miejskiej Kraków, sprawozdania z modelu niemieckiego oraz implementacji tych rozwiązań w Polsce.

Działania w projekcie „Rodzicu, nie jesteś sam!” są realizowane w ramach sześciu etapów:

- **Etap I** był okresem przygotowawczym, w którym opracowano *„Raport dotyczący systemu wsparcia dla rodzin z małym dzieckiem oferowanego w gminie miejskiej Kraków”¹* prezentujący funkcjonujący system wsparcia dla wymienionej grupy odbiorców oraz *„Raport z wyjazdu studyjnego do Frankfurtu nad Menem w dniach 16-20.10.2017r.”*, prezentujący system wczesnej pomocy udzielanej rodzicom małych dzieci funkcjonujący we Frankfurcie nad Menem, w oparciu o doświadczenia zdobyte podczas wizyty studyjnej członków Zespołu Eksperskiego w Niemczech.² Na bazie wyżej wymienionych opracowań została przygotowana publikacja *„Model wsparcia rodziców dzieci w wieku do lat 3. Wskazówki organizacyjne i wdrożeniowe”³*, prezentująca charakterystykę oferty wsparcia dla rodziców małych dzieci, która w kolejnym etapie została testowo wdrożona w Gminie Miejskiej Kraków.
- **Etap II** obejmował testowanie zaprezentowanego modelu. Istotą prac było zoptymalizowanie sposobu udzielania wsparcia rodzinom w celu rozwoju działań prewencyjnych przy wykorzystaniu międzysektorowego połączenia zasobów. Działania dedykowane rodzicom pozwalały m.in. na skorzystanie

¹ Raport opracowany przez Zespół Eksperski powołany Zarządzeniem Nr 2375/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 25 września 2017 r. w sprawie realizacji projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”.

² Raport opracowany przez Zespół Eksperski powołany Zarządzeniem Nr 2375/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 25 września 2017 r. w sprawie realizacji projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”.

³ Raport opracowany przez Zespół Eksperski powołany Zarządzeniem Nr 2375/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 25 września 2017 r. w sprawie realizacji projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”.

z kompleksowego poradnictwa psychologicznego, porad dietetyka, doradcy zawodowego, pielęgniarki pediatrycznej, asystenta rodziny oraz pracownika socjalnego. Testowanie modelu miało na celu przeprowadzenie weryfikacji wypracowanej procedury udzielania wsparcia oraz określenie standardu jego świadczenia.

- **Etap III** obejmował analizę efektów testowanego rozwiązania, w tym opracowanie rekomendacji, pozyskanie opinii ekspertów merytorycznych oraz partnera ponadnarodowego, a także opracowania finalnej wersji modelu zawierającego wskazówki jego implementacji.
- **Etap IV⁴** związany będzie z działaniami edukacyjnymi i szkoleniowymi, w których specjaliści realizujący model, a także przedstawiciele administracji publicznej i organizacji pozarządowej, zostaną przygotowani do pilotażowego wdrażania opracowanych rozwiązań z zakresu udzielania wsparcia rodzicom oczekującym na narodziny dziecka oraz wychowującym dziecko do pierwszego roku życia.
- **Etap V** obejmuje wdrożenie modelowych rozwiązań do realizacji na terenie pięciu krakowskich szpitali przy współpracy z organizacją pozarządową oraz ośrodkiem pomocy społecznej.
- **Etap VI** będzie dotyczył opracowania rekomendacji do wdrożenia modelu na terenie kraju.

Publikacja ta stanowi materiał pomocniczy w procesie wdrażania nowych koncepcji, zawiera wskazówki wspomagające ich planowanie i organizację, uwagi oraz rekomendacje wykorzystanych rozwiązań pozwalających na:

- rozwój profilaktycznych ofert wsparcia celem zapobiegania konieczności podejmowania działań interwencyjnych,
- budowanie systemu usług pomocowych zgodnie z zasadą wczesnej pomocy,
- tworzenie płaszczyzny do rozwoju współpracy międzysektorowej,
- implementację innowacyjnych rozwiązań, doskonalenia stosowanych dotychczas praktyk na zasadach benchmarkingu,
- zwiększenie indywidualizacji w kwestii tworzenia ofert pomocowych, adekwatnych do potrzeb i oczekiwań odbiorców wsparcia,
- podniesienie jakości udzielanej pomocy oraz profesjonalizację usług.

⁴ Prace Zespołu Ekspertckiego znajdują się obecnie na IV etapie.

Na potrzeby opracowania użyto następujących pojęć i skrótów:

- **JST** – jednostka samorządu terytorialnego - gmina, powiat, województwo oraz urzędy tych jednostek - urząd gminy, starostwo powiatowe, urząd marszałkowski, jako zespołów środków materialnych i osobowych zapewniających organom JST obsługę techniczno-organizacyjną.
- **NGO** – (ang. non governmental organisation) organizacja pozarządowa, podmiot, który nie jest jednostką albo organem administracji publicznej, prowadzący działalność pożytku publicznego.
- **Szpital** – szpital z oddziałami ginekologiczno-położniczymi bez względu na jego formę organizacyjną.
- **Model** - Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców w wieku do 12 miesięcy – kompleksowy zestaw możliwych i/lub koniecznych do wdrożenia rozwiązań organizacyjnych, jako wzorzec dopasowanych do specyfiki danej organizacji – w zależności od jej celów, możliwości, uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, realizowanych zadań oraz infrastruktury społecznej i zdrowotnej, rozumiany również jako oferta pomocowa dedykowana kobietom w ciąży i rodzicom wychowującym dziecko do pierwszego roku życia.

GENEZA MODELU

CHARAKTERYSTYKA POTRZEB RODZINY Z PERSPEKTYWY WYPEŁNIANIA FUNKCJI PROKREACYJNEJ

Wydarzenie, jakim są narodziny dziecka, ma ważne konsekwencje, wyznacza mianowicie kobiecie i mężczyźnie nowe role społeczne – rolę matki i rolę ojca. Przed rodzicami stają nowe zadania i wyzwania. To rodzina jako naturalne środowisko wychowawcze, kształtuje osobowość dziecka najsilniej i najdłużej, wpływa na jego wizję społeczeństwa, postawy, wyznawane wartości. Więzi rodzinne odgrywają tu decydującą rolę, stając się prototypem relacji społecznych i późniejszego funkcjonowania dziecka w roli osoby dorosłej. Dlatego tak istotna jest szybka, płynna i efektywna adaptacja młodych rodziców do nowych ról, których skuteczne wypełnianie zapewnia dziecku optymalne warunki rozwoju.

Analiza sytuacji społecznej rodzin w procesie prokreacji wyłania obraz aktualnych trendów w rodzicielstwie, które jednocześnie stanowią uzasadnienie tworzenia płaszczyzny do rozwoju ofert pomocowych dla tej właśnie grupy odbiorców:⁵

- **Bezradność matek** - młode kobiety, które rodzą pierwsze dziecko często potrzebują instruktażu w podstawowych kwestiach związanych z opieką nad dzieckiem.
- **Wzmacnianie aktywności ojców** - ojcowie coraz częściej i mocniej angażują się w swoje role rodzicielskie, także na pierwszym etapie rodzicielstwa związanym z porodem i położeniem, wykazujący mniejsze zaangażowanie wymagają wzmocnienia.
- **Zmiany w naturalnym systemie generacyjnym** – duże aglomeracje miejskie przyciągają przyjezdnych. W związku z tym wiele rodzin, którym rodzi się pierwsze dziecko, nie posiada naturalnego oparcia rodzinnego, a młodzi rodzice nie mogą korzystać z pomocy i rad własnych matek i ojców.

⁵ Przytoczone w rozdziale informacje pochodzą z *Raportu końcowego z badań porównawczych w projekcie „Rodzicu, nie jesteś sam!”* oprac. Ewa Ryłko, Studio Badań Marketingowych Market Research Studio Kraków, marzec 2019.

- **Słaby transfer wzorów opieki, szum informacyjny nt. rodzicielstwa** - coraz częściej wiedza na temat rodzicielstwa zdobywana jest okazjonalnie, zdarza się, że bazuje wyłącznie na przekazach medialnych.
- **Rozdźwięk między rzeczywistością a społecznym wizerunkiem macierzyństwa** – wpływ dominującego, wyidealizowanego obrazu matki z dzieckiem, silnie promowanego przez różnego rodzaju media.
- **Sprawdzian roli** – wielu rodziców dąży do perfekcji, co według nich jest równoznaczne z byciem wartościowym rodzicem. W sytuacji niepowodzeń, nie zawsze poszukują pomocy, bo to oznaczałoby dla nich przyznanie się do porażki.
- **Odzyskiwanie kontroli i poczucia normalności** - nowe problemy po pojawieniu się dziecka budują w matkach i ojcach przekonanie, że z jednej strony to rewolucja w ich życiu, a z drugiej, że nie przeżywają niczego, co byłoby dane innym rodzicom. Oczekują i potrzebują potwierdzenia z zewnątrz, że to, co aktualnie przeżywają, jest normalne, powszechne. Pragną ustabilizowania swojej sytuacji, ale także uznania mnóstwa nowych jakości w swoim życiu za normalne, w tym prawa do pomyłki przeżywania okresowej bezradności.

PROGRAM BABYLOTSE - FRANKFURT NAD MENEM

Funkcjonujący w obszarze pomocy społecznej we Frankfurcie nad Menem program *Babylotse*⁶ stanowił inspirację do opracowania teoretycznych podstaw „*Modelu wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 3 lat*”,⁷ testowanego w Krakowie w okresie od lutego do listopada 2018 roku. Program *Babylotse Frankfurt*, zapoczątkowany w Hamburgu w 2007 roku, a od 2014 roku realizowany we Frankfurcie nad Menem, opiera swoje założenia na koncepcji wczesnego

⁶ Babylotse jest zbitkiem wyrazów niem. das *Baby* – dziecko, niemowlę i der *Lotse* – przewodniczka, pilot; odpowiednik polskich Przewodniczek.

⁷ Publikacja „*Model wsparcia rodziców dzieci w wieku do 3 lat*” powstała w styczniu 2018 roku i stanowiła wypracowany na bazie doświadczeń niemieckiego systemu wsparcia rodzin, koncepcję implementacji niemieckich rozwiązań na grunt Polski, przetestowanych w Krakowie w okresie od lutego do listopada 2018 roku. Prezentowany podręcznik *Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy* stanowi finalny efekt koncepcji i wskazówek do implementacji rozwiązań w Polsce, łącząc w sobie efekt analizy przyjętych rozwiązań w okresie testowania, rekomendacji krakowskich rodzin – odbiorców wsparcia, opinii i uwag instytucji wdrażających.

reagowania (niem. Frühe Hilfe) na trudności pojawiające się w rodzinach, w których narodziło się dziecko. Zakłada się bowiem, że zaniechanie działań i brak wczesnej reakcji, także w sytuacji nieprzewidywalnych kryzysów wynikających z naturalnego cyklu życia rodziny, do jakich z pewnością należą narodziny dziecka, może negatywnie wpływać na realizację jej podstawowych funkcji. Zgodnie z tymi założeniami, Program *Babylotse Frankfurt* koncentruje się na udzielaniu możliwie wczesnej pomocy rodzicom przygotowującym się do roli rodzicielskiej lub wychowujących małe dzieci, adekwatnie do występujących problemów, respektując oczekiwania rodziców w zakresie rodzaju i formy udzielanego wsparcia. Niemiecka „Babylotse”, czyli osoba udzielająca wczesnego wsparcia, spotyka się kobietami/mężczyznami już na terenie oddziałów położniczych w szpitalach. Umożliwia jej to szybkie „dotarcie” do matek i ojców, a rodzicom – nawet jeżeli nie zdecydują się w danej chwili na skorzystanie z oferty pomocy – pozyskanie informacji, że w ich najbliższym otoczeniu działają osoby, które zapewnią im pomoc, jeżeli w przyszłości zdecydują się po nią sięgnąć. Zadania Babylotse skupiają się na systematycznym, wczesnym rozpoznaniu trudności występujących w rodzinach i pośrednictwie w kontakcie z odpowiednią instytucją, dotarciu do rodzin przed wystąpieniem znaczących kryzysów uniemożliwiających prawidłową realizację funkcji opiekuńczo-wychowawczych, koordynowaniu i sieciowaniu wsparcia oferowanego przez system opieki zdrowotnej i placówki pomocowe, informowaniu rodzin o dostępnej ofercie. W ramach projektu *Babylotse Frankfurt* została utworzona mapa spójnego systemu wsparcia, opartego na strukturze sieciowej, w których pracownicy poszczególnych profesji, w szczególności z zakresu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej i organizacji pozarządowych, współpracują na rzecz osób i rodzin oczekujących pomocy.

MODEL WSPARCIA RODZICÓW DZIECI W WIEKU DO 3 LAT TESTOWANY W GMINIE MIEJSKIEJ KRAKÓW W RAMACH PROJEKTU „RODZICU, NIE JESTEŚ SAM!”

Publikacja „*Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 3 lat*” zawierała charakterystykę wypracowanych rozwiązań niemieckich, z uwzględnieniem możliwości ich implementacji w Polsce. Instytucjami zaangażowanymi w opracowanie i realizację modelu były podmioty: Gmina Miejska Kraków - Miejski

Ośrodek Pomocy Społecznej, Biuro Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa /obecnie Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia/ oraz partner krajowy - Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego (FIRR). Grupę docelową stanowiły szpitale funkcjonujące na terenie Gminy Miejskiej Kraków, które dysponują oddziałami położniczymi i wyraziły chęć uczestnictwa w pilotażu. Etap testowania modelu został poprzedzony dokonaniem analizy funkcjonującego w Krakowie systemu wsparcia dla rodziców małych dzieci, obejmującego różnorodne formy pomocy, w tym także świadczenia finansowe.⁸ Na kanwie założeń Programu *Babylotse Frankfurt*, wyżej przytoczonej analizy oraz doświadczeń z wizyty studyjnej członków i członkiń Zespołu Eksperckiego we Frankfurcie nad Menem opracowano podstawową koncepcję modelu. Zgodnie z założeniami niemieckimi, oparto ją na postulatach wczesnej pomocy, powszechności i dostępności uzyskania wsparcia. Oferta pomocowa została skierowana do rodziców przeżywających narodziny dziecka oraz rodzin wychowujących małe dziecko do lat 3, w których występują problemy ekonomiczne, zawodowe, emocjonalne i inne, mające wpływ na funkcjonowanie rodziny, niezależnie od jej statusu materialnego. Model zakładał również objęcie pomocą imigrantów i imigrantek, u których poza ewentualnymi problemami wynikającymi z roli rodzicielskiej mogą wystąpić bariery kulturowe, adaptacyjne. W ramach projektu powstały również dwie publikacje: „*Informator Mamy i Taty*” oraz „*Poradnik Mam i Taty. Po pierwsze: Dziecko*”, które przekazano adresatom projektu oraz rozdysponowano w krakowskich żłobkach i klubach rodziców.

Osobami zaangażowanymi w proces udzielania wsparcia rodzinom w „*Modelu wsparcia rodziców dzieci w wieku do 3 lat*” byli:

- **Konsultanci/konsultantki ds. wczesnej pomocy rodzinie – personel oddziału ginekologiczno-położniczego szpitali mający bezpośredni kontakt z rodzinami, którym urodziło się dziecko (z reguły były to położne), do których zadań należało:**
 - koordynowanie działań w ramach testowanego modelu na terenie szpitali,
 - propagowanie informacji wśród współpracowników/współpracowniczek

⁸ „*Raport dotyczący systemu wsparcia dla rodzin z małym dzieckiem oferowanego w gminie miejskiej Kraków*”. Kraków, październik 2017.

i potencjalnych uczestników o realizowanym projekcie i możliwości uzyskania wsparcia,

- podejmowanie działań z rodziną, a w szczególności:
 - wstępnego rozeznania sytuacji rodzinnej, bytowej rodziny, w której urodziła dziecko, w tym dystrybucja ankiet wśród pacjentek oddziału ginekologiczno-położniczego i ich zebranie,
 - przekazanie matkom/ojcom informacji o ofercie pomocowej, promowanie działań projektowych,
 - współpraca z przewodniczką/przewodnikiem.
- **Przewodniczki/przewodnicy – odpowiednik „Babylotse”, dyżurujące w szpitalach pracownice organizacji pozarządowej, prowadzące rozmowy z pacjentkami szpitala i ich partnerami. Wspólnie z rodzicami, na podstawie rozmów i analizy wypełnionych ankiet, określały, jakiego typu specjalistycznej pomocy oczekuje rodzina (psycholog, dietetyk, pielęgniarka pediatryczna, doradca zawodowy, asystent rodziny, pracownik socjalny) oraz świadczyły poradnictwo dotyczące przysługujących rodzicom uprawnień, udzielały informacji o dostępnych na terenie gminy usługach społecznych i zdrowotnych dedykowanych matkom i ojcom małego dziecka. Kontakt z przewodniczką/przewodnikiem był możliwy również po opuszczeniu przez matkę i noworodka szpitala. Przewodniczki/przewodnicy współpracowały/li z konsultantem/konsultantką ds. wczesnej pomocy rodzinie oraz personelem szpitala, a także analizowały/li ankiety wypełnione przez matki/ojców.**

W ramach realizacji modelu, organizacja pozarządowa utworzyła **Punkt Konsultacyjny**, uruchomiła **infolinię** dla rodziców oraz prowadziła **stronę internetową** zawierającą informacje nt. możliwego do uzyskania w ramach wypracowanego modelu wsparcia.

- **Specjalista/ka ds. wsparcia rodzin** – pracownik/pracowniczka Punktu, odpowiedzialny/a za koordynację działań zespołu specjalistów/specjalistek. Do jego/jej zadań należało przygotowanie wzorów dokumentów, opracowanie Indywidualnych Planów Wsparcia, modyfikacje i ewaluacje realizowanych w ich ramach usług.

- **Pracownik/pracowniczka infolinii** – pracownik/pracowniczka odpowiedzialny za obsługę infolinii dla rodziców, udzielający telefonicznych informacji na temat realizowanej oferty pomocowej. Personel przygotowywał treści do opublikowania na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych.⁹
- **Zespół specjalistów/specjalistek realizujących usługi osobiste**, w skład, którego wchodziło: psycholog, doradca zawodowy, pielęgniarka pediatryczna, dietetyk, pracownik socjalny, asystent rodziny. Personel pracował z matkami/ojcami m.in. w obszarach:
 - trudności w opiece i wychowaniu,
 - relacji w rodzinie,
 - emocji przeżywanych przez rodziców, którym urodziło się dziecko oraz związanych z wychowywaniem dziecka z niepełnosprawnością,
 - godzenia roli rodzica z pracą zawodową,
 - przysługujących uprawnień w sytuacji urodzenia dziecka, w tym uprawnień pracowniczych,
 - propagowania naturalnego karmienia dziecka, szczególnie w pierwszych miesiącach jego życia oraz wskazywania sposobów żywienia dziecka w sytuacjach, kiedy nie jest możliwe karmienie naturalne,
 - przedstawiania najważniejszych zasad dotyczących żywienia noworodka, niemowlęcia i dziecka do lat 3 oraz ich znaczenia dla prawidłowego rozwoju dziecka,
 - edukacji w zakresie odżywiania kobiety w okresie laktacji,
 - pomocy kobiecie w utrzymaniu laktacji w sytuacji, gdy ze względu na stan dziecka (wczesniactwo, zaburzenia adaptacyjne, choroby dziecka wymagające dłuższego pobytu w szpitalu) nie jest możliwe naturalne karmienie tuż po porodzie,
 - udzielania informacji na temat zdrowego odżywiania całej rodziny w oparciu o piramidę żywienia,
 - obserwacji stanu zdrowia dziecka,

⁹ Została uruchomiona strona internetowa www.rodzicuniejestessam.pl oraz profil w portalu społecznościowym Facebook.

- edukowania na temat właściwej pielęgnacji dziecka,
- znaczenia wielozmysłowej stymulacji dziecka, informowania rodziców w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych,
- wspierania rodziców dziecka wymagającego specjalistycznej opieki (wcześnieństwo, wady wrodzone, choroby genetyczne, wady letalne, choroby przewlekłe),
- diagnozowania sytuacji rodzinnej, bytowej i uruchamiania pomocy z zasobów infrastruktury społecznej i zdrowotnej,
- informowania rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie spraw socjalno-bytowych,
- udzielania porad na temat przysługujących uprawnień,
- pomocy rodzinom w adaptacji do roli rodzicielskiej, udzielania rodzinom pomocy i wskazówek dotyczących wychowywania dziecka,
- motywowania rodziców do udziału w zajęciach grupowych mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych.

Powyższa charakterystyka odzwierciedla specyfikę modelu, odwzorującą niemieckie doświadczenia rozwijania współpracy międzysektorowej, w której pracownicy poszczególnych profesji, zwłaszcza z zakresu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej oraz organizacji pozarządowych, współpracują ze sobą na rzecz rodzin. Proces testowania zaprezentowanego modelu prowadzono od lutego do listopada 2018 roku, zakładając objęcie wsparciem 40 krakowskich matek i ojców. Finalnie, z usług skorzystały 123 rodziny, co potwierdza duże zapotrzebowanie na tę formę pomocy. Po zakończeniu etapu testowania przeprowadzono badania porównawcze, gromadząc perspektywę zarówno jego realizatorów, jak i uczestników/uczestniczek projektu, tj. personelu świadczącego wsparcie oraz matek i ojców. Umożliwiło to dokonanie oceny jakości wdrażanych rozwiązań, uwzględniając szczególnie ich wpływ na stan rodzin, które skorzystały z proponowanej oferty pomocowej, a także sformułowanie koniecznych modyfikacji i rekomendacji. Wyniki badania wykazały, iż stopień zadowolenia adresatów pilotażu był bardzo wysoki. Matki i ojcowie docenili innowacyjność oferowanego im wsparcia, powszechność rozumianą jako wyrównywanie szans i sprawiedliwy dostęp do opieki oraz mobilność specjalistów (usługi były realizowane w miejscu zamieszkania rodzin). Godny uwagi jest również fakt, iż beneficjenci modelu wskazali gotowość polecenia

tego typu wsparcia innym młodym rodzicom, uważając je za sensowne, potrzebne, przydatne i satysfakcjonujące.¹⁰

¹⁰ Raport końcowy z badań porównawczych w projekcie „Rodzicu, nie jesteś sam!”, oprac. Ewa Ryłko, op. cit.

CHARAKTERYSTYKA MODELU WSPARCIA KOBIET W CIĄŻY I RODZICÓW DZIECI W WIEKU DO 12 MIESIĘCY

CECHY MODELU

Pojawienie się dziecka w rodzinie, szczególnie pierwszego, stanowi na tyle znaczącą zmianę, iż może w wielu przypadkach graniczyć z sytuacją kryzysu. Oznacza on nie tylko złożoną, trudną dla osoby sytuację, ale przede wszystkim konieczność reorganizacji dotychczasowego sposobu funkcjonowania rodziny i niedostatek w możliwościach zaradzenia tej sytuacji. Zagrożenie kryzysem kobiety, która rodzi dziecko jej partnera i pozostałych członków rodziny, wiąże się z wieloma zjawiskami. Po pierwsze, przed rodzicami stoją wyzwania związane z połączeniem aktywności na różnych polach, zwłaszcza w sferze godzenia ról zawodowych i społecznych z macierzyństwem i ojcostwem. Po drugie, rośnie obciążenie odpowiedzialnością za dobro dziecka i presja sprawdzania się w roli i zachowaniach dotąd niećwiczonych. Zachodzące zmiany, proces adaptacji rodziny do funkcjonowania w nowych warunkach, wiąże się z pokonywaniem trudności, przeżywaniem wielu, często negatywnych, emocji i napięć. Niejednokrotnie oferta pomocy, zwłaszcza w przypadku jej instytucjonalnego charakteru, jest postrzegana jako źródło zagrożenia dla integralności rodziny. Maleje wówczas jej skuteczność, a szanse na to, że pomoże rodzinie uporać się z przeżywanymi trudnościami, są niewielkie. W tej perspektywie, kluczowym staje się poszukiwanie takich rozwiązań, które bazując na osobistych, odformalizowanych interakcjach, dążą do stworzenia trwałej, stabilnej, powszechnej i dostępnej sieci oparcia społecznego. Poczucie, że istnieją oferty pomocowe, nawet jeżeli rodzina nigdy nie znajdzie się w sytuacji bezpośredniego biorcy pomocy, jest gwarantem zapewnienia jej oparcia i bezpieczeństwa. Można zatem założyć, że w przypadku rodziny brak lub utrudniony dostęp do szeroko pojętego wsparcia stanowić będzie znaczący czynnik wpływu na scenariusz jej życia, stając się jednym z determinantów pojawiania się dysfunkcji ograniczających szanse realizacji na optymalnym poziomie przynależnych jej ról. Kluczowe znaczenie w tym aspekcie ma efektywność przepływu informacji o ofercie pomocowej. Ważne, żeby rodzice już od pierwszych chwil po narodzeniu dziecka, a najlepiej jeszcze w okresie oczekiwania na poród, wiedzieli, że w ich otoczeniu znajdują się osoby, organizacje, do których mogą się zwrócić o wsparcie. Takie

podejście daje szanse osiągnięcia maksymalnie globalnego zasięgu, wysokiego poziomu dostępności i elastyczności, ułatwiając tym samym odnalezienie każdej rodzinie oczekującej narodzin dziecka lub wychowującej małe dzieci propozycji adekwatnej do specyfiki jej potrzeb i oczekiwań. A zatem, dążenie do doskonalenia istniejących w tych obszarach ofert pomocowych i wprowadzanie nowych rozwiązań powinno stanowić ważny element wspierania tej szczególnej grupy odbiorców/odbiorczyń.

W prezentowanym modelu przyjęto perspektywę pomocy opartej na powszechności (może ją otrzymać każda kobieta w ciąży i rodzice po narodzinach dziecka), profilaktyce (wsparcie matek i ojców nastawione jest na ich wzmocnienie i ochronę w trudnej sytuacji początków rodzicielstwa) oraz natychmiastowości (rodzic dostaje ją w bardzo krótkim czasie po zgłoszeniu, a przynajmniej – przewidywalności - rodzic wie, kiedy pomoc przybędzie).

Z tego punktu widzenia, model promuje interdyscyplinarną, krótkotrwałą pomoc, opartą na „dotarciu” do rodzin tam, gdzie się znajdują lub tam, gdzie jej potrzebują (szpital, dom). W przypadku, gdy rodzinie potrzebna jest zaawansowana pomoc specjalistyczna, powinna ona do niej dotrzeć z zewnętrznych zasobów (sieciowanie wsparcia), co oznacza możliwość „przekazania” rodziny w inne obszary systemu pomocy społecznej i zdrowotnej (handover).

Model zakłada możliwość „sieciowania wsparcia” z wykorzystaniem bezpiecznego przekazania pacjenta do innej instytucji oraz wykorzystanie istniejącego wachlarza usług społecznych i zdrowotnych, zamiast bezpośredniego zatrudniania profesjonalistów z poszczególnych dziedzin. To rozwiązanie pozwala na bardziej racjonalne rozdysponowanie środków finansowych i aktywizuje zasób funkcjonujących różnorodnych form pomocy, wsparcia.

CELE MODELU

Zaprezentowane w publikacji rozwiązania dążą do rozwoju profilaktycznych ofert wsparcia oraz tworzenia systemu pomocy bazującego w większym stopniu na wczesnej reakcji i zapobieganiu niż na działaniach korekcyjno-naprawczych. Kluczowe dla modelu jest łączenie i rozwijanie międzysektorowej współpracy, umożliwiającej wdrożenie innowacyjnych rozwiązań wsparcia matek i ojców tuż po narodzeniu ich dziecka, przy maksymalnej indywidualizacji w kwestii tworzenia ofert pomocowych, doskonalącej tym samym ich użyteczność. Podsumowując, niniejszy model rozwijając założenia prezentowane w „Modelu wsparcia rodziców dzieci do 3 lat” koncentruje się wokół:

- **profilaktyki** występowania trudności opiekuńczo-wychowawczych, opartej na takich elementach jak: zapobieganie-ochrona-wsparcie,
- **wczesnej pomocy** realizowanej w ramach lokalnych systemów wspierania w oparciu o istniejące zasoby usług społecznych i zdrowotnych,
- budowania w ramach **zespołów interdyscyplinarnych** sieci współpracy pomiędzy instytucjami udzielającymi wsparcia.

ADRESACI WSPARCIA W RAMACH MODELU

Model wyróżnia następujące grupy dotknięte specyficznymi trudnościami, które należy objąć specjalistycznym wsparciem:

- **Kobiety w ciąży fizjologicznej i powikłanej przebywające na oddziałach ginekologiczno-położniczych**

Kobiety w okresie ciąży wymagają szczególnego wsparcia. Ten czas może wiązać się z obawami o przyszłość rodziny oraz zdrowie dziecka. Uruchomienie systemu poradnictwa może w wielu przypadkach zniwelować negatywne emocje u kobiety, a tym samym lepiej przygotować do porodu i macierzyństwa. Podczas ciąży mogą wystąpić powikłania, czyli patologie ciąży. Zdarza się, iż zagrażają one życiu i zdrowiu matki oraz dziecka. Powikłania niosą za sobą konsekwencje zdrowotne w okresie ciąży oraz późniejszym życiu kobiety i dziecka. Dlatego tak znaczącym jest, by dotrzeć do kobiety znajdującej się

w takiej sytuacji i udzielić poradnictwa dotyczącego dostępnych form wsparcia. Pomoc ta, poza aspektem medycznym, może obejmować wsparcie psychologiczne i socjalne.

- **Matki i ojcowie dziecka w wieku 0-12 miesięcy, w tym rodzice z niepełnosprawnością**

W ramach tej grupy rodzice powinni uzyskać wsparcie w obszarach:

- poradnictwa na temat dostępnych ofert wsparcia finansowego i pozafinansowego,
- załatwiania spraw urzędowych związanych z narodzinami dziecka,
- opieki i pielęgnacji dziecka,
- edukacyjnym związanym z rozwojem dziecka i zaspokajaniem jego potrzeb,
- społeczno-ekonomicznym w zakresie m.in. problemu bezrobocia, trudności w godzeniu roli rodzica z aktywnością zawodową, problemów finansowych,
- udzielania wsparcia emocjonalnego wynikającego m.in. z trudnością związaną z adaptacją do roli rodzicielskiej,
- zdrowotnym, dotyczącym zarówno stanu zdrowia matki, jak i dziecka,
- kompensowania w trakcie opieki nad dzieckiem ograniczeń wynikających z niepełnosprawności jego rodzica/rodziców

W tej grupie można wyróżnić dwie szczególne podgrupy docelowe:

- **Rodzice dziecka w wieku 0-12 miesięcy z niepełnosprawnością lub zagrożonego niepełnosprawnością**

Odbiorcami wsparcia oferowanego w ramach usługi są również rodziny, w których urodziło się dziecko z niepełnosprawnością lub zagrożone niepełnosprawnością i które, w związku z niepełnosprawnością dziecka, wymagają specjalistycznej pomocy w obszarach:

- poradnictwa na temat dostępnych ofert wsparcia finansowego i pozafinansowego dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością,
- załatwiania spraw urzędowych,
- opieki i pielęgnacji oraz specyficznymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności dziecka,

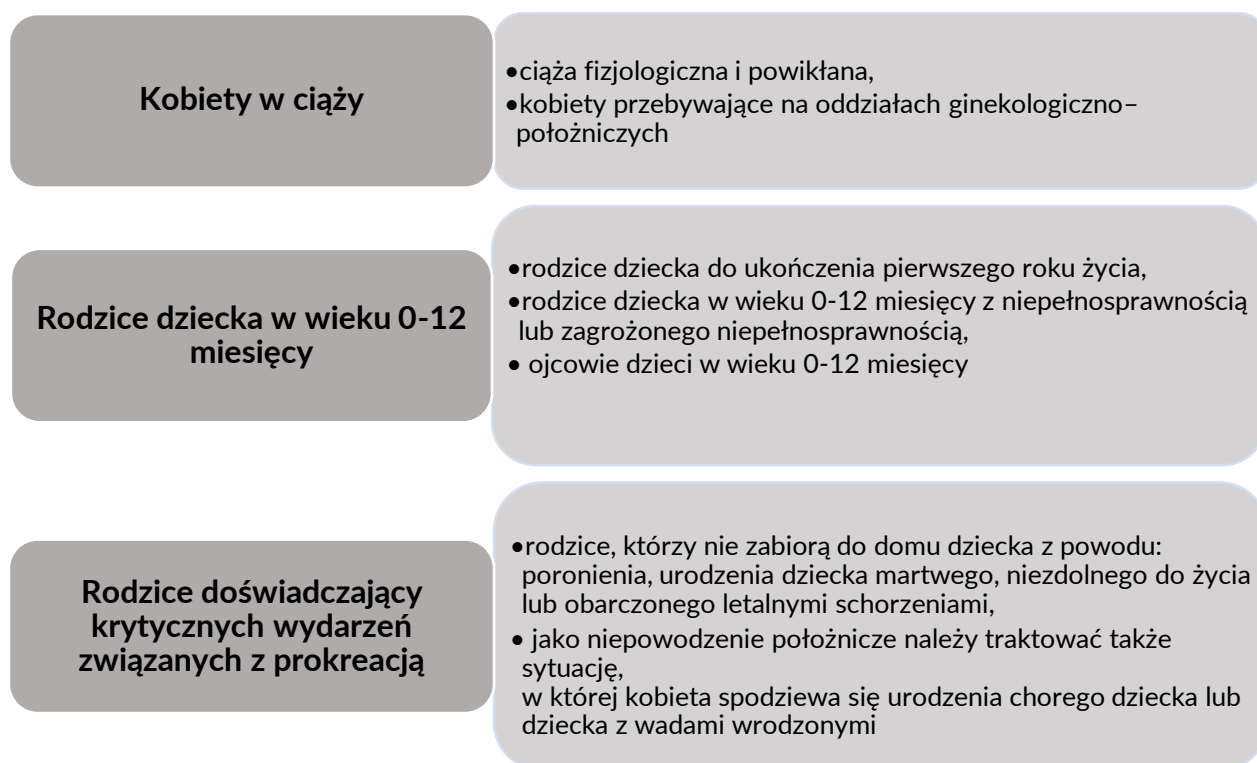
- udzielania wsparcia emocjonalnego związanego z przeżywanymi trudnościami wynikającymi z diagnozy niepełnosprawności u dziecka,
- społeczno-ekonomicznym w zakresie m.in. bezrobocia bądź pogorszenia sytuacji finansowej w związku z koniecznością sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.

- **Ojcowie dzieci w wieku 0-12 miesięcy**

Ojcowie coraz częściej i mocniej angażują się w swoje role rodzicielskie, a bezpośrednia i bliska relacja z dzieckiem, opieka od chwili jego narodzin, stają się dla nich coraz ważniejsze. Istotne jest promowanie aktywnego ojcostwa wśród mniej aktywnych ojców oraz budowanie oferty wsparcia i edukacji dopasowanej do ich współczesnych potrzeb.

- **Rodzice doświadczający krytycznych wydarzeń związanych z prokreacją, tj. niepowodzeń położniczych, wad rozwojowych płodu, śmierci dziecka po urodzeniu**

Niektóre sytuacje, w jakich znajdują się rodziny realizujący swoje funkcje prokreacyjne, mają charakter kryzysów czy – mówiąc innymi słowami – krytycznych wydarzeń. Mogą nimi być: poronienie samoistne, urodzenie martwego dziecka czy dziecka z wadą letalną. Wyodrębniają się one wyraźnie z codziennych wydarzeń, dotyczą spraw o istotnym znaczeniu, angażują emocjonalnie, zakłócają dotychczasowy układ i wymagają istotnych zmian w zachowaniu, a niekiedy restrukturyzacji całej sytuacji życiowej. Wsparcie dedykowane rodzicom, którzy znaleźli się w jednej z wyżej wymienionych sytuacji, powinno mieć charakter holistyczny, obejmujący profesjonalną opiekę medyczną oraz pomoc psychologiczną.



Rysunek 1 Grupy adresatów wsparcia w ramach modelu

WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA

Jedną z cech modelu jest tworzenie płaszczyzny do rozwoju współpracy międzysektorowej, czyli relacji wzajemnej, opartej na dobrowolności, w której podmioty łączą swoje siły, by osiągnąć wspólny cel. Działania każdego z sektorów są inne, każdy z nich pełni odrębną rolę w lokalnej społeczności i cechuje się odmiennymi celami. Połączenie sił i doświadczeń każdego z nich gwarantuje większą skuteczność, a także nowy, lepszy rozwój, ma również znaczący wpływ na budowanie wizerunku nie tylko instytucji wiodącej, ale również jednostek z nią współpracujących.

Rekomendowane w modelu rozwiązanie oparte jest na trójstronnej współpracy między jednostką samorządu terytorialnego, organizacją pozarządową oraz szpitalami z oddziałami ginekologiczno-położniczymi, bez względu na ich formę organizacyjną.

Współpraca międzysektorowa wiąże się z uruchomieniem zasobów personalnych, pośród których każda z instytucji/organizacji posiada personel zaangażowany w implementację modelu, a podział zadań pomiędzy poszczególne podmioty jest ściśle określony. Nadzór nad pracą poszczególnych osób realizujących zadania w ramach modelu pełni instytucja/organizacja, z ramienia której poszczególne

osoby zostały zatrudnione. Takie podejście umożliwia podniesienie jakości i skuteczności podejmowanych działań, wpływa na rozwój różnorodnych form pomocy dedykowanych rodzinom, przyczynia się do profesjonalizacji świadczonych usług.

Rozwój współpracy międzysektorowej wymaga gruntownego przygotowania się. Należy bowiem pamiętać o uwarunkowaniach instytucjonalnych i prawnych tejże współpracy, tj. procedurach, nakazach i obowiązkach, określeniu zakresu odpowiedzialności. Poza wymienionymi wyżej, należy również wyznaczyć „miękkie”, elastyczne zasady dotyczące m.in. komunikowania się i przekazywania informacji czy wprowadzania modyfikacji, a także określić standardy i zasady współpracy obejmujące: partnerstwo, pomocniczość, uznawanie suwerenności poszczególnych instytucji i organizacji, ściśle wyznaczone kierunki działań i jasny podział realizowanych zadań między poszczególnymi jednostkami i instytucjami. Wspólne ustalenie zasad na początku współpracy sprzyja jej efektywności, ograniczeniu ryzyka popełniania błędów, buduje pozytywny obraz instytucji współpracujących.

PRZYGOTOWANIE DO WDROŻENIA MODELU - AUTODIAGNOZA

Zaprezentowane w opracowaniu rozwiązania modelowe nie mają wymiaru obligatoryjnego, stanowią pewien zbiór propozycji, wskazówek, wyznaczają kierunek, ogólne zasady organizowania wsparcia. Implementując model należy wziąć pod uwagę wiele czynników, które z pewnością wpływają na płynność i efektywność tego procesu. Możemy do nich zaliczyć między innymi wielkość gminy (mała, średnia, duża gmina, miasto na prawach powiatu, powiat), specyfikę kadry pracowniczej, zasoby infrastruktury społecznej i zdrowotnej. Z tego względu opracowanie przedstawia rekomendowane rozwiązania, nie stanowiąc warunków sine qua non.

Punktem wyjścia, umożliwiającym efektywne wdrożenie modelu, powinna być rzetelna diagnoza, pozwalająca na identyfikację możliwości implementacji opisanych rozwiązań i wybór tych elementów, które będą odpowiadać możliwościom danej gminy, stanowiąc jednocześnie adekwatną do potrzeb społeczności odpowiedź na postulaty potencjalnych odbiorców wsparcia.

Podsumowując, punktem wyjścia kluczowym dla wdrożenia modelu jest dokonanie analizy w obszarach:

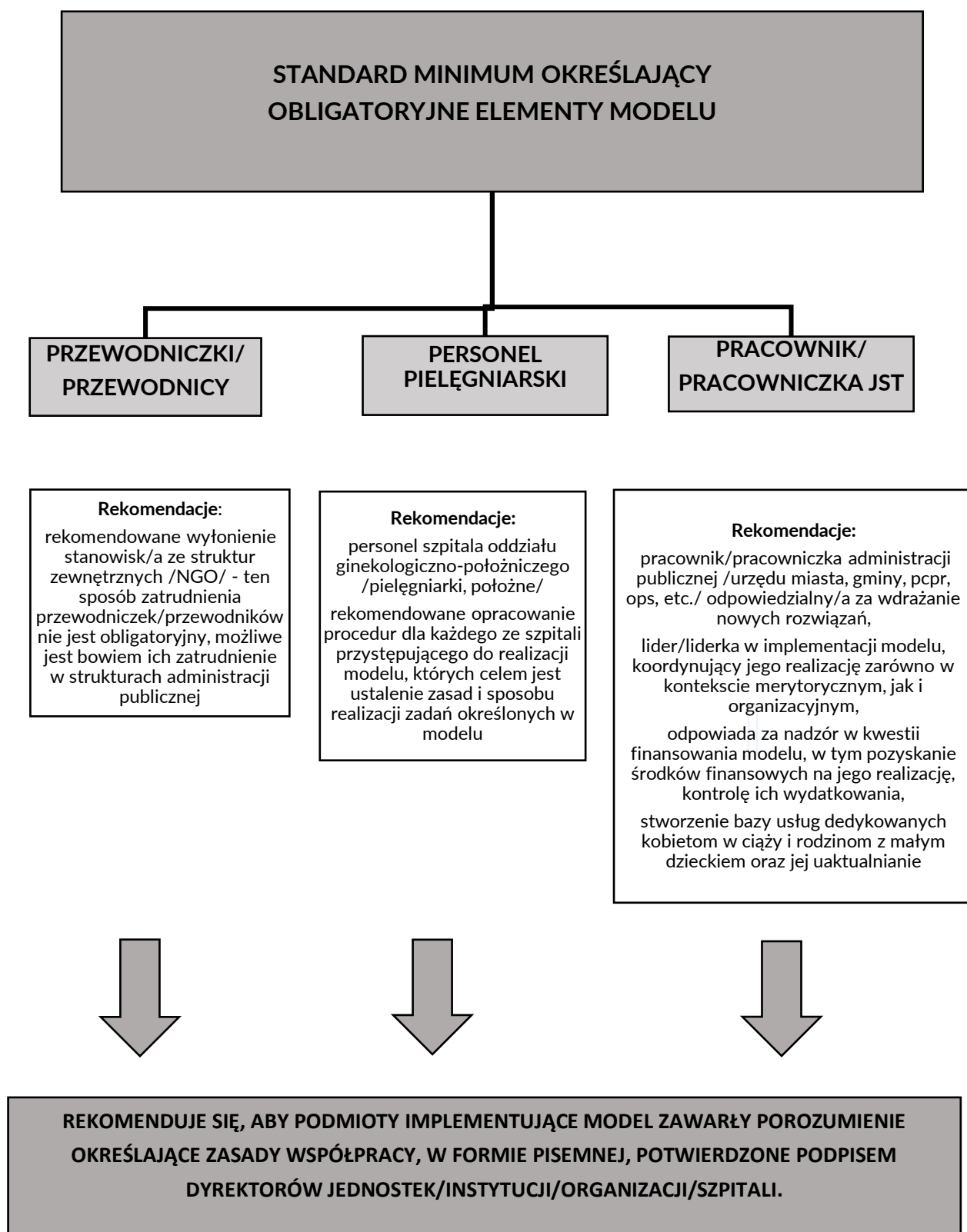
- funkcjonującego systemu wsparcia dla kobiet w ciąży i rodziców dzieci do ukończenia pierwszego roku życia,
- zasobów infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych,
- sposobu finansowania zadań,
- zasobów personalnych oraz infrastrukturalnych JST,
- funkcjonujących na danym obszarze organizacji pozarządowych, społecznych,
- funkcjonujących na danym obszarze szpitali, dysponujących oddziałami ginekologiczno-położniczymi, ich liczby oraz sposobu organizacji.

OBLIGATORYJNE ELEMENTY MODELU

Zasadniczym kryterium warunkującym wdrożenie modelu jest zaistnienie następujących stanowisk pracowniczych:

- przewodniczka/przewodnik,
- personel pielęgniarski oddziałów ginekologiczno-położniczych,
- pracownik/pracowniczka administracji publicznej.

Proponuje się, aby jednostką odpowiedzialną za implementację i koordynację zadań modelu był wydział/komórka organizacyjna administracji publicznej - realizująca zadania z obszaru zdrowia/pomocy społecznej lub inna, odpowiedzialna za realizację zadań związanych z wdrażaniem nowych rozwiązań. Do niej należy przeprowadzenie autodiagnozy i na tej podstawie opracowanie koncepcji realizacji modelu, zaproszenie do współpracy szpitali oraz, jeśli jest to możliwe, wyłonienie NGO w ramach otwartego konkursu ofert.



Rysunek 2 Rekomendacje określające standard minimum realizacji modelu.

CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRZEWODNICZKI/PRZEWODNIKA

Przewodniczki/przewodnicy, realizujące/y zadania bezpośrednio na oddziałach ginekologiczno-położniczych szpitali, pełnią kluczową rolę w omawianym modelu, a ich kontakt z osobami/rodzinami stanowi zasadniczy punkt spośród kierowanej do kobiet w ciąży/rodziców ofercie wsparcia. W związku z charakterem podejmowanych przez nie/nich zadań, praca przewodniczek/przewodników powinna być odformalizowana i opierać się na naturalnych, niespecjalistycznych kontaktach z beneficjentami wsparcia. Zadania przewodniczek obejmują większość czynności wstępnych. Ich podstawowa rola ma koncentrować się na informowaniu o ofercie, swobodnych rozmowach z rodzicami oraz podtrzymywaniu z nimi kontaktu – w przypadku rodzin, które skorzystały z usług przewodniczki/przewodnika na terenie szpitala, dobrą praktyką jest ponowienie kontaktu w formie rozmowy telefonicznej po upływie tygodnia/dwóch tygodni od dnia opuszczenia szpitala przez dziecko. Zgodnie z postawą „życzliwego zainteresowania”, inicjatywa podtrzymywania kontaktu spoczywa po stronie przewodniczek/przewodników.

Należy pamiętać, że każda kobieta przebywająca na oddziale ginekologiczno-położniczym powinna wiedzieć, że w szpitalu znajduje się osoba (przewodniczka/przewodnik), z którą może porozmawiać. Selektywne proponowanie pacjentkom oferty wsparcia przeczy zasadzie powszechności i dostępności.

Przewodniczka/przewodnik powinna/powinien mieć zapewnione ogólnodostępne pomieszczenie na terenie szpitala. Informacja na ten temat musi być rozpowszechniona w stopniu umożliwiającym każdej z pacjentek i ojców możliwość bezpośredniego kontaktu z przewodniczką/przewodnikiem. Bardzo ważnym elementem jest dysponowanie przez przewodniczki/przewodników wizytówkami (nawet z fotografią). Ułatwia to nawiązanie kontaktu i jest szczególnie ważne w przypadku pacjentek, które podczas okresu hospitalizacji nie podjęły decyzji o zapoznaniu się z ofertą wsparcia.

Dodatkowe dyżury przewodniczek/przewodników są organizowane w przypadku tzw. „przedłużonych weekendów”, w których ilość dni wolnych od pracy przekracza 3 dni. Powyższe działanie podyktowane jest tym, iż kobiety rodzące

zazwyczaj przebywają na oddziale położniczym przez okres 3 dni, co wynika ze standardów opieki okołoporodowej, a dłuższa nieobecność przewodniczek/przewodników ograniczałaby osobom możliwość rozmowy z nimi i ewentualnego skorzystania z pomocy. Dlatego, w przypadku nieobecności przewodniczki/przewodnika, spowodowanej chorobą, urlopem, czy innymi okolicznościami uniemożliwiającymi odbycie dyżurów w szpitalach, należy ustanowić zastępstwo na czas jej/jego nieobecności. W przypadku krótkotrwałych nieobecności przewodniczki/przewodnika, kontakt z rodziną zainteresowaną usługą, może nastąpić telefonicznie w terminie późniejszym.

Do obowiązków przewodniczek/przewodników należy również współpraca z personelem szpitala – położnymi, pielęgniarkami (lub konsultantem/tką ds. wczesnej pomocy rodzinie – jeżeli zdecydowano o powołaniu tego stanowiska), nawiązywanie kontaktu z osobami wyrażającymi chęć uczestnictwa w modelu, rozmowa, udzielanie informacji i porad związanych z możliwością skorzystania ze świadczeń, usług oraz innych form wsparcia funkcjonujących w danej społeczności, a w razie potrzeby pomoc w jego uruchomieniu.

Uszczegóławiając, do podstawowych obowiązków przewodniczek/przewodników należą:

- dyżury w szpitalach,
- współpraca z personelem szpitala,
- nawiązywanie kontaktu z osobami wyrażającymi chęć uczestnictwa w modelu na terenie szpitala i zdalnie (kontakt telefoniczny),
- prowadzenie rozmów, nawiązywanie indywidualnych kontaktów, ustalenie potrzeb i oczekiwań pacjentek i ojców, udzielanie informacji o świadczeniach, usługach społecznych i zdrowotnych.

Rekrutacja przewodniczki/przewodnika

Ze względu na innowacyjny charakter usługi, nie istnieje zamknięty katalog kwalifikacji, jakie powinna posiadać przewodniczka/przewodnik. Z pewnością można wyróżnić pewien zbiór pożądanых cech osobowości, ważnych szczególnie z aspektu komunikacji interpersonalnej oraz preferowanych kwalifikacji. Podczas naboru kandydatów/kandydatek powinny być wzięte pod uwagę następujące kompetencje i kwalifikacje:

- wykształcenie wyższe/w trakcie studiów wyższych na kierunku: pedagogika, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie, praca socjalna lub wykształcenie średnie/średnie branżowe oraz min. 5 lat doświadczenia w obszarze usług społecznych świadczonych na rzecz rodzin,
- poziom wiedzy ogólnej na temat potencjalnych problemów rodzin z małym dzieckiem w tym dzieckiem z niepełnosprawnością,
- motywacja do pracy,
- umiejętności psychospołeczne (m.in. radzenie sobie ze stresem, zdolności negocjacyjne, komunikatywność, łatwość nawiązywania kontaktów),
- prezentowana postawa, z którą wiąże się: otwartość na poszukiwanie nowych rozwiązań, podnoszenie poziomu wiedzy, reagowanie na sytuacje niezgodne z profesjonalizmem i etyką, przyjmowanie odpowiedzialności za podejmowane działania,
- pożądaną, ale niekonieczną cechą potencjalnej przewodniczki jest posiadanie własnych doświadczeń rodzicielskich, co zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w ramach projektu, uwiarygadnia przewodniczki/przewodników w oczach odbiorców wsparcia.

Metodyka pracy przewodniczki/przewodnika

Etyczne ramy pracy przewodniczki/przewodniczki wyznaczają zasady:

- akceptacji – rozumianej jako tolerancja i poszanowanie godności,
- indywidualizacji i podmiotowego podejścia – oparta na uznaniu praw i potrzeb jednostki,
- neutralności i obiektywizmu - bazująca na profesjonalnej wiedzy, nie na dokonywaniu osądów,
- samostanowienia - uznania prawa do wolności, popełniania błędów i odpowiedzialności za swoje życie,
- udostępniania zasobów - aktywnego poszukiwania możliwości zaspokajania potrzeb,
- dobra rodziny i poszczególnych jej członków – uwzględnienia w postępowaniu pomocowym korzyści poszczególnych członków rodziny.

Praca przewodniczki/przewodnika z rodzinami może przebiegać dwutorowo:

- W przypadku osób, którzy oczekują wyłącznie udzielenia informacji, wskazówek, np. w zakresie rejestracji urodzin dziecka, przewodniczka przeprowadza rozmowę informacyjną. W celu jej udokumentowania dokonuje zapisu w rejestrze, zawierając wyłącznie dane umożliwiające kontakt (np. imię i numer telefonu), datę i miejsce spotkania, czas trwania rozmowy oraz omówiony temat.
- Dla rodzin, które korzystają z długofalowej pomocy przewodniczki/przewodnika, współpraca z rodziną przebiega przez następujące etapy:
 - powzięcie informacji o chęci kontaktu z przewodniczką/przewodnikiem,
 - przeprowadzenie rozmowy diagnostycznej,
 - opracowanie Indywidualnego Planu Wsparcia (IPW),
 - prowadzenie bieżącej pracy z rodziną,
 - monitoring osiągniętych efektów pracy z rodziną,
 - zakończenie wsparcia i ocena stopnia osiągnięcia zakładanych rezultatów,
 - ewaluacja wsparcia.

W tym przypadku powinna być tworzona dokumentacja obejmująca przykładowo:

- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- opis (rozpoznanie) sytuacji rodziny,
- Indywidualny Plan Wsparcia (IPW),
- Ewaluację IPW,
- dokumenty dodatkowe, np. notatki ze spotkań sporządzone przez przewodniczkę/przewodnika,
- ankietę ewaluacyjną przeznaczoną dla rodzin, które zakończyły współpracę z przewodniczką/przewodnikiem.

W sytuacji nawiązania współpracy z rodzinami, która ma charakter długofalowy, formułowany jest dokument (nazywany tu Indywidualnym Planem Wsparcia – IPW). Podstawę do jego opracowania stanowi opis sytuacji rodziny tworzony w oparciu o przeprowadzone rozmowy pozwalające na identyfikację potrzeb i wyłonienie niezbędnych form pomocy. Następnie wspólnie z adresatami usługi tworzony jest IPW wyznaczający dalsze kierunki działań na rzecz rodziny.

W ramach realizowanego IPW przewodniczka może podejmować następujące czynności:

- doradztwo formalno-prawne,
- dobór usług dostępnych w ramach systemu wsparcia i działalności organizacji pożytku publicznego/podmiotów komercyjnych,
- wsparcie w załatwieniu formalności związanych z rodzicielstwem (np. rejestracja urodzin, uzyskanie zasiłku macierzyńskiego),
- wsparcie w uzyskaniu dostępu do usług uwzględnionych w Indywidualnym Planie Wsparcia,
- udzielanie wsparcia emocjonalnego.

Do zadań przewodniczki/przewodnika należy również okresowa i końcowa ewaluacja IPW, mająca na celu jego aktualizację i ocenę jego skuteczności. IPW powinien być modyfikowany adekwatnie do dynamiki zmian zachodzących w organizacji życia rodziny. Rekomenduje się dokonywanie ewaluacji nie rzadziej niż raz na 3 miesiące. Każdy wytworzony dokument winien posiadać podpis osoby, która go sporządziła. Podpis winien być czytelny lub opatrzony pieczęcią tak, by można było zidentyfikować osobę go sporządzającą. Dokumenty tworzone w ramach współpracy z rodziną winny być dodatkowo opatrzone podpisem przedstawiciela/ki rodziny. Satysfakcja rodziny z udzielonego wsparcia sprawdzana jest poprzez ankietę ewaluacyjną po zakończeniu całego procesu - ankiety dołączane są do dokumentacji rodziny.

Wsparcie merytoryczne: monitoring, nadzór nad dokumentacją, superwizja

Usługa przewodniczki/przewodnika powinna być na bieżąco monitorowana i poddawana okresowej ewaluacji. Literatura wskazuje wiele metod pomiarów procesów. Każda organizacja winna dobrać system pomiarów odpowiedni do jej charakteru, jednakże należy pamiętać, iż posługiwanie się wyłącznie pomiarem o charakterze ilościowym, nie pozwala uzyskać pełnego obrazu funkcjonowania procesu. Winien on być skonfrontowany z pomiarem jakości realizacji usługi, stąd też niezbędne jest zbieranie w toku ewaluacji nie tylko danych ilościowych, ale i jakościowych.

Prowadzony na bieżąco monitoring umożliwi wprowadzanie działań korygujących, mających na celu dokonanie zmiany ilości zasobów dostosowanych do realnych potrzeb odbiorców/odbiorczyń wsparcia. Opiera się on na okresowej, najlepiej prowadzonej w trybie miesięcznym, analizie:

- zapotrzebowania na usługę, bezpośrednio przenoszącego się na wymiar zaangażowania przewodniczek/przewodników,
- grafiku prac przewodniczek/przewodników w kontekście pokrycia zidentyfikowanego poziomu zapotrzebowania na usługę,
- bieżącego obciążenia przewodniczek/przewodników,
- okresu oczekiwania na wsparcie przez odbiorców/odbiorczynie,
- zapotrzebowania szkoleniowego i superwizyjnego przewodniczek,
- wyników ewaluacji usługi,
- innych czynników mogących wpłynąć na efektywność prowadzonego wsparcia.

Monitoring nie odnosi tylko do kwestii zasobów personalnych. Dzięki niemu możemy zweryfikować zasoby lokalowe, techniczne, informatyczne, a co za tym idzie finansowe. Istotne znaczenie dla procesu nadzoru ma przekazywanie informacji zwrotnej negatywnej lub pozytywnej na temat wykonywanej pracy. W przypadku informacji zwrotnej negatywnej przewodniczka ma możliwość wdrożenia działań korygujących, a w przypadku informacji pozytywnej budowany jest pozytywny wzorzec.

Specyficznym rodzajem nadzoru, niezbędnym w realizacji usługi, jest nadzór nad dokumentami. Sposób dokumentowania kontaktów przewodniczki/przewodnika z rodzinami, które zdecydowały się wyłącznie na skorzystanie z rozmowy informacyjnej został opisany w poprzednim rozdziale. Bardziej szczegółowego omówienia wymaga tworzenie dokumentacji w przypadku długofalowego kontaktu przewodniczki/przewodnika ze względu na fakt gromadzenia danych wrażliwych i konieczności zapewnienia odpowiedniej ich ochrony. Forma zabezpieczenia powinna być spójna z regulacjami obowiązującymi w organizacji i uwzględniać specyfikę przetworzonych informacji. Dokumentacja rodziny, która zakończyła wsparcie traktowana jest jako archiwalna i odpowiednio oznaczana tak, by odróżnić ją od dokumentacji bieżącej.

Przewodniczki/przewodnicy nawiązują relacje z wieloma osobami o bardzo różnych doświadczeniach życiowych. Oczekuje się od nich wysokiego poziomu kompetencji interpersonalnych, bez których nie będą w stanie tworzyć właściwej interakcji społecznej, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz wiedzy specjalistycznej. Przewodniczki/przewodnicy, realizując swoje zadania, narażone/ni są na długotrwałe przeciążenie psychiczne wynikające z pracy opartej na osobistym kontakcie. W związku z powyższym dobrą praktyką jest umożliwienie przewodniczkom/przewodnikom korzystania ze wsparcia superwizyjnego. Podczas superwizji analizowane są kwestie merytoryczne i osobiste przeżycia przewodniczek/przewodnika, występujące w toku jej pracy. Oczywiście korzyścią zawodową, jaką przynosi superwizja, jest uzyskanie, dzięki ponownej analizie przypadku, dokonanej z udziałem obiektywnych osób, lepszego wglądu w przyczyny trudności pojawiających się w pracy. Otrzymana informacja zwrotna pozwala na uzyskanie nowej, szerszej perspektywy, nowego spojrzenia na pojawiające się trudności. Wpływa to w sposób wymierny na efektywność i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.

Formę realizacji wsparcia superwizyjnego należy uzależnić od ujawnianych przez przewodniczek/przewodników potrzeb. Może ono przyjąć formę superwizji indywidualnej lub superwizji grupowej. W przypadku przyjęcia formy superwizji grupowej, spotkania powinny odbywać się w stałej, niewielkiej grupie.

Superwizja, niezależnie od jej formy, powinna być realizowana w sposób cykliczny, spotkania nie powinny odbywać się rzadziej niż raz w miesiącu.

Prawidłowo prowadzona superwizja umożliwia:

- wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla przewodniczek/przewodników,
- wzmacnianie kompetencji zawodowych,
- przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu,
- nabywanie i doskonalenie umiejętności pozwalających na prawidłowe identyfikowanie trudności w pracy, ich źródeł oraz sposobów rozwiązywania,
- wzmacnianie umiejętności komunikacyjnych przewodniczek/przewodników w relacjach z klientami, współpracownikami i instytucjami oraz otoczeniem, w którym wykonują pracę,
- zwiększanie skuteczności pracy przewodniczek/przewodników.

PERSONEL PIEŁĘGNIARSKI ODDZIAŁÓW GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYCH SZPITALI

Na terenie każdego ze szpitali uczestniczących w realizacji modelu istotną rolę pełni personel pielęgniarski oddziałów ginekologiczno-położniczych. Z uwagi na prewencyjny charakter realizowanych przez personel zadań, wymaga on wyposażenia go w dodatkowe kompetencje związane z umiejętnością właściwej reakcji na werbalne i niewerbalne wyrażanie potrzeb rodziców. Do jego zadań należy:

- informowanie pacjentek oddziału ginekologiczno-położniczego/ich rodziny o możliwości spotkania z przewodniczką/przewodnikiem i skorzystania z oferowanego wsparcia,
- proponowanie kobietom zgłaszającym się na oddział ginekologiczno-położniczy skorzystania z usług przewodniczki/przewodnika,
- współpraca z przewodniczką/przewodnikiem realizującą/cym zadania na terenie danego szpitala,
- prowadzenie działań promujących model.

Można założyć, że rola personelu medycznego jest kluczowa w rozpropagowaniu informacji o ofercie wsparcia. To właśnie personel szpitala stanowi swoisty „łącznik” między przewodniczką a kobietą/rodziną.

Personel szpitala informuje matkę/ojca o dostępnej ofercie pomocowej oraz możliwości kontaktu z osobą, która udziela wsparcia w początkowym etapie rodzicielstwa.

Pacjentka/ojciec dziecka powinna/powinien otrzymać informację, w jaki sposób może skorzystać z pomocy przewodniczki/przewodnika, w tym gdzie/komu powinna/powinien zgłosić chęć spotkania /jeśli zdecyduje się na kontakt jeszcze na terenie szpitala/. Powinna/powinien również zostać poinformowana/y, że może zdecydować się na spotkanie już po zakończeniu hospitalizacji. Istotna jest informacja, iż rozmowa z przewodniczką/przewodnikiem nie zobowiązuje pacjentki/ojca dziecka do kontynuowania tych spotkań.

Informacja o usłudze przewodniczki/przewodnika powinna dotrzeć do każdej kobiety przebywającej na oddziale i każdego ojca dziecka. Personel, podczas wizytacji w poszczególnych salach szpitala może /w formie bezosobowej/ informować wszystkie przebywające w nim pacjentki o tej formie pomocy. Natomiast, celem zachowania dyskrecji, intymności i poszanowania prywatności pacjentek /można założyć, że nie każda kobieta będzie chciała rozmawiać na terenie szpitala, „przy łóżku”/ wskazane jest udostępnienie na terenie oddziału arkuszy/kartek, na których pacjentka/ojciec dziecka może zadeklarować chęć spotkania z przewodniczką/przewodnikiem oraz wpisać dane umożliwiające nawiązanie z nią kontaktu /np. numer telefonu/. Arkusze mogą być gromadzone w specjalnie do tego celu przygotowanym pudełku/pojemniku, umieszczonym w dostępnym miejscu na terenie oddziału.

Należy mieć na uwadze, że matki/ojcowie w trakcie hospitalizacji mogą zmienić zdanie odnośnie chęci nawiązania kontaktu z przewodniczką. Mogą również zdecydować o potrzebie spotkania z przewodniczką/przewodnikiem, będąc już z dzieckiem w domu, po opuszczeniu szpitala. Dlatego istotne jest dostarczenie im informacji, w jaki sposób mogą ten kontakt nawiązać, zarówno jeszcze przed opuszczeniem szpitala, jak i po powrocie z dzieckiem do domu.

STANOWISKA O CHARAKTERZE FAKULTATYWNYM

Uzupełnieniem prezentowanego standardu minimum jest uruchomienie stanowisk: pracownika/czki punktu konsultacyjnego, pracownika/czki infolinii, konsultanta/ki wyłonionego z członków personelu szpitalnego oraz zespołu specjalistów/specjalistek pozyskanych ze struktur wewnętrznych (np. pracownik/czka socjalny/a, asystent/ka rodziny) i zewnętrznych (np. psycholog/psycholożka, pielęgniarka pediatryczna/pielęgniarz pediatryczny, doradca laktacyjny/doradczyni laktacyjna). Wymienione powyżej są stanowiskami, które stanowią swoiste uzupełnienie prezentowanej oferty pomocowej, są też elementem wspierającym personel realizujący zadania na poziomie podstawowym, wzbogacając wachlarz oferty pomocowej.

KONSULTANT/KONSULTANTKA DS. WCZESNEJ POMOCY RODZINIE

Konsultantem/konsultantką ds. wczesnej pomocy rodzinie jest osoba wyłoniona z personelu pielęgniarskiego oddziału ginekologiczno-położniczego, która w sposób całościowy zaangażowana jest w realizację modelu na terenie danego szpitala /w standardzie minimum zadania konsultanta są rozproszone na cały personel oddziału/. Konsultant/ka odpowiada przede wszystkim za informowanie o projekcie, pośrednictwo w kontakcie z przewodniczką/ przewodnikiem oraz gromadzenie ankiet wypełnionych przez kobiety/rodziny, kontaktuje zainteresowane kobiety/rodziców z przewodniczką/przewodnikiem, która udziela porad rodzicom i/lub przekazuje informację o konieczności uruchomienia usługi w formie specjalistycznego wsparcia do Punktu Konsultacyjnego.



Rysunek 3 Szpitale – potrzeby personalne w implementacji modelu w standardzie minimum oraz stanowiska fakultatywne

PRACOWNIK/PRACOWNICZKA PUNKTU KONSULTACYJNEGO

Zadaniami fakultatywnymi w strukturze NGO jest prowadzenie i obsługa Punktu Konsultacyjnego oraz infolinii, co wiąże się z zatrudnieniem pracowników/pracowniczek do realizacji tych zadań. NGO odpowiada wówczas za prowadzenie:

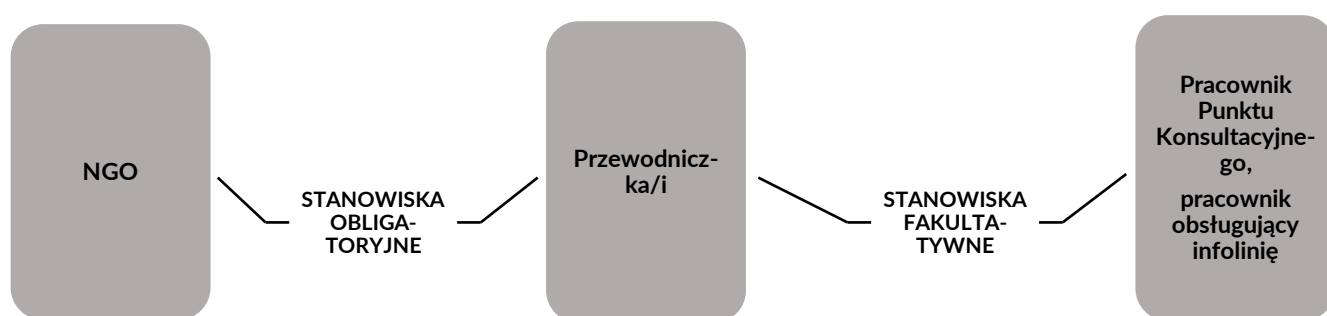
- Punktu Konsultacyjnego – pracownik/pracowniczka Punktu pośredniczy w kontakcie z przewodniczką/przewodnikiem oraz uruchamia usługi specjalistyczne,
- infolinii,
- strony internetowej, której uruchomienie jest związane z promocją modelu oraz dostarczaniem odbiorcom informacji na temat zakresu udzielanego w jego ramach wsparcia, a także upowszechnianiem informacji na temat rodzicielstwa,
- poradnictwa w zakresie procedur ubiegania się o pomoc realizowaną przez inne podmioty.

Pracownik/pracowniczka Punktu Konsultacyjnego realizuje zadania związane z:

- koordynowaniem działań zespołu specjalistów/specjalistek realizujących usługi,

- przygotowaniem materiałów roboczych oraz wzorów dokumentów, niezbędnych do realizacji usług,
- utrzymywaniem stałego kontaktu z przewodniczką/przewodnikiem,
- opracowaniem harmonogramu szkoleń i ewaluacji oraz dbałość o prawidłową ich realizację,
- ewaluacją usługi.

Rodzina skierowana przez przewodniczkę/przewodnika do Punktu Konsultacyjnego lub samodzielnie zgłaszająca się do niego odbywa wstępną rozmowę z pracownikiem Punktu, której tematem jest charakterystyka wsparcia udzielanego rodzinie oraz preferencje rodziny w zakresie doboru form wsparcia.



Rysunek 4 NGO – potrzeby personalne w implementacji modelu w standardzie minimum oraz stanowiska fakultatywne

SPECJALIŚCI/SPECJALISTKI REALIZUJĄCY/E USŁUGI

Mianem specjalistów/specjalistek w modelu określone są osoby świadczące usługi dedykowane rodzinom. Mogą nimi być: psycholog, pielęgniarka pediatryczna, dietetyk, pracownik socjalny, asystent rodziny. W przypadku oferowania przez instytucje wdrażające model tego rodzaju wsparcia, przewodniczką/przewodnikiem, ustalając zakres pomocy, jakiej będzie potrzebowała rodzina opuszczająca szpital, proponuje rodzicom możliwość skorzystania z pomocy specjalistów, którzy mogą pracować z rodziną w następujących obszarach:

- **Psycholog/psycholożka:**
 - występujących w rodzinie konfliktów,

- trudnych emocji, jakie przeżywają rodzice w kontekście ciąży, porodu, opieki nad noworodkiem,
- niepełnosprawności dziecka.
- **Dietetyk/dietetyczka:**
 - informowania w zakresie zalet naturalnego karmienia dziecka, zwłaszcza w pierwszych miesiącach jego życia,
 - wskazywania sposobów żywienia dziecka w sytuacjach, kiedy nie jest możliwe karmienie naturalne,
 - przedstawiania najważniejszych zasad dotyczących żywienia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka oraz ich znaczenia dla prawidłowego rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka,
 - edukacji w zakresie odżywiania kobiety w okresie laktacji,
 - pomocy kobiecie w utrzymaniu laktacji w sytuacji, gdy ze względu na stan dziecka (wcześnieactwo, zaburzenia adaptacyjne, choroby dziecka wymagające dłuższego pobytu w szpitalu) nie jest możliwe naturalne karmienie tuż po porodzie,
 - udzielania informacji na temat zdrowego odżywiania całej rodziny w oparciu o piramidę żywienia,
 - przekazywania wiadomości w sytuacjach, w których konieczne jest suplementowanie diety matki,
 - zapoznania z narzędziami multimedialnymi promującymi zdrowe odżywianie.
- **Pielęgniarka pediatryczna/pielęgniarz pediatryczny:**
 - obserwacji dziecka,
 - pomocy rodzicom w opiece nad noworodkiem, niemowlęciem i małym dzieckiem z uwzględnieniem aspektów właściwej pielęgnacji oraz żywienia,
 - promowania karmienia naturalnego z uwzględnieniem korzyści w zakresie nawiązywania więzi emocjonalnych „matka-dziecko”,
 - edukacji rodziców w zakresie znaczenia wielozmysłowej stymulacji dziecka,
 - informowania rodziców w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych,
 - wspierania rodziców dziecka wymagającego specjalistycznej opieki (wcześnieactwo, wady wrodzone, choroby genetyczne, wady letalne, choroby przewlekłe),

- pomocy w zorganizowaniu środowiska domowego w przypadku dziecka wymagającego szczególnej opieki,
- wskazywania możliwości korzystania z instytucji ochrony zdrowia adekwatnie do problemów związanych z dzieckiem,
- budowania klimatu zaufania rodziców wobec kompetencji poszczególnych osób wspierających rodzinę w sytuacjach trudnych.
- **Pracownik socjalny/pracowniczka socjalna:**
 - ustalania zakresu pomocy jakiej będzie potrzebowała rodzina opuszczająca szpital,
 - informowania w kwestii przysługujących świadczeń oraz pomocy pozafinansowej,
 - pomocy rodzinom w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości,
 - informowania rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie spraw socjalno-bytowych,
 - pomocy rodzinie w nawiązywaniu kontaktu z innymi instytucjami.
- **Asystent/asystentka rodziny:**
 - pomocy rodzinom w adaptacji do roli rodzicielskiej,
 - udzielania pomocy rodzinom w opiece nad dzieckiem oraz udzielania porad i wskazówek stymulujących rozwój dziecka,
 - udzielania rodzinom pomocy i wskazówek dotyczących wychowywania dziecka,
 - motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych,
 - motywowania członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - udzielania pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej.

PRACOWNIK/PRACOWNICZKA INFOLINII

Do zadań pracownika/pracowniczki obsługującego/ej infolinię należy w szczególności:

- **prowadzenie** infolinii i udzielanie informacji o usłudze za pośrednictwem zdalnych form wsparcia (fanpage'a, poczty e-mail),\przygotowanie treści publikowanych na stronie internetowej usługi oraz w mediach społecznościowych,
- informowanie rodzin o możliwości uzyskania wsparcia.

FINANSOWANIE ZADAŃ MODELU

Można wyróżnić dwa poziomy jego finansowania:

- W przypadku, gdy odbiorcami wsparcia będą wyłącznie kobiety w ciąży/rodziny z dzieckiem do ukończenia pierwszego roku życia, zamieszkujący na terenie danej gminy, środki finansowe na realizację zadania będą pochodzić z budżetu tej gminy.
- Jeżeli adresatami wsparcia będą również kobiety w ciąży/rodziny z dzieckiem do ukończenia pierwszego roku życia, będący mieszkańcami innych gmin, finansowanie modelu winno odbywać się z poziomu województwa, co pozostaje w gestii Urzędów Marszałkowskich.

W obydwu ww. przypadkach odpowiedzialność za zabezpieczenie środków finansowych i/lub złożenie wniosku dotyczącego zabezpieczenia środków finansowych na poziomie województwa odpowiada Dyrektor JST.

Ponadto, w katalogu kosztów niezbędnych do poniesienia należy uwzględnić:

- wynagrodzenie pracownika/pracowniczki JST,
- wynagrodzenie przewodniczki/przewodnika,
- koszt prowadzenia superwizji dla przewodniczek/przewodników,
- zakup sprzętu komputerowego i telefonicznego,
- zakup materiałów biurowych,
- zakup identyfikatora, wizytówek,
- utworzenie i utrzymanie strony internetowej usługi,
- dojazd przewodniczek/przewodnika do miejsca zamieszkania rodziny.

ŹRÓDŁA PRZEKAZYWANIA INFORMACJI

Informacja na temat wsparcia oferowanego w ramach modelu kobietom w ciąży i rodzicom z dzieckiem do ukończenia pierwszego roku życia powinna być ogólnodostępna. Promocja usługi może być prowadzona m.in. za pośrednictwem:

- strony internetowej,
- innych podmiotów zaangażowanych w działania promocyjno-informacyjne, np. przychodnie, położne środowiskowe, szkoły rodzenia, organizacje pozarządowe, instytucje pomocy społecznej itp.,
- mediów zaangażowanych w działania informacyjno-promocyjne, np. portale parentingowe, media społecznościowe, prasa lokalna,
- personelu oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala (np. pielęgniarka, położna),
- przewodniczki/przewodnika rezydującej/ego na terenie szpitala – przekaz tej informacji może przybrać dowolną formę przewidzianą przez realizatorów modelu, np. rozdawanie ulotek, wizytówek wszystkim kobietom znajdującym się na oddziale. Warto uwzględnić również wsparcie „przy łóżku szpitalnym” dostępne codziennie, tak, by oferta wsparcia nie ominęła potencjalnych zainteresowanych. Powinien to być krótki kontakt, o charakterze informacyjno-motywacyjnym, skierowany do wszystkich pacjentek znajdujących się na danej sali, które wyrażą chęć takiej rozmowy, pozostałym rozdawane są wizytówki, gdyż model przewiduje możliwość nawiązania współpracy w późniejszym okresie.

SZKOLENIA KADRY PRACOWNICZEJ

Szkolenie podstawowe

Kluczowym elementem przygotowania do realizacji modelu jest przeszkolenie personelu w zakresie:

- podstawowych informacji na temat modelu, jego założeń, charakterystyki,
- działań promocyjnych,
- ochrony danych osobowych odbiorców,
- bieżącego monitoringu wsparcia,
- personelu modelu i jego zadań,
- form wsparcia i zasad ich udzielania,
- kontaktu z adresatami modelu – zasad postępowania,
- ewaluacji działań,
- wiedzy o rodzinie, ze szczególnym uwzględnieniem jej funkcji prokreacyjnej,
- wspierania rodziny, dostępnych świadczeń oraz usług społecznych i zdrowotnych.

Szkolenie uzupełniające

Personel projektu, w szczególności przewodniczki/przewodnicy, powinien posiadać możliwość uczestniczenia w szkoleniach specjalistycznych, korespondujących z ich potrzebami. Mogą to być szkolenia z zakresu:

- współpracy interdyscyplinarnej instytucji zaangażowanych we wspieranie rodziny,
- podstaw nauki o więziach rodzinnych,
- diagnozy rodziny jako skutecznego narzędzia w procesie pomocy rodzinie,
- tworzenia planu pomocy rodzinie,
- profilaktyki i reagowania na niebezpieczne zachowania i uzależnienia,
- rozwiązywania problemów opiekuńczych,
- wsparcia rodzin z dziećmi ze szczególnymi potrzebami,
- wypalenia zawodowego.

PROMOCJA

Informacja o wdrożonym modelu powinna być szeroko rozpropagowana, tak by dotarła do jak największej grupy odbiorców. W tym celu należy wykorzystać różnego typu kanały komunikacyjne.

W założeniu wszystkie instytucje realizujące model wspierają działania promocyjne za pośrednictwem, np.: Internetu, plakatów, ulotek, lokalnych mediów.

Wykorzystanie wielu różnych kanałów informacyjnych daje szansę „dotarcia” do grupy potencjalnych odbiorców, tworzy również płaszczyznę przekazu w formie „marketingu szeptanego”, np. poprzez jej udostępnianie na własnych profilach i kontach w mediach społecznościowych. Istotnym partnerem w promowaniu usługi mogą być lokalne media, ze szczególnym uwzględnieniem wydawnictw lokalnych, udostępnianych bezpłatnie w miejscach publicznych. Przydatne dla wdrażania usługi mogą okazać się zarówno publikacje drukowane, np. periodyki lokalne, czytane „przy okazji”, np. podczas oczekiwania na wizytę u lekarza, jak również wydawnictwa multimedialne, np. w formie filmów informacyjnych wyświetlanych w środkach komunikacji miejskiej. Dobór kanałów komunikacyjnych stanowi wachlarz otwarty i nie zamyka się tylko na wymienione powyżej. Strategia promowania modelu powinna zostać uprzednio zaplanowana, konsekwentnie realizowana i modyfikowana na każdym etapie wdrażania modelu.

EWALUACJA

Przebieg ewaluacji, koncentrującej się na określeniu poziomu satysfakcji odbiorców, powinien służyć także ocenie funkcjonalności przyjętych rozwiązań. Badania ewaluacyjne, obok ankiet i innych narzędzi dedykowanych rodzinom, powinny zatem uwzględnić poznanie perspektywy profesjonalistów zaangażowanych w implementację modelu, co pozwoli na kompleksową identyfikację potrzeb, wprowadzenie modyfikacji w zakresie zainicjowanych przedsięwzięć. Ważne jest również wykorzystanie danych z systematycznie dokonywanych pomiarów ilościowych, które stanowią istotny element analizy w procesie dokonywania ewaluacji.

ZAKOŃCZENIE

Narodziny dziecka to moment szczególny. Przystosowanie do przyjęcia nowego członka rodziny niesie za sobą konieczność reorganizacji dotychczasowego sposobu funkcjonowania, wyznaczenia nowego podziału ról i zadań związanych z wychowywaniem. To czas, w którym rodzina potrzebuje okazania wyjątkowej wrażliwości i zrozumienia. Obok radości z rodzicielstwa, pojawia się zmęczenie, czasem lęk i bezradność. Trudno się do tego przyznać, a wiele z rodzicielskich problemów, dylematów, nadal pozostaje objętych swoistym tabu. W konsekwencji, z obawy przed negatywną oceną „nieradzących sobie”, rodzice unikają poszukiwania odpowiedzi, rozwiązań, starają się nie poruszać trudnych dla nich tematów, licząc na to, że „jakoś się ułoży”. Tymczasem piętrzące się przeszkody, porażki, frustracje wpływają ujemnie na funkcjonowanie rodziny, stanowiąc balast ograniczający możliwość sprostania pojawiającym się nowym wyzwaniom. Na tym etapie życia rodzina potrzebuje więc w sposób szczególny trwałego, bezpiecznego oparcia, przekonania, że w każdej chwili może liczyć na bezinteresowną pomoc, przyznającą prawo do przeżywania strachu, słabości, niepewności, wyczerpania, a nawet do popełniania błędów. Oferta ze strony profesjonalistów, zwłaszcza w przypadku jej instytucjonalnego charakteru, jest postrzegana często jako źródło zagrożenia dla integralności rodziny. Z tej perspektywy, kluczowym staje się poszukiwanie rozwiązań bazujących na osobistych interakcjach, co odzwierciedla zaprezentowany model.

Z opinii odbiorców testowanego modelu wynika zdecydowanie pozytywna ocena oferty wsparcia. Matki, rodzice uznali, że dobrze poradzi sobie w pierwszych tygodniach rodzicielstwa m.in. dzięki pomocy otrzymanej w projekcie i zadeklarowali gotowość skorzystania ponownie z takiego wsparcia. Stanowi to najcenniejszy argument uzasadniający rozszerzenie tego typu działań na obszar całego kraju.

INSTRUKCJA WDRAŻANIA – PRZYGOTOWANIE PROCEDUR WDRAŻANIA PROGRAMU

W celu właściwej implementacji programu wsparcia rodzin, należy w ramach jednostki samorządu terytorialnego, zamierzającej wdrożyć odpowiednie procedury, gwarantujące jakość świadczonych usług. Kształt tychże procedur jest uzależniony od kategorii jednostki samorządu oraz obranego przez nią sposobu realizacji usług. Niemniej jednak konieczne jest zawarcie w w/w procedurach następujących elementów:

- cel procedury,
- sposób wdrożenia przez poszczególne podmioty zaangażowane w realizację usług (np. zarządzenie Prezydenta, Wójta; uchwała Zarządu NGO, zarządzenie Dyrektora szpitala), zgodnie z właściwym im sposobem reprezentacji,
- określenie grupy docelowej i warunków formalnych korzystania z usług,
- określenie sposobu i zasad finansowania usługi (np. w formie zadań zleconych),
- określenie zasobów kadrowych, lokalowych i technicznych wykorzystywanych w ramach realizowanej usługi,
- określenie katalogu form wsparcia oferowanych w ramach usługi,
- określenie podziału zadań pomiędzy zaangażowanymi podmiotami i sposobu ich wyboru,
- określenie zasad promocji,
- określenie zasad ewaluacji programu.

RODZICU, NIE JESTEŚ SAM! – PRZEWODNIK DLA PERSONELU

WSTĘP – GENEZA USŁUGI

Prezentowana usługa, stanowiąca wdrożenie modelu wsparcia rodziców dzieci w wieku do 12. miesiąca życia”, powstała w ramach projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, realizowanego w działaniu 4.3. „Współpraca ponadnarodowa”.

Celem wdrożenia modelu jest rozwój systemu wsparcia dla matek i ojców nowonarodzonych dzieci, do ukończenia przez nie 12. miesiąca życia, poprzez opracowanie i wdrożenie oferty pomocowej dla rodzin zgodnie z zasadą wczesnej pomocy. Wsparcie oferowane rodzinom, którym urodziło się dziecko, na terenie Polski realizowane jest w różnorodny sposób. Różnice te dotyczą zarówno zakresu działań, rodzaju oferty pomocowej, jak i czasu jego trwania. Wnioski z analizy systemu dostępnego wsparcia dla rodzin pokazują, że brak jest indywidualizacji w podejściu do trudności rodziny i dostosowaniu wsparcia adekwatnego do realnych potrzeb odbiorców. W sposób szerszy rozbudowana jest struktura związana z udzielaniem wsparcia finansowego, natomiast system pomocy pozafinansowej dla rodzin, którym urodziło się dziecko, wymaga uzupełnienia i profesjonalizacji. Usługa przewodniczek/ków wychodzi tym oczekiwaniom naprzeciw, jednocześnie dając organizacjom pozarządowym pole do objęcia wsparciem osób z różnorodnych powodów zagrożonych kryzysem.

Adresatami przewodnika są pracownicy/pracowniczki organizacji pozarządowych działających na rzecz rodzin, którzy chcą rozwijać i upowszechniać ofertę pomocową oraz wspierać rodziny w realizacji ich funkcji opiekuńczo-wychowawczych.

FILARY USŁUGI

Usługa zakłada podejmowanie działań stanowiących łącznie spójny system wsparcia dla młodych rodzin. Składają się nań:

- **profilaktyka występowania trudności opiekuńczo-wychowawczych** oparta na takich elementach jak: zapobieganie-ochrona-wsparcie,
- **wczesna pomoc realizowana w ramach lokalnych systemów wspierania** w oparciu o istniejące zasoby usług społecznych,
- **budowanie w ramach zespołów interdyscyplinarnych sieci współpracy pomiędzy instytucjami wsparcia**, zwłaszcza z zakresu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej oraz organizacji pozarządowych, współpracują ze sobą na rzecz rodzin.

Cechą charakterystyczną usługi przewodniczek/ków jest jej oparcie na **relacji budowanej pomiędzy rodziną objętą wsparciem a Przewodniczką/kiem**. W związku z powyższym istotne jest budowanie wizerunku Przewodniczki/ka jako osoby niosącej pomoc, służącej radą, dającej oparcie i wskazującej rozwiązania trudnych sytuacji oraz wykluczenie możliwości postrzegania jej roli jako osoby działającej na szkodę rodziny, np. w sytuacji, w której doszło do umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej.

Poza sposobem budowania relacji z odbiorcami i odbiorczyniami wsparcia, istotne dla powodzenia wdrażania usługi jest położenie szczególnego nacisku na budowanie struktury sieciowej, w której pracownicy/pracowniczki profesji z zakresu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej oraz organizacji pozarządowej współpracują ze sobą na rzecz rodzin. Wykorzystanie zasobów w postaci połączenia sił i doświadczeń pracowników/pracowniczek różnych instytucji i organizacji realizujących działania we wspólnym obszarze i na rzecz tej samej grupy odbiorców może wpłynąć na podniesienie jakości i skuteczności podejmowanych działań.

Ponadto korzyściami wynikającymi z podjęcia współpracy międzyinstytucjonalnej jest rozwój form pomocy rodzinie oraz bazowanie na wymianie wiedzy i doświadczeń pomiędzy poszczególnymi jednostkami. Aby współpraca była satysfakcjonująca dla wszystkich stron i bardziej efektywna z punktu widzenia korzyści dla odbiorców projektu, oprócz twardych, instytucjonalnych i prawnych uwarunkowań współpracy

równie ważne są różne miękkie aspekty. Oznacza to, że poza prawnymi uwarunkowaniami współpracy (procedurami, nakazami i obowiązkami) należy wyznaczyć uniwersalne i jednocześnie elastyczne zasady, którymi powinny się kierować wszystkie strony, dążąc do poprawy wzajemnych relacji i intensyfikacji działań na rzecz odbiorców.

Tworząc współpracę międzysektorową pomiędzy organizacją pozarządową a instytucjami wsparcia należy pamiętać o wypracowaniu standardów i zasad współpracy, do których należą: partnerstwo, pomocniczość, uznawanie suwerenności poszczególnych instytucji i organizacji, ściśle wyznaczone kierunki działań i jasny podział realizowanych zadań między poszczególnymi jednostkami i instytucjami. Istotną kwestią tworzenia współpracy międzysektorowej może być również zmiana postrzegania instytucji pomocowych w odbiorze społecznym, przypisanie ofertom pomocowym cech powszechności oraz zwiększenie do nich dostępności.

Proponowane w publikacji rozwiązania mają więc na celu:

- dążenie do rozwoju profilaktycznych ofert wsparcia celem odejścia od działań o charakterze interwencyjnym, a także budowanie systemu wsparcia udzielanego osobom i rodzinom tego potrzebującym zgodnie z zasadą wczesnej pomocy,
- łączenie i rozwijanie międzysektorowej współpracy pracowników realizujących działania na rzecz jednej i tej samej grupy odbiorców,
- implementację nowoczesnych rozwiązań stosowanych przez różne instytucje i kraje w obszarze pomocy społecznej, na zasadach benchmarkingu, dążąc do doskonalenia stosowanych dotychczas rozwiązań,
- zwiększenie indywidualizacji w kwestii tworzenia ofert pomocowych, adekwatnych do realnych potrzeb odbiorców wsparcia,
- podniesienie jakości udzielanej pomocy oraz profesjonalizację w zakresie udzielania wsparcia.

ADRESACI/ADRESATKI USŁUGI

Istotną cechą usługi jest jej **powszechność i dostępność**. Oferta pomocowa Przewodniczek/ków skierowana jest do wszystkich kobiet w ciąży, matek i ojców przeżywających kryzysy w związku z narodzinami dziecka, niepowodzeniami położeń, rodzin z małym dzieckiem (do 12. miesiąca życia), w których występują lub mogą wystąpić problemy ekonomiczne, zawodowe, emocjonalne i inne, mające wpływ na funkcjonowanie rodziny, niezależnie od jej statusu materialnego i zgłaszanych przez rodzinę trudności. Usługa jest dostępna również dla rodziców z niepełnosprawnościami dzięki posiadanym przez personel kompetencjom umożliwiającym komunikację z osobami o różnych niepełnosprawnościach, przygotowaniem do pracy z rodzicami niepełnosprawnymi i realizacji usługi również w miejscu zamieszkania.

Spośród ogółu odbiorców usługi wyłaniają się następujące grupy dotknięte specyficznymi trudnościami, mogącymi w przyszłości generować wystąpienie trudności opiekuńczo-wychowawczych:

1. Rodzice dziecka w wieku 0-3 lat

Rodzicielstwo wnoszą w życie kobiety i mężczyźni z różnymi wartościami i przeżyciami. Pojawienie się dziecka daje rodzicom poczucie spełnienia i radości. Jednak w sytuacjach zaburzających funkcjonowanie rodziny koniecznym jest udzielenie jej wsparcia. W ramach tej grupy objęci zostaną rodzice małych dzieci, u których występują problemy w obszarach:

- społeczno-ekonomicznym w zakresie m.in. problemu bezrobocia, trudności w godzeniu roli rodzica z aktywnością zawodową, trudności finansowych, bezradności w zakresie załatwiania spraw urzędowych lub braku wiedzy na temat dostępnych ofert wsparcia finansowego i pozafinansowego,
- psychologicznym spowodowanym m.in. nieplanowaną ciążą, konfliktami pomiędzy rodzicami dziecka, problemami wynikającymi z adaptacji do roli rodzicielskiej,
- zdrowotnym, utrudniającym właściwe funkcjonowanie i/lub sprawowanie funkcji opiekuńczo-wychowawczych.

2. Rodzice dziecka z niepełnosprawnością w wieku 0-3 lat

Odbiorcami wsparcia oferowanego w ramach usługi są również rodziny, w których wychowywane jest przynajmniej jedno dziecko z niepełnosprawnością i które w związku z niepełnosprawnością dziecka wymagają specjalistycznej pomocy. Wsparcie, o którym powyżej realizowane będzie w następujących obszarach:

- opieki, pielęgnacji i wychowania wynikającymi z niepełnosprawności dziecka,
- psychologicznym związanym z przeżywanymi trudnościami emocjonalnymi wynikającymi z pojawienia się dziecka z niepełnosprawnością,
- społeczno-ekonomicznym w zakresie m.in. bezrobocia bądź pogorszenia sytuacji finansowej w związku z koniecznością sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.

3. Kobiety w ciąży fizjologicznej i powikłanej przebywające na oddziałach ginekologiczno-położniczych.

Kobiety w okresie ciąży wymagają szczególnego wsparcia. Ten czas może wiązać się z obawami o przyszłość rodziny oraz zdrowie dziecka. Uruchomienie systemu poradnictwa może w wielu przypadkach zniwelować negatywne emocje u kobiety, a tym samym lepiej przygotować do porodu i macierzyństwa.

Podczas ciąży mogą wystąpić powikłania, czyli patologie ciąży. Mogą one zagrażać życiu i zdrowiu matki oraz dziecka. Powikłania niosą za sobą konsekwencje zdrowotne w okresie ciąży oraz późniejszym życiu kobiety i dziecka. Dlatego tak znaczącym jest, by dotrzeć do kobiety/rodziny znajdującej się w takiej sytuacji i udzielić poradnictwa dotyczącego dostępnych form wsparcia. Pomoc ta, poza aspektem medycznym, może obejmować wsparcie psychologiczne i również socjalno-materialne.

4. Ojcowie

Ojcowie dzieci, również z niepełnosprawnością, w wieku 0-3 lat stanowią szczególną podgrupę docelową usługi. Wyodrębnienie tej podgrupy wskazuje na znaczącą rolę ojca w życiu dziecka, rolę często niedocenianą. Wsparcie

kierowane do tych odbiorców kanalizuje się w szczególności w następujących obszarach:

- poradnictwa w zakresie oferowanych form wsparcia na terenie gminy miejskiej Kraków,
- doradztwa zawodowego w sytuacji wystąpienia problemów zawodowych, bezrobocia, a także poradnictwa dotyczącego godzenia roli ojca z aktywnością zawodową,
- psychologicznym spowodowanym m.in. konfliktami pomiędzy rodzicami dziecka, problemami wynikającymi z adaptacji do roli rodzicielskiej, a także wzmacnianiem świadomości w zakresie znaczenia czynnego udziału ojca w opiece nad dzieckiem.

5. Rodziny migrantów

Z uwagi na wzrastającą liczbę migrantów/migrantek żyjących w Polsce i tu zakładających rodziny, zasadnym jest objęcie wsparciem również tej grupy społecznej. W grupie tej dominują osoby pochodzące z Ukrainy, pracujące bądź uczące się w Polsce.

Pobyt migrantów/migrantek w Polsce ma miejsce na podstawie różnych uregulowań prawnych. Imigracja związana jest przede wszystkim z poszukiwaniem lepszych warunków życia i pracy. Do Polski napływają również uchodźcy z rejonów ogarniętych konfliktami. Migranci/migrantki osiedlają się w Polsce, tu podejmują pracę, rodzą dzieci. Państwo obejmuje migrantów opieką i pomocą, których forma i zakres uzależniona jest od statusu osób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Większość migrantów/migrantek nie ma uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na zasadach takich jak obywatele polscy. Często są pozbawieni opieki medycznej, mają także ograniczone możliwości korzystania z systemu pomocy społecznej. Wśród migrantów często występują problemy wynikające z adaptacji w nowym środowisku, co również wpływa na prawidłowe wypełnianie przez nich roli rodzicielskiej.

Pochodzenie rodzin, dla realizacji usługi wsparcia, nie powinno mieć znaczenia. Pomoc, również w ramach programu, powinna być dostosowana do szczególnych uwarunkowań związanych z pobytem obcokrajowców w Polsce, a także powinna być udzielana w ramach obowiązującego w Polsce systemu prawa, w tym prawa związanego z zabezpieczeniem społecznym.

Dla wielu rodzin migrantów pomoc udzielana w ramach programu może być znaczącym czynnikiem prawidłowej adaptacji w społeczeństwie polskim, a także zapewnić prawidłowy rozwój nowonarodzonych dzieci w rodzinach.

ZASOBY

ZASOBY PERSONALNE

W celu efektywnego wdrożenia usługi w ramach działalności organizacji pozarządowej rekomendowane jest zatrudnienie następującego personelu:

- „Przewodniczki/przewodnicy”,
 - Konsultanci/ki wczesnej pomocy rodzinie (jeżeli wdrożono, jeżeli nie – konieczne jest zaznajomienie z programem personelu medycznego i pomocniczego oddziału),
 - Specjaliści/specjalistki ds. wsparcia rodzin (1 osoba), co umożliwi obsługę stacjonarnego Punktu Konsultacyjnego (jeżeli wdrożono).
 - Pracownicy/pracowniczki infolinii (1 osoba) (jeżeli wdrożono).
 - Specjalistów wsparcia tj. psychologa, doradcę zawodowego, asystenta rodziny, pracownika socjalnego, dietetyka, pielęgniarki pediatrycznej.
- Specjaliści będą zapewniać udzielanie bezpośredniego wsparcia dla kobiet/rodzin objętych usługami, a także uczestniczyć w interdyscyplinarnych zespołach, których celem jest dobór odpowiednich form wsparcia oferowanych przez instytucje dla poszczególnych rodzin – budowaniu Indywidualnego Planu Wsparcia (jeżeli wdrożono).

ZASOBY LOKALOWE I TECHNICZNE

XX

PRZEWODNICZKI/PRZEWODNICY

Wsparcie udzielane odbiorcom usługi może odbywać się na terenie szpitala/oddziału (przy łóżku pacjentki lub w gabinecie przewodniczki/przewodników) bądź też w miejscu wybranym przez odbiorcę/odbiorczynię (np. w domu rodzinnym, kawiarni). Możliwość wyboru miejsca świadczenia usługi przez jej odbiorców jest

niezwykle istotne z punktu widzenia możliwości zapewnienia rodzicom komfortu i odpowiedniego poziomu intymności.

Ze względu na charakter usługi i poruszanej w ramach wsparcia rodzin wysoce wrażliwej tematyki, rekomendowane jest udostępnienie na terenie oddziału (lub w bliskim jego sąsiedztwie) osobnego pomieszczenia dla przewodniczek/przewodników, w którym będą spotykać się z osobami, które chciałyby prowadzić rozmowę w odosobnieniu. Wybrane pomieszczenie powinno zostać urządzone w sposób przytulny, skłaniający do prowadzenia swobodnej konwersacji (stonowana ciepła kolorystyka wnętrza, fotele i stolik zamiast biurka). Pomieszczenie to służyć będzie przewodniczce/przewodnikowi również do wykonywania pozostałych działań związanych ze świadczeniem usługi, jak dobór form wsparcia dla rodzin objętych wsparciem czy kwestie formalne związane z udzielaniem wsparcia, dlatego też pomieszczenie powinno posiadać dostęp do Internetu oraz drukarki, a personel winien zostać wyposażony w przenośny sprzęt komputerowy (laptop), telefon komórkowy oraz niezbędne artykuły biurowe. Należy również zwrócić uwagę na spełnienie wymogów odpowiedniego zabezpieczenia danych osobowych rodzin objętych usługą, w związku z czym pomieszczenie powinno być zamykane i wyposażone w szafę zamykaną na klucz. Ze względu na konieczność utrzymania przez przewodniczkę/przewodnika odpowiedniej mobilności, organizacja powinna zapewnić osobie pełniącej tę funkcję zwrot kosztów dojazdu do uczestników/uczestniczek, w przypadku, gdy decydują się na wsparcie poza terenem szpitala. Zwrot ten może być realizowany w formie biletów okresowych komunikacji publicznej, ryczałtu bądź rozliczenia rzeczywistych kosztów przejazdu samochodem osobowym. Tryb rozliczania uzależniony jest od standardów panujących w organizacji oraz uwarunkowań lokalnych.

W przypadku jednostek opieki zdrowotnej, które wymagają od wszystkich członków personelu odzieży ochronnej, konieczne jest zapewnienie jej przewodniczce/przewodnikowi. Niezbędne jest także wyposażenie przewodniczki/przewodnika w identyfikator zgodny z wymogami jednostki, na terenie której będzie pracować.

KOORDYNACJA WSPARCIA (JEŻELI WDROŻONO)

Usługa, poprzez swoją konstrukcję wymusza konieczność:

- oddelegowania personelu organizacji do realizacji zadań poza biurem, tj. na terenie szpitali i w innych miejscach wskazanych przez odbiorców wsparcia,

- synchronizacji grafiku/zmian poszczególnych przewodniczek/przewodników na terenie poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej,
- prowadzenia działań promocyjno-informacyjnych za pośrednictwem infolinii, strony internetowej projektu oraz zewnętrznych podmiotów i źródeł informacji.

W celu realizacji działań związanych z koordynacją prac na terenie objętym usługą, rekomendowane jest także zapewnienie stanowiska dla Koordynatora/Koordynatorki wsparcia. Stanowisko winno być wyposażone w zestaw komputerowe oraz artykuły biurowe, a także dostęp do linii telefonicznej, Internetu oraz drukarki.

INFOLINIA/STRONA INTERNETOWA USŁUGI (JEŻELI WDROŻONO)

Na potrzeby prowadzenia infolinii organizacja powinna wydzielić łącze telefoniczne (ze względu na niższe koszty użytkowania może to być np. połączenie internetowe typu VOIP) oraz aparat telefoniczny.

Strona internetowa usługi może stanowić odrębną całość, bądź też być podstroną portalu organizacji. Dla zapewnienia dostępności informacji dla osób z niepełnosprawnościami, należy zapewnić spełnienie przez stronę standardów WCAG 2.0 na poziomie AA.

ZASOBY FINANSOWE

Znaczna część kosztów generowanych w ramach realizacji usługi realizowana jest przez organizację pozarządową (jeżeli wdrożono współpracę międzysektorową, jeżeli nie – po stronie głównego podmiotu świadczącego wsparcie). Dlatego istotnym jest określenie możliwości finansowych organizacji niezbędnych do realizacji usługi, tak by problemy finansowe nie były przeszkodą hamującą jej funkcjonowanie lub wręcz przyczyną zakończenia działań. Niezbędne jest również zabezpieczenie zewnętrznego finansowania usługi, jeżeli organizacja nie jest w stanie pokryć jej kosztów ze środków własnych. Proponowane sposoby finansowania usługi zostały wskazane w modelu oraz instrukcji wdrożenia.

W katalogu kosztów niezbędnych do poniesienia po stronie organizacji pozarządowej znaleźć się mogą:

- wynagrodzenie koordynatora/koordynatorki wsparcia,

- wynagrodzenie przewodniczek/przewodników,
- koszt prowadzenia superwizji,
- zakup sprzętu komputerowego i telefonicznego,
- zakup materiałów biurowych,
- zakup odzieży ochronnej i identyfikatora,
- utworzenie i utrzymanie strony internetowej usługi oraz punktu konsultacyjnego (jeżeli wdrożono),
- utrzymanie łącza internetowego na potrzeby infolinii,
- koszty dojazdu przewodniczek/przewodników.

PERSONEL

REKRUTACJA I SZKOLENIE PERSONELU

Proces rekrutacji

Rekrutacja personelu powinna zostać przeprowadzona na ogólnych zasadach obowiązujących w poszczególnych podmiotach, z uwzględnieniem cech, kompetencji i kwalifikacji niezbędnych do świadczenia usługi w programie, wymienionych w rozdziale „Kwalifikacje i kompetencje personelu”.

Kwalifikacje i kompetencje personelu

Wielopoziomowość procesu rekrutacji umożliwia dogłębną analizę kompetencji i kwalifikacji przyszłych członków/członkiń personelu realizującego usługę.

O ile w przypadku Koordynatorów/rek wsparcia, którzy powinni posiadać standardowe doświadczenie i umiejętności, umożliwiające zarządzanie zespołem i usługami, tj.:

- min. 3-letnie doświadczenie w pracach wymagających wysokich zdolności organizacyjnych,
- bardzo dobra znajomość mediów społecznościowych i obsługi mediów społecznościowych,
- bardzo dobra obsługa komputera i Internetu oraz urządzeń biurowych,
- samodzielność – własna inicjatywa, kreatywność,
- dobra organizacja i umiejętność pracy pod presją czasu,

- umiejętność dostrzegania problemów i proponowania własnych rozwiązań,

o tyle, że ze względu na innowacyjny charakter usługi, nie istnieje zamknięty katalog kwalifikacji, jakie powinni posiadać przewodnicy i przewodniczki. Podczas naboru kandydatów/kandydatek powinny być wzięte pod uwagę następujące kompetencje i kwalifikacje:

- wykształcenie wyższe/w trakcie studiów wyższych na kierunku pedagogika, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie lub praca socjalna (lub zbliżone) lub min. 5 lat doświadczenia w obszarze usług społecznych, świadczonych na rzecz rodzin,
- poziom wiedzy ogólnej na temat potencjalnych problemów rodzin z małym dzieckiem w tym z niepełnosprawnością,
- poziom motywacji do pracy,
- zgodność dotychczasowego doświadczenia zawodowego ze specyfiką usług wsparcia rodzin (doświadczenie w udzielaniu wsparcia psychologicznego, prawnego, doświadczenie w projektach usługowych, pracy socjalnej),
- umiejętności praktyczne wynikające z dotychczasowego doświadczenia,
- umiejętności psychospołeczne i pożądane cechy osobowości (m.in. samodzielność, odpowiedzialność, radzenie sobie ze stresem, zdolności negocjacyjne, komunikatywność, łatwość nawiązywania kontaktów),
- prezentowana postawa, z którą wiąże się:
 - otwartość na poszukiwanie nowych rozwiązań,
 - poszerzanie dotychczas zdobytej wiedzy,
 - reagowanie na sytuacje niezgodne z profesjonalizmem i etyką,
 - przyjmowanie odpowiedzialności za podejmowane działania.

Pożądaną, ale niekonieczną cechą potencjalnych przewodników i przewodniczek jest posiadanie własnych doświadczeń rodzicielskich, co, zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w ramach Projektu, uwiarygadnia przewodniczkę/przewodników w oczach odbiorców/odbiorczyń wsparcia.

Reasumując, rekrutowane osoby winny posiadać optymalny zakres wiedzy i umiejętności do realizacji usługi wsparcia. Ze względu na charakter działalności tych osób znaczące jest prezentowanie przez nich odpowiedniej postawy oraz posiadanie osobowości pracownika nastawionego na niesienie pomocy innym.

Szkolenie podstawowe

Kluczowym elementem przygotowania osób świadczących wsparcie do realizacji usługi jest przeszkolenie personelu w zakresie udzielanego grupom docelowym wsparcia oraz realizowana w trybie ciągłym praca nad kompetencjami, kwalifikacjami oraz motywacją do pracy personelu. Zakładany wymiar przedmiotowego szkolenia to ok. 40 godzin zegarowych.

Podczas szkolenia podstawowego powinny zostać poruszone następujące zagadnienia:

- podstawowe informacje na temat programu,
- obowiązek informacyjny,
- działania promocyjne,
- ochrona danych osobowych uczestników/uczestniczek programu,
- bieżący monitoring wsparcia,
- filary opracowanego modelu usługi,
- personel programu i jego zadania,
- formy wsparcia projektowego i zasady jego udzielania,
- kontakt bezpośredni z uczestnikiem/uczestniczką programu – zasady postępowania,
- grupy docelowe, ze szczególnym uwzględnieniem różnicowania trudności w nich występujących,
- ewaluacja,
- podstawowe potrzeby dziecka,
- sposoby oddziaływania rodziców na rozwój dziecka,
- kultura pedagogiczna rodziców i czynniki na nią wpływające,
- modele rodziny,
- systemowe formy wsparcia rodzin w zakresie systemu opieki społecznej, zdrowotnej i systemu oświaty.

Warto również przeprowadzić seminarium szkoleniowe dla kadry zarządzającej poszczególnych podmiotów uczestniczących w programie, by zobrazować jej założenia usługi. Opracowany program seminarium stanowi część przedmiotowej publikacji.

Szkolenia uzupełniające

Personel projektu, w szczególności przewodniczki/przewodnicy powinny posiadać możliwość uczestniczenia w szkoleniach specjalistycznych, korespondujących z ich potrzebami. Do przykładu szkoleń przydatnych dla personelu usługi to:

- mediacje i rozwiązywanie konfliktów,
- współpraca interdyscyplinarna instytucji wsparcia rodzin,
- praca z rodziną z problemem uzależnienia,
- diagnoza rodziny jako skuteczne narzędzie w procesie pomocy rodzinie
- profilaktyka i reagowanie na niebezpieczne zachowania i uzależnienia,
- podstawy nauki o więzi,
- tworzenie planu pomocy dziecku jako skuteczne narzędzie pracy,
- wypalenie zawodowe,
- praca z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami,
- prowadzenie pracy z niepełnosprawnym rodzicem/rodzicami
- profilaktyka uzależnień,
- przemoc w rodzinie – rozpoznanie, interwencja,
- rozwiązywanie problemów wychowawczych,
- wsparcie rodzin z dziećmi ze szczególnymi potrzebami,
- szkolenia z zakresu form wsparcia w ramach systemu pomocy społecznej, opieki zdrowotnej i systemu oświaty.

PROCES ŚWIADCZENIA USŁUG

Świadczenie usług wsparcia stanowi proces rozumiany jako organizację zasobów w założonym czasie w celu osiągnięcia określonych wyników.

W niniejszym rozdziale opisano proces od momentu uruchomienia usługi poprzez jej realizację do momentu zakończenia wsparcia. Proces ten powinien być na bieżąco monitorowany i nadzorowany, a jakość świadczonych usług powinna podlegać prowadzonej na bieżąco ewaluacji.

KOORDYNACJA WSPARCIA

Usługa, poprzez swoją konstrukcję wymusza konieczność:

- oddelegowania personelu organizacji do realizacji zadań poza biurem, tj. na terenie szpitali i w innych miejscach wskazanych przez odbiorców wsparcia,
- synchronizacji grafiku/zmian poszczególnych przewodniczek/przewodników na terenie poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej,
- prowadzenia działań promocyjno-informacyjnych za pośrednictwem infolinii, strony internetowej projektu oraz zewnętrznych podmiotów i źródeł informacji.

Wymiar zaangażowania personelu odpowiedzialnego za koordynację wsparcia jest kwestią indywidualną i zależy od następujących czynników:

- liczba personelu – przewodniczek/przewodników,
- liczba i wielkość jednostek opieki zdrowotnej objętych wsparciem,
- obszar objęty wsparciem (w związku z zakresem i intensywnością działań informacyjno-promocyjnych).

Szacuje się, iż średni poziom zaangażowania koordynatora wsparcia dla 5 jednostek opieki zdrowotnej, w mieście powyżej 500 000 mieszkańców powinien wynosić ok. 80 godzin miesięcznie. Forma zatrudnienia koordynatora zależy od uregulowań polityki zatrudnieniowej w organizacji.

Do obowiązków koordynatora wsparcia należy:

- rekrutacja personelu merytorycznego,
- szkolenie personelu merytorycznego w zakresie sposobu realizacji usługi,
- koordynacja wsparcia dla personelu – superwizji,
- prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych,
- prowadzenie grafiku prac przewodniczek/przewodników,
- ścisła współpraca z jednostkami opieki zdrowotnej wdrażającymi usługę.

WSPARCIE BEZPOŚREDNIE

W ramach działalności przewodniczek/przewodników odbiorcy/odbiorczynie mogą otrzymać wsparcie o charakterze doradczym i informacyjnym w zakresie przysługujących im form wsparcia, dostępnych w ramach polskiego systemu prawnego (system opieki zdrowotnej, system zabezpieczenia społecznego, system oświaty i inne), a także uzyskać porady w zakresie dostępu do poszczególnych usług (sposób wnioskowania, warunki formalne uzyskania wsparcia, instytucje publiczne i inne podmioty świadczące wsparcie).

Pracę z rodziną w ramach usługi przewodniczek/przewodników podzielić można na następujące etapy:

- powzięcie informacji o możliwości skorzystania z usługi przez potencjalnych odbiorców,
- przeprowadzenie ankiety i wstępnej rozmowy diagnostycznej,
- opracowanie planu wsparcia rodziny,
- prowadzenie bieżącej pracy z rodziną,
- bieżący monitoring osiągniętych efektów pracy z rodziną,
- zakończenie wsparcia i ocena stopnia osiągnięcia zakładanych rezultatów,
- ewaluacja wsparcia.

W ramach założeń modelu, rodzina winna mieć maksymalne poczucie bezpieczeństwa, które zostanie jej zapewnione poprzez ograniczenie dostępu do jej danych, a tym samym spowodowanie, by informacje, które zostaną pozyskane w procesie wsparcia otrzymały tylko te osoby, które okażą się niezbędne.

Źródła przekazywania informacji o usłudze

Informację na temat możliwego wsparcia kobieta w ciąży/rodzic z dzieckiem do 12. miesiąca życia będzie mógł uzyskać za pośrednictwem:

- personelu oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala (np. pielęgniarka, położna),
- przewodniczki/ka rezydującej/go na terenie szpitala,
- strony internetowej usługi,

- infolinii (jeżeli wdrożono),
- innych podmiotów zaangażowanych w działania promocyjno-informacyjne, np. przychodnie, położne środowiskowe, szkoły rodzenia, organizacje pozarządowe, instytucje pomocy społecznej itp.,
- mediów zaangażowanych w działania informacyjno-promocyjne, np. portale parentingowe, media społecznościowe, prasa lokalna.

W przypadku odbiorców/odbiorczyń obecnych na oddziałach ginekologiczno-położniczych, będą mogli oni skontaktować się z przewodniczką/przewodnikiem bezpośrednio – w czasie jej/jego dyżuru w szpitalu. W przypadku osób, które dowiedzą się o możliwości skorzystania z usługi w inny sposób, organizacja pozarządowa powinna zapewnić im możliwość:

- pozostawienia swoich danych kontaktowych w celu przekazania przewodniczkę/przewodnikowi,
- pozyskania bezpośredniego numeru telefonu do przewodniczki/przewodnika (wizytówki).

Dobrym zwyczajem w przypadku rodzin, które korzystały z usług na terenie szpitala, jest telefoniczne ponowienie przez przewodniczkę/przewodnika kontaktu w formie telefonicznej po tygodniu-dwóch od dnia opuszczenia szpitala przez dziecko. Pierwsze dni po narodzinach dziecka są dla rodzin pełne emocji, wrażeń, nowych obowiązków i często nie jest to odpowiedni moment na przemyślenie, jakiego typu wsparcia mogą one potrzebować. Ponowny kontakt pozwala czuć się matkom i ojcom zaopiekowanymi i daje czas na przemyślenie swoich potrzeb.

Wsparcie przewodniczki/przewodnika

Kluczową rolę w realizacji opisywanej formy wsparcia pełni przewodniczka/przewodnik, realizująca/cy swoje zadania na terenie szpitali oraz w miejscach wyznaczonych przez odbiorców/odbiorczynie wsparcia – w przypadku, gdy rodzina poprosi o wsparcie np. w miejscu zamieszkania.

Do podstawowych obowiązków przewodniczek/przewodników należą:

- dyżury w szpitalach,
- współpraca z personelem szpitala,

- nawiązywanie kontaktu z osobami wyrażającymi chęć uczestnictwa w programie (na terenie szpitala i zdalnie (kontakt telefoniczny),
- analiza sytuacji rodzinnej, tworzenie, wdrażanie (wspólnie z rodziną) i ewaluowanie Indywidualnego Planu Wsparcia,
- udzielanie informacji i porad związanych z możliwością skorzystania z usług w ramach modelu, a także o świadczeniach i usługach, z których można skorzystać w ramach systemu pomocy społecznej i pomocy rodzinie na podstawie odrębnych ustaw.

Przewodniczki/przewodnicy świadczą swoje usługi w zakresie i czasie określonym w umowie, w dni powszednie (rozpiętość godzinowa od 8-20), elastycznie do zdiagnozowanych potrzeb. Ze względu na konieczność zapewnienia dostępności do usługi dla wszystkich zainteresowanych osób powinno zapewnić dostępność przewodniczki/przewodnika na terenie oddziału szpitalnego nawet 5 dni w tygodniu. Jest to związane z faktem, iż kobiety rodzące zazwyczaj przebywają na oddziale położniczym przez okres 3 dni, co wynika ze standardów opieki okołoporodowej, a przerwa w dyżurach „przewodniczek/przewodników” dłuższa niż 3 dni nie dałaby im możliwości skorzystania z ich pomocy. W przypadku nieobecności przewodniczki/przewodnika, spowodowanej chorobą, planowanym urlopem czy innymi okolicznościami uniemożliwiającymi odbycie dyżurów w szpitalach, przewodniczki/przewodnicy powinny/i informować o tym fakcie zarówno organizację, jak i szpital, w którym dyżur nie może się odbyć. Organizacja zaś powinna dążyć do ustanowienia zastępstwa na czas nieobecności przewodniczki/przewodnika. W przypadku krótkotrwałych nieobecności przewodniczki/przewodnika, kontakt z rodziną zainteresowaną usługą może nastąpić telefonicznie w terminie późniejszym.

W związku z faktem, iż wsparcie pozaszpitalne oraz realizacja Indywidualnych Planów Działania wymaga od przewodniczki/przewodnika niemożliwych do realizacji w trakcie dyżurów na oddziałach, rekomenduje się uwzględnienie podziału czasu pracy przewodniczki/przewodnika zgodnie z zapotrzebowaniem, np. ½ etatu w ramach dyżurów szpitalnych, ½ etatu w ramach działań dodatkowych.

Podczas rozmowy wstępnej z rodziną/odbiorcą/odbiorczynią wsparcia należy:

- stworzyć atmosferę do rozmowy nie okazując emocji, które mogą tworzyć dystans,
- kierować się wyrozumiałością, cierpliwością i zrozumieniem problemów

rodziny,

- prowadzić rozmowę w sposób naturalny,
- unikać komunikatów oceniających mogących zrazić rozmówcę.

Celem przygotowania dobrego podłoża pod rozmowę należy:

- rozpocząć rozmowę od przedstawienia się i zadania luźnego pytania np. *Ma Pani teraz czas? Czy możemy porozmawiać?*;
- mieć przygotowaną alternatywę co do miejsca przeprowadzenia rozmowy w sytuacji, gdy rozmowa przy łóżku nie będzie możliwa;
- zwrócić uwagę na komfort rozmowy. Ze względu na osobiste kwestie poruszane podczas spotkania dobrze jest zaproponować rozmowę w miejscu dającym poczucie bezpieczeństwa dla rozmówcy.

Rozmowa taka jest podbudową do tworzenia Indywidualnego Planu Wsparcia, tworzonego w oparciu o wywiad przeprowadzony z osobą zainteresowaną usługą.

Rozmowa informacyjna

W przypadku rodzin/odbiorców/odbiorczyń, które wyraziły chęć kontaktu z Przewodniczką, a potrzebują jedynie wsparcia informacyjnego, np. w zakresie procesu rejestracji urodzin dziecka, nie ma konieczności opracowywania Indywidualnego Planu Wsparcia. Przewodniczka/przewodnik, w celu udokumentowania usługi, rejestruje ją w rejestrze wsparcia doraźnego, zawierającego jedynie podstawowe dane dot. daty wsparcia, długości jego trwania, miejsca udzielenia wsparcia (zazwyczaj jest to oddział szpitalny) oraz jego tematyki. Dane osób, jakie otrzymały wsparcie doraźne nie powinny być ewidencjonowane ze względu na brak konieczności gromadzenia tychże.

Indywidualny Plan Wsparcia – opracowanie, wdrożenie i ewaluacja

W przypadku, w którym rodzina/odbiorca/odbiorczyni wsparcia wymaga, poza rozmową informacyjną, nawiązania długofalowej współpracy z przewodniczką/przewodnikiem, np. chciałyby skorzystać z różnorodnych form wsparcia oferowanych przez system opieki zdrowotnej czy społecznej, a potrzebuje pomocy

w uzyskaniu dostępu do nich, konieczne jest opracowanie Indywidualnego Planu Wsparcia.

W takim przypadku konieczne jest również pozyskanie oświadczenia o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych odbiorcy/odbiorczynie wsparcia oraz innych niezbędnych oświadczeń, jeśli np. forma finansowania usługi (środki jednostki samorządu, środki unijne) tego wymaga.

Przewodniczka/przewodnik, podczas rozmowy z osobą zainteresowaną wsparciem przeprowadza wywiad, zmierzający do dokładnej identyfikacji potrzeb i wyłonienia niezbędnych form wsparcia. Na podstawie wywiadu, wspólnie z osobą zainteresowaną, tworzy Indywidualny Plan Wsparcia, w oparciu, o który prowadzi dalszą pracę z odbiorcą/odbiorczynią wsparcia.

W ramach realizowanego Planu przewodniczka/przewodnik może podejmować następujące czynności:

- doradztwo formalno-prawne w zakresie procedur niezbędnych do spełnienia przez młodych rodziców,
- dobór usług dostępnych w ramach systemu wsparcia i działalności organizacji pożytku publicznego/podmiotów komercyjnych,
- wsparcie w załatwieniu formalności związanych z rodzicielstwem (np. rejestracja urodzin, uzyskanie zasiłku macierzyńskiego),
- wsparcie w uzyskaniu dostępu do usług uwzględnionych w Indywidualnym Planie Wsparcia,
- udzielanie wsparcia emocjonalnego.

Do zadań przewodniczki/przewodnika należy również okresowa i końcowa ewaluacja Indywidualnego Planu Wsparcia, mająca na celu jego aktualizację i ocenę jego skuteczności. Indywidualny Plan Wsparcia powinien być aktualizowany adekwatnie do potrzeb, gdyż sytuacja i poziom zabezpieczenia potrzeb młodych rodzin zmienia się dynamicznie, jednakże nie rzadziej niż raz na 3 miesiące.

Ewaluacja jakości wsparcia odbywa się natomiast, ze względu na konieczność zachowania obiektywizmu, w ramach obowiązków koordynatora/ki wsparcia.

Zasady pracy z rodzinami

Praca z odbiorcami usług oparta jest na metodzie indywidualnego przypadku. Analiza sytuacji odbiorcy/odbiorczyni wsparcia, ale także całej rodziny i członków wchodzących w jej skład, borykających się z jakimś problemem, wymaga specyficznego spojrzenia i specyficznego oddziaływania na cały system rodzinny. Na podstawie informacji zebranych podczas wywiadu, przewodniczka/przewodnik opracowuje diagnozę przypadku i plan wsparcia.

Zgodnie ze współczesną metodyką, praca z indywidualnym przypadkiem obejmuje dwa podstawowe elementy:

- **studium przypadku** - obejmuje charakterystykę losów, sytuacji zewnętrznej i wewnętrznej odbiorcy/odbiorczyni wsparcia/rodziny w kontekście problemu, którego analiza stanowi źródło diagnozy,
- **praca z przypadkiem** - oparta na wspólnym planie wsparcia, obejmująca poradnictwo oraz działania o charakterze pomocowym.

Zgodnie z założeniami działania metodycznego praca metodą indywidualnego przypadku dzieli się na etapy:

- diagnoza przypadku,
- opracowanie planu wsparcia,
- prowadzenie działań wspierających,
- zakończenie pracy z przypadkiem.

W pracy z odbiorcami/odbiorczyniami wsparcia niezbędne jest stosowanie się do następujących zasad:

- **akceptacja klienta** - oparta na zasadach poszanowania godności, tolerancji, swobody wyboru wartości i celów życiowych,
- **indywidualizacja i podmiotowe podejście do każdego klienta** - oparta na niepowtarzalnej osobowości jednostki, z jego prawami i potrzebami,
- **zasada współodpowiedzialności za proces zmiany** - odpowiedzialność ponosi zarówno Przewodniczka, jak i rodzina i poszczególni jej członkowie,
- **zasada neutralności i obiektywizmu** - oparta na profesjonalnej wiedzy, rozpatrywanie każdej sytuacji, niedokonywanie osądów podczas analizy sytuacji, poszukiwanie przyczyn i sposobów rozwiązań istniejącego

problemu niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez osoby pomagające,

- **zasada ograniczonego zaangażowania emocjonalnego** - niedopuszczalne jest zarówno spoufalanie się, litowanie się nad klientem, jak i nadmierny dystans i chłód,
- **zasada samostanowienia klienta** - uznanie prawa klienta do wolności, prawo do popełniania błędów i odpowiedzialności za swoje życie,
- **zasada udostępniania zasobów** - aktywne poszukiwanie możliwości zaspokajania potrzeb,
- **zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków** – uwzględnienie w postępowaniu pomocowym korzyści poszczególnych członków środowiska rodzinnego.

Wsparcie dla przewodniczek/przewodników – superwizje

Osoby zatrudnione w obszarze wsparcia i szeroko pojmowanej pomocy społecznej, pracujące bezpośrednio z odbiorcami usług, a takimi są właśnie przewodniczki/przewodnicy stykają się i wchodzą w relacje z wieloma osobami o bardzo różnych, często mało pozytywnych doświadczeniach życiowych. Wymaga się od nich wysokiego poziomu kompetencji interpersonalnych, bez których nie będą w stanie budować relacji, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz wiedzy specjalistycznej. Osoby te doświadczają często sytuacji trudnych, narażone są na długotrwałe przeciążenie psychiczne, ze względu na fakt, iż koncentrują problemy i emocje odbiorców usług.

W związku z powyższym dobrą praktyką, a właściwie koniecznością, jest umożliwienie przewodniczkom/przewodnikom korzystania ze wsparcia superwizyjnego. Podczas superwizji analizowane są kwestie merytoryczne i osobiste trudności przewodniczek/przewodnika, występujące w toku jej/jego pracy z odbiorcami/odbiorczyniami wsparcia. Oczywistą korzyścią zawodową, jaką przynosi superwizja, jest uzyskanie, dzięki ponownej analizie przypadku, dokonanej z udziałem obiektywnych osób, lepszego wglądu w przyczyny trudności pojawiających się w pracy. Otrzymana informacja zwrotna pozwala na uzyskanie nowej, szerszej

perspektywy, nowego spojrzenia na pojawiające się trudności. Wpływa to w sposób wymierny na efektywność wykonywanej pracy i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Formę realizacji wsparcia superwizyjnego należy uzależnić od ujawnianych przez przewodniczek/przewodników potrzeb. Może ono przyjąć formę:

- superwizji indywidualnej,
- superwizji grupowej.

W przypadku przyjęcia formy superwizji grupowej, spotkania powinny odbywać się w stałej, niewielkiej grupie.

Superwizja, niezależnie od jej formy, powinna być realizowana w sposób cykliczny, spotkania nie powinny odbywać się rzadziej niż raz w miesiącu.

Prawidłowo prowadzona superwizja umożliwia:

- wsparcie psychologiczne i emocjonalne dla przewodniczek/przewodników,
- wzmacnianie kompetencji zawodowych,
- przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu,
- nabywanie i doskonalenie umiejętności pozwalających na prawidłowe identyfikowanie trudności w pracy, ich źródeł oraz sposobów rozwiązywania,
- wzmacnianie umiejętności komunikacyjnych przewodniczek/przewodników w relacjach z klientami, współpracownikami i instytucjami oraz otoczeniem, w którym wykonują pracę,
- zwiększanie skuteczności pracy przewodniczek/przewodników.

BIEŻĄCY MONITORING PROCESU WSPARCIA

Wdrażana usługa powinna być na bieżąco monitorowana i poddawana okresowej ewaluacji. Literatura wskazuje wiele metod pomiarów procesów. Każda organizacja winna dobrać system pomiarów odpowiedni do jej charakteru. Przy czym należy pamiętać, że pomiar tylko ilościowy nie daje pełnego obrazu funkcjonowania procesu. Winien on być skonfrontowany z pomiarem jakości realizacji usługi, stąd też niezbędne jest zbieranie w toku ewaluacji nie tylko danych ilościowych ale i jakościowych.

Prowadzony na bieżąco monitoring umożliwi wprowadzanie działań korygujących, mających na celu dokonanie zmiany ilości zasobów dostosowanych do realnych potrzeb odbiorców/odbiorczyń wsparcia.

Opiera się on na okresowej (najlepiej prowadzonej w trybie miesięcznym) analizie:

- zapotrzebowania na usługę, bezpośrednio przenoszącego się na wymiar zaangażowania przewodniczek/przewodników,
- grafiku prac przewodniczek/przewodników w kontekście pokrycia zidentyfikowanego poziomu zapotrzebowania na usługę,
- bieżącego obciążenia przewodniczek/przewodników,
- okresu oczekiwania na wsparcie przez odbiorców/odbiorczynie,
- zapotrzebowania szkoleniowego i superwizyjnego przewodniczek/przewodników,
- wyników ewaluacji usługi – ankiet dla odbiorców wsparcia i personelu,
- innych czynników mogących wpłynąć na efektywność prowadzonego wsparcia.

Pomiar i obserwacja usługi da następujący obraz:

- zapotrzebowania na daną usługę w kontekście ilościowym i jakościowym,
- czasu poświęcanego na daną usługę,
- charakteru udzielanego wsparcia,
- specyfiki środowiskowej obszaru (szpitala), na którym prowadzone jest wsparcie.

Monitoring nie odnosi tylko do kwestii zasobów personalnych. Dzięki niemu możemy zweryfikować zasoby lokalowe, techniczne, informatyczne a co za tym idzie finansowe. Istotne znaczenie dla procesu nadzoru ma przekazywanie informacji zwrotnej negatywnej lub pozytywnej na temat wykonywanej pracy. W przypadku informacji zwrotnej negatywnej przewodniczka/przewodnik ma możliwość wdrożenia działań korygujących, a w przypadku informacji pozytywnej budowany jest pozytywny wzorzec.

Specyficznym rodzajem nadzoru, niezbędnym w realizacji usługi, jest **nadzór nad dokumentami**.

Organizacja pozarządowa bądź inny podmiot zaangażowany we wdrażanie programu powinny prowadzić zbiór dokumentacji odpowiedniej dla danej rodziny.

Rejestr wsparcia rodziny, świadczonego w ramach usługi przewodniczek/przewodników zawierać będzie:

- dane kontaktowe odbiorcy/odbiorczyni usługi,
- niezbędne informacje dot. sytuacji rodzinnej, mające wpływ na realizację usługi,
- cele wyznaczone w ramach Planu wsparcia rodziny,
- dane dot. udzielonego wsparcia (data, czas trwania, skrótowy opis merytoryczny),
- planowane formy wsparcia.

Obejmować on będzie następujące dokumenty:

- metryczkę odbiorcy/odbiorczyni, zawierającą dane kontaktowe,
- kwestionariusz wywiadu z odbiorcą/odbiorczynią usługi,
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- oświadczenie o akceptacji regulaminu usługi,
- Indywidualny Plan Wsparcia,
- rejestr udzielonego wsparcia,
- ewaluację Indywidualnego Planu Wsparcia,
- dokumenty dodatkowe, np. notatki ze spotkań sporządzone przez przewodniczkę/przewodnika.

Rejestr powinien ograniczać się do **minimum danych osobowych niezbędnych do świadczenia usługi**. Ze względu na charakter usługi niemal zawsze będą to dane wrażliwe, w związku z czym należy zwrócić szczególną uwagę na formę ich zabezpieczenia oraz spełnienie obowiązków wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Forma zabezpieczenia danych gromadzonych w ramach świadczonej usługi powinna być spójna z regulacjami obowiązującymi w organizacji i uwzględniać specyfikę gromadzonych danych.

Dokumentacja rodziny, która zakończyła wsparcie traktowana jest jako archiwalna i odpowiednio oznaczana tak, by odróżnić ją od dokumentacji bieżącej.

Każdy wytworzony dokument winien posiadać podpis osoby, która go sporządziła. Podpis winien być czytelny lub opatrzony pieczętą tak, by można było

zidentyfikować osobę go sporządzającą. Dokumenty tworzone w ramach pracy z rodziną winny być dodatkowo opatrzone podpisem członka rodziny, któremu udzielono wsparcia.

Satysfakcja rodziny z udzielonego wsparcia sprawdzana jest poprzez ankietę ewaluacyjną po zakończeniu całego procesu. Ankiety dołączane są do dokumentacji rodziny.

DZIAŁANIA PROMOCYJNE

Informacja o wdrożonej usłudze winna być szeroko rozpropagowana, tak by dotarła do jak największej grupy odbiorców. Aby osiągnąć zamierzony cel należy wykorzystać różnorodne kanały komunikacyjne i zaangażować do działań promocyjnych możliwie **jak najszerszy krąg podmiotów**, w tym w szczególności:

- szpitale, prowadzące oddziały ginekologiczno-położnicze oraz oddziały patologii ciąży i neonatologiczne,
- przychodnie lecznicze, świadczące usługi z zakresu prowadzenia ciąży,
- szkoły rodzenia,
- instytucje pomocy społecznej, w tym ośrodki pomocy społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- lokalne i ogólnopolskie media (w tym media internetowe, np. portale parentingowe).

Koordinacja działań promocyjnych leży po stronie organizacji pozarządowej, która powinna zaopatrzyć znajdujące się na terenie objętym usługą podmioty wspierające promocję usługi w niezbędne do tego materiały, w tym w szczególności:

- **Plakaty**

Plakaty winny zawierać mocny akcent, jasno komunikujący o wdrażanej usłudze – jej charakterze, grupie do której jest kierowana. W odróżnieniu od strony internetowej, plakat nie jest przede wszystkim nośnikiem treści ale winien wzbudzić zainteresowanie proponowaną usługą, której szeroki opis publikowany jest na stronie internetowej.

Przykład gotowego do wykorzystania plakatu znaleźć można na stronie www.rodzicuniejestessam.pl

- **Ulotki**

Ulotki winny zawierać, podobnie jak plakat, mocny akcent, jasno komunikujący o wdrażanej usłudze, grupie do której jest kierowana, tak by zachęcały do wzięcia ich do ręki i zapoznania się z treścią. W przeciwieństwie do plakatu powinny zawierać również kluczowe informacje na temat usługi i jej zakresu oraz zaproszenie do zapoznania się z pełną informacją, znajdującą się na stronie internetowej usługi.

Przykład gotowej do wykorzystania ulotki znaleźć można na stronie www.rodzicuniejestessam.pl

Organizacja pozarządowa (bądź inny podmiot realizujący wsparcie) winna również zabezpieczyć odpowiednią prezentację projektu **w Internecie**. Informacje zachęcające do wdrażania nowej usługi powinny pojawić się na stronach internetowych wszystkich instytucji i organizacji wdrażających model i podmiotów współpracujących. Przekaz zamieszczony na stronach internetowych powinien nie tylko zawierać skonkretyzowane, suche informacje dot. grupy docelowej, charakteru usługi oraz możliwości z niej skorzystania, ale także przybierać atrakcyjną formę graficzną. Pożądane jest wykorzystanie elementów ocieplających wizerunek usługi

i personelu ją świadczącego, przykładowo:

- case-studies odbiorców usługi,
- sylwetki personelu (wraz z publikacją jego wizerunku),
- opinie matek i ojców (wraz z publikacją ich wizerunku).

Niezwykle istotnym aspektem promocyjnym w odniesieniu do grupy docelowej, tj. rodziców dzieci do ukończenia 12. miesiąca życia jest **wykorzystanie mediów społecznościowych**, w szczególności:

- blogi parentingowe,
- portale mikrokomunikacyjne,
- sieci społecznościowe,
- podcasty.

Wykorzystanie tychże warunkuje dotarcie do pożądanej grupy odbiorców, wśród których dominują osoby należące do pokolenia aktywnie korzystającego z mediów społecznościowych, a także ułatwia wykorzystanie **marketingu szeptanego**, poprzez

ułatwienie odbiorcom informacji dzielenie się nią, np. poprzez jej udostępnianie na własnych profilach i kontach. Właściwe wykorzystanie narzędzia, jakim jest marketing szeptany w dużej mierze zaspokaja potrzebę wdrażania działań promocyjnych na dalszym etapie realizacji usługi (w okresie ugruntowania się usługi w środowisku młodych rodziców).

Istotnym partnerem w promowaniu usługi mogą być **lokalne media**, ze szczególnym uwzględnieniem wydawnictw lokalnych udostępnianych bezpłatnie w miejscach publicznych. Przydatne dla wdrażania usługi mogą okazać się zarówno publikacje drukowane, np. periodyki lokalne, czytane niejako „przy okazji”, np. podczas oczekiwania na wizytę u lekarza, jak i wydawnictwa multimedialne, np. w formie filmów informacyjnych wyświetlanych w środkach komunikacji miejskiej.

Dobór kanałów komunikacyjnych stanowi wachlarz otwarty i nie zamyka się tylko na wymienionych powyżej. Wybór metod promowania usługi, poza zasadniczymi, zależy od grupy odbiorców, do których chcemy dotrzeć, oraz uwarunkowań geograficznych i społecznych obszarów, na których świadczone ma być wsparcie, przykładowo:

- Przyciągnięcie młodych osób możliwe będzie dzięki intensyfikacji działań promocyjnych prowadzonych z wykorzystaniem portali społecznościowych.
- W obszarach słabo zurbanizowanych korzystać należy ze wsparcia promocyjnego lokalnych ośrodków aktywności społecznej, tj. ośrodków zdrowia, szkół, wiejskich domów kultury.

PRZYKŁADOWE PROGRAMY SZKOLEŃ W RAMACH PROGRAMU „RODZICU, NIE JESTEŚ SAM!”

PROGRAM SEMINARIUM DLA KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ

- 1. Geneza programu**
- 2. Charakterystyka potrzeb rodzin z perspektywy wypełniania funkcji prokreacyjnej**
- 3. Charakterystyka programu wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy**
- 4. Zasady współpracy międzysektorowej**
- 5. Autodiagnoza potrzeb i możliwości podmiotów wdrażających**
- 6. Obligatoryjne elementy modelu**
 - Charakterystyka stanowiska przewodniczki
 - Metodyka pracy przewodniczki
 - Wsparcie merytoryczne: monitoring, nadzór nad dokumentacją, supervizja
 - Personel pielęgniarski oddziałów ginekologiczno-położniczych szpitali
- 7. Stanowiska o charakterze fakultatywnym**
 - Konsultant ds. wczesnej pomocy rodzinie
 - Pracownik punktu konsultacyjnego
 - Specjaliści realizujący usługi
 - Pracownik infolinii
- 8. Finansowanie zadań programu**
- 9. Promocja**
- 10. Ewaluacja**
- 11. Dyskusja**

PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKU

1. Medyczne aspekty niepełnosprawności wzrokowej

- Rola wzroku w różnych obszarach ludzkiego życia.
- Pojęcie niepełnosprawności wzrokowej - definicja, podział, rodzaje.
- Przyczyny niepełnosprawności wzrokowej.

2. Niezbędny zakres leczenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością wzrokową

- Diagnostyka i rokowania.
- Rehabilitacja i usprawnianie:
 - INSITE - konieczność maksymalnego wykorzystania potencjału domu rodzinnego,
 - usprawnianie dziecka w jak najwcześniejszym czasie zapobiega wielu nieprawidłowościom w kolejnych stadiach rozwojowych.
- Pomoce w pokonywaniu trudności/barier:
 - pomoce w przemieszczaniu się,
 - ułatwienia w edukacji,
 - pomoce optyczne i nieoptyczne ułatwiające widzenie,
 - pomoce do czynności dnia codziennego.

3. Funkcjonowanie społeczne dziecka z niepełnosprawnością wzrokową

- Rola wzroku w rozwoju dziecka.
- Funkcjonalny podział osób z dysfunkcją wzroku.
- Konsekwencje uszkodzenia wzroku w poszczególnych etapach rozwoju - w sferze poznawczej, emocjonalnej, społecznej.
- Likwidacja barier, rozwój autonomii, trudności w kontaktach z rówieśnikami.

4. Adaptacja rodziny do wychowania dziecka z niepełnosprawnością wzrokową - sposoby godzenia opieki nad dzieckiem z aktywnością społeczną i zawodową

- Wsparcie dziecka od pierwszych chwil zdiagnozowania dysfunkcji wzroku i pomoc w zaakceptowaniu niepełnosprawności przez dziecko.

- Trudności doświadczane przez rodziny dzieci z niepełnosprawnością wzrokową.
- Konieczność przeorganizowania codziennego funkcjonowania rodziny.
- Przełamywanie barier społecznych.
- Trudności w godzeniu roli rodzica, pracownika oraz terapeuty/ „menadżera niepełnosprawności”.
- Niepokój o przyszłość dziecka.
- Pomoc dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością wzroku:
 - pomoc psychologiczna – w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, jako element wczesnego wspomaganie rozwoju, treningi i warsztaty dla rodziców, formalne i nieformalne grupy wsparcia,
 - wsparcie asystenta rodziny, pracownika socjalnego, organizacji pozarządowych w uzyskaniu przysługujących rodzinie świadczeń i form pomocy, finansowanych ze środków publicznych.

5. Procedury i formy wsparcia

- Orzeczenie o niepełnosprawności i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i przysługujące z jej tytułu uprawnienia.
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze przez ośrodek pomocy społecznej (SUO).
- Dodatkowe wczesne wspomaganie rozwoju w ramach programu „Za życiem”.

PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SŁUCHU

1. Medyczne aspekty niepełnosprawności narządu słuchu

- Rola słuchu w różnych obszarach ludzkiego życia.
- Pojęcie niepełnosprawności narządu słuchu - definicja, podział, rodzaje.
- Przyczyny niepełnosprawności narządu słuchu.

2. Niezbędny zakres leczenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością narządu słuchu

- Diagnostyka i rokowania – protetyka narządów słuchu.
- Rehabilitacja i usprawnianie:
 - INSITE - konieczność maksymalnego wykorzystania potencjału domu rodzinnego,
 - usprawnianie dziecka w jak najwcześniejszym czasie zapobiega wielu nieprawidłowościom w kolejnych stadiach rozwojowych.
- Alternatywne metody komunikacji

3. Funkcjonowanie społeczne dziecka z niepełnosprawnością narządu słuchu

- Rola słuchu w rozwoju dziecka.
- Funkcjonalny podział osób z dysfunkcją narządu słuchu.
- Konsekwencje uszkodzenia słuchu w poszczególnych etapach rozwoju - w sferze poznawczej, emocjonalnej, społecznej.
- Likwidacja barier, rozwój autonomii, trudności w kontaktach z rówieśnikami.
- Kultura i społeczność Głuchych.

4. Adaptacja rodziny do wychowania dziecka z niepełnosprawnością narządu słuchu - sposoby godzenia opieki nad dzieckiem z aktywnością społeczną i zawodową

- Wsparcie dziecka od pierwszych chwil zdiagnozowania dysfunkcji narządu słuchu i pomoc w zaakceptowaniu niepełnosprawności przez dziecko.
- Trudności doświadczane przez rodziny dzieci z niepełnosprawnością narządu słuchu.
- Konieczność przeorganizowania codziennego funkcjonowania rodziny.

- Przełamywanie barier społecznych.
- Trudności w godzeniu roli rodzica, pracownika oraz terapeuty/ „menadżera niepełnosprawności”.
- Niepokój o przyszłość dziecka.
- Pomoc dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością narządu słuchu:
 - pomoc psychologiczna – w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, jako element wczesnego wspomaganie rozwoju, treningi i warsztaty dla rodziców, formalne i nieformalne grupy wsparcia,
 - wsparcie asystenta rodziny, pracownika socjalnego, organizacji pozarządowych w uzyskaniu przysługujących rodzinie świadczeń i form pomocy, finansowanych ze środków publicznych.

5. Procedury i formy wsparcia

- Orzeczenie o niepełnosprawności i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i przysługujące z jej tytułu uprawnienia.
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze przez ośrodek pomocy społecznej (SUO).
- Dodatkowe wczesne wspomaganie rozwoju w ramach programu „Za życiem”.

PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

1. Medyczne uwarunkowania niepełnosprawności ruchowej

- Definicja niepełnosprawności ruchowej.
- Objawy niepełnosprawności ruchowej - obserwacja rozwoju umiejętności według sekwencji rozwojowych (tabela) i diagnoza w przypadku nieprawidłowości.
- Występowanie zaburzenia w populacji i czynniki mające wpływ na ich powstawanie.

2. Niezbędny zakres leczenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością ruchową

- Leczenie.
- Ćwiczenia usprawniające w warunkach domowych.
- Rehabilitacja i fizjoterapia;
- Wczesne wspomaganie rozwoju;
- Zajęcia wspomagające - aquaterapia, hipoterapia, integracja sensoryczna, dogoterapia i in.;

3. Funkcjonowanie społeczne dziecka z niepełnosprawnością ruchową.

- Rozwój we własnym tempie, potrzeba więcej czasu na opanowanie umiejętności.
- Konieczność długotrwałej i zintensyfikowanej opieki ze strony rodzica.
- Stygmatyzacja widocznej niepełnosprawności.
- Rola ruchu w rozwoju dziecka - ruch jako aktywność i działanie:
 - codzienne funkcjonowanie,
 - realizacja potrzeb,
 - kontakt z otoczeniem,
 - formy aktywności twórczej.
- Konieczność likwidacji barier.
- Trudności w kontaktach z rówieśnikami.

4. Adaptacja rodziny do wychowania dziecka z niepełnosprawnością ruchową - sposoby godzenia opieki nad dzieckiem z aktywnością społeczną i zawodową

- Akceptacja niepełnosprawności dziecka, żałoba po marzeniu o zdrowym dziecku i poszukiwanie wsparcia.
- Ułożenie na nowo relacji w rodzinie i otoczeniu społecznym, kwestia wstydu.
- Cel wychowania dziecka - osiągnięcie samodzielności życiowej na miarę możliwości.
- Różnica w sposobie przeżywania wychowania związanego z pojawieniem się dziecka z niepełnosprawnością pomiędzy obojgiem rodziców.
- Trudności doświadczane przez rodziny dzieci z niepełnosprawnością ruchową.
- Szukanie równowagi pomiędzy aktywnością zawodową, rozwojem osobistym, a koniecznością stałej lub znacznie większej (niż w przypadku zdrowych rówieśników) opieki nad dzieckiem.
- Trudności w godzeniu roli rodzica, pracownika oraz rehabilitanta/ „menadżera niepełnosprawności”.
- Niepokój o przyszłość dziecka.
- Pomoc dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością ruchową:
 - pomoc psychologiczna – w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, jako element wczesnego wspomaganie rozwoju, treningi i warsztaty dla rodziców, formalne i nieformalne grupy wsparcia,
 - wsparcie asystenta rodziny, pracownika socjalnego, organizacji pozarządowych w uzyskaniu przysługujących rodzinie świadczeń i form pomocy, finansowanych ze środków publicznych.

5. Procedury i organizacja wsparcia

- Orzeczenie o niepełnosprawności i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i przysługujące z jej tytułu uprawnienia.

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla dzieci przez ośrodek pomocy społecznej (SUO).
- Dodatkowe wczesne wspomaganie rozwoju w ramach programu „Za życiem”.

PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

1. Medyczne uwarunkowania zaburzeń ze spektrum autyzmu

- Kryteria diagnostyczne:
 - deficyty w komunikacji,
 - deficyty w relacjach społecznych,
 - zachowania stereotypowe, powtarzające się i jednocześnie lęk/niechęć do zmian.
- Nowa klasyfikacja zaburzeń ze spektrum autyzmu ICD10 a ICD11/ DSM 5.
- Procedury diagnostyczne.
- Teorie dot. etiologii autyzmu – uwarunkowania genetyczne, prenatalne, okołoporodowe, metaboliczne, infekcyjne.

2. Niezbędny zakres terapii, leczenia i rehabilitacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

- Kontrola rozwoju przez lekarza psychiatrę, który w razie konieczności może włączyć farmakoterapię niwelującą objawy współwystępujące, np. lęki, depresja, nadpobudliwość.
- Obserwacja pod kątem chorób współwystępujących (choroby neurologiczne, metaboliczne, immunologiczne i in.) oraz pogłębiona diagnostyka w przypadku pojawienia się objawów.
- Metody terapeutyczne stosowane u dzieci ze spektrum autyzmu (zawsze dobierane indywidualnie do dziecka oraz jego aktualnych potrzeb):
 - metoda behawioralna – nastawiona na wzmocnienie zachowań pozytywnych i redukcję negatywnych poprzez nagradzanie i brak nagradzania, systemy motywacyjne,
 - metoda poznawczo-behawioralna – dążąca do zrozumienia mechanizmu występowania problemów i trudnych zachowań u pacjenta oraz wypracowaniu innych, akceptowalnych społecznie i bezpiecznych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi,

- terapie wspomagające komunikację – terapia logopedyczna, neurologopedyczna, trening komunikacji, komunikacja alternatywna i wspomagająca,
- zajęcia rozwijające umiejętności społeczne – realizowane jako trening umiejętności społecznych, socjoterapia lub w trakcie „zwykłych”, adekwatnych do wieku form aktywności.
- Terapie wspomagające w zaburzeniach ze spektrum autyzmu:
 - terapia zaburzeń integracji sensorycznej,
 - trening uwagi słuchowej,
 - arteterapia/ muzykoterapia,
 - dogoterapia, hipoterapia etc.,
 - aquaterapia.

3. Funkcjonowanie społeczne dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

- Interakcje społeczne.
- Komunikacja.
- Ograniczone wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności.

4. Adaptacja rodziny do wychowania dziecka z niepełnosprawnością - sposoby godzenia opieki nad dzieckiem z aktywnością społeczną i zawodową

- Moment diagnozy - szok, niedowierzanie, żałoba, szukanie winnych.
- Wybór ścieżki terapeutycznej.
- Akceptacja inności dziecka.
- Budowanie na nowo relacji pomiędzy partnerami, z dziadkami, dalszą rodziną, znajomymi i przyjaciółmi.
- Ostracyzm społeczny w stosunku do dziecka, krytykowanie rodziców za zachowania będące objawami autyzmu.
- Szukanie równowagi pomiędzy aktywnością zawodową, rozwojem osobistym a koniecznością stałej lub znacznie większej (niż w przypadku zdrowych rówieśników) opieki nad dzieckiem autystycznym.
- Trudności w godzeniu roli rodzica, pracownika oraz terapeuty/ „menadżera niepełnosprawności”.
- Niepokój o przyszłość dziecka.

- Pomoc dla rodziców dzieci ze spektrum autyzmu:
 - pomoc psychologiczna – w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, jako element wczesnego wspomaganie rozwoju, treningi i warsztaty dla rodziców, formalne i nieformalne grupy wsparcia,
 - wsparcie asystenta rodziny, pracownika socjalnego, organizacji pozarządowych w uzyskaniu przysługujących rodzinie świadczeń i form pomocy, finansowanych ze środków publicznych.

5. Procedury i organizacja wsparcia

- Orzeczenie o niepełnosprawności i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i przysługujące z jej tytułu uprawnienia.
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi organizowane przez ośrodek pomocy społecznej (SUO).
- Dodatkowe wczesne wspomaganie rozwoju w ramach programu „Za życiem”.

PROGRAM SZKOLENIA DLA MATEK I OJCÓW W ZAKRESIE WYCHOWANIA DZIECKA Z OPÓŹNIENIEM PSYCHORUCHOWYM I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

1. Medyczne uwarunkowania niepełnosprawności intelektualnej

- Definicje i klasyfikacje niepełnosprawności intelektualnej oraz jej wpływ na poszczególne sfery funkcjonowania:
 - percepcyjna i poznawcza,
 - emocjonalna,
 - społeczna.
- Charakterystyka niepełnosprawności intelektualnej.
- Klasyfikacja deficytów intelektualnych na przykładzie IQ Wechslera.
- Kryteria diagnostyczne niepełnosprawności intelektualnej:
 - lekka,
 - umiarkowana,
 - znaczna,
 - głęboka.
- Zaburzenia rozwoju związane z niepełnosprawnością intelektualną - podstawowe grupy i przykłady jednostek:
 - genetyczne - zespół Downa, Jacobsena etc.,
 - rozwojowe - autyzm, zespół Retta etc.,
 - neurologiczne - padaczka, mózgowe porażenie dziecięce etc.,
 - prenatalne - toksoplazmoza, embrionopatia poróżyczkowa etc.,
 - metaboliczne - fenyloketonuria, galaktozemia etc.

2. Niezbędny zakres leczenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością intelektualną

- Diagnostyka niepełnosprawności intelektualnej:
 - zagrożenie niepełnosprawnością intelektualną (opóźniony / nieharmonijny rozwój psychoruchowy),
 - ustalenie stopnia niepełnosprawności intelektualnej na podstawie testów psychometrycznych,
 - ustalenie indywidualnego programu nauczania i rehabilitacji.

- Możliwe do wdrożenia na wczesnym etapie rozwoju dziecka techniki terapeutyczne:
 - trening poznawczy - rozwój funkcji poznawczych mózgu,
 - programy edukacyjne - rozwijające umysł, motorykę oraz zdolności psychospołeczne.

3. Funkcjonowanie społeczne dziecka z niepełnosprawnością intelektualną

- Spostrzeganie, uwaga, pamięć, mowa, procesy intelektualne, wykonawcze, emocjonalno- motywacyjne - zróżnicowanie w ramach poszczególnych stopni niepełnosprawności.
- Rozwój społeczny i funkcjonowanie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną.

4. Adaptacja rodziny do wychowania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną - sposoby godzenia opieki nad dzieckiem z aktywnością społeczną i zawodową

- Moment diagnozy - szok i niedowierzanie.
- Wymiar psychologiczny - ilu rodziców, tyle reakcji - negatywne sprężenia zwrotne, dążenie do likwidacji deficytów dziecka za wszelką cenę, obojętność, wyparcie.
- Trudności w godzeniu roli rodzica, pracownika oraz terapeuty/ „menadżera niepełnosprawności”.
- Niepokój o przyszłość dziecka.
- Pomoc dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością wzroku:
 - pomoc psychologiczna – w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, jako element wczesnego wspomagania rozwoju, treningi i warsztaty dla rodziców, formalne i nieformalne grupy wsparcia,
 - wsparcie asystenta rodziny, pracownika socjalnego, organizacji pozarządowych w uzyskaniu przysługujących rodzinie świadczeń i form pomocy, finansowanych ze środków publicznych.
- Wymiar społeczny:

- doświadczanie stresu przez rodziców i sposoby radzenia sobie z nim,
- brak świadomości społecznej, doświadczenia o charakterze dyskryminacyjnym,
- konflikty małżeńskie i rodzinne,
- budowanie na nowo relacji z dalszą rodziną, znajomymi i otoczeniem.

5. Procedury i formy wsparcia

- Diagnoza, leczenie i terapia finansowane ze środków NFZ.
- Orzeczenie o niepełnosprawności i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i przysługujące z jej tytułu uprawnienia.
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i przysługujące z jego tytułu uprawnienia.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi organizowane przez ośrodek pomocy społecznej (SUO).
- Dodatkowe wczesne wspomaganie rozwoju w ramach programu „Za życiem”.

PROGRAM SZKOLENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNEGO OJCOSTWA

1. Życie rodzinne a praca zawodowa - konieczność zachowania równowagi

- Podział ról w rodzinie, stereotypowe „obowiązki” mężczyzny w rodzinie.
- Pojawienie się dziecka jako dezorganizacja dotychczasowego życia.
- Satysfakcja z życia zawodowego i samorealizacja vs spełnienie w roli ojca i partnera.
- Praca i rodzina przyczyną stresu i konfliktu wewnętrznego.
- Modele rodziny a wypełnianie ról rodzicielskich.
- Modele wychowawcze.

2. Rozpoznawanie silnych i słabych stron swojego ojcostwa

- Zadowolenie kluczem do sukcesu - szczęśliwy ojciec - szczęśliwa rodzina.
- Zaspokajanie potrzeb dziecka na każdym etapie jego rozwoju.
- Fazy ojcostwa:
 - tata na starcie,
 - ojciec przedszkolaka,
 - tata dziecka w podstawówce,
 - ojciec nastolatka,
 - tata i dorosłe dziecko.
- Hierarchia wartości, indywidualne potrzeby, relacje z partnerką i budowanie więzi.

3. Ojciec oczami dziecka

- Obraz ojca w modelu rodziny i w oczach dziecka.
- Funkcjonowanie społeczne i emocjonalne dziecka zaangażowanego ojca.
- Funkcjonowanie społeczne i emocjonalne dziecka niezaangażowanego ojca.

- Konstrukttywne sposoby radzenia sobie z kryzysami - w związku z kobietą i rodzicielstwie.

4. Praktyczny plan działania dla każdego taty

- Czy istnieją uniwersalne wskazówki do bycia dobrym ojcem?
- Wymiana doświadczeń w męskim gronie – dyskusja w grupie.