



KOOPERACJE 3D

Model wielosektorowej współpracy
na rzecz wsparcia osób i rodzin

dla gmin powyżej 20 tys. mieszkańców

MATERIAŁ OPRACOWAŁY ZESPOŁY EKSPERCKIE

Eksperci wiodący

Izabela Krasiejko, Bożena Zasepa

Eksperci ds. Modelu

Józefa Grodecka, Hubert Kaszyński, Agnieszka Kowalska, Jerzy Krzyszkowski, Stanisław Marek,
Ewa Pająk, Ewa Pawlinów, Dorota Podgórska-Jachnik, Iwona Raszeja-Ossowska, Piotr Sikora,
Maciej Sosnowski, Andrzej Tomeczek, Joanna Ubych, Tomasz Eliaz Wardzała,
Anna Weissbrot-Koziarska, Ewelina Zdebska

przy współudziale

LIDERA PROJEKTU

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego w Katowicach

PARTNERÓW PROJEKTU

Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu

Spis treści

WYKAZ SKRÓTÓW	4
POJĘCIA WYKORZYSTANE W MODELU	5
WPROWADZENIE	10
1. OGÓLNE ZAŁOŻENIA MODELU KOOPERACJE 3D.....	12
1.1. WARUNKI NIEZBĘDNE DO EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA WSPÓŁPRACY (WYNIKI BADAŃ TERENOWYCH)	12
1.2. ZAŁOŻENIA I ZASADY MODELU	13
1.3. KORZYŚCI WSPÓŁPRACY I KOSZTY ZANIECHANIA KOOPERACJI.....	17
2. KONCEPCJA I SCHEMAT MODELU KOOPERACJE 3D	21
3. WARUNKI WDRAŻANIA MODELU KOOPERACJE 3D	24
3.1. POZIOM INSTYTUCJONALNY – TWORZENIE PARTNERSKICH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH	24
3.2. POZIOM WSPARCIA OSÓB I RODZIN W FORMULE MULTIPROFESJONALNEJ W RAMACH ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH	25
4. POZIOM INSTYTUCJONALNY MODELU KOOPERACJE 3D – TWORZENIE I FUNKCJONOWANIE PARTNERSKICH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH.....	28
4.1. UZASADNIENIE TWORZENIA PARTNERSKICH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH	28
4.2. AKTORZY MODELU NA POZIOMIE INSTYTUCJONALNYM.....	29
4.3. TWORZENIE I FUNKCJONOWANIE PARTNERSKIEGO ZESPOŁU KOOPERACYJNEGO	38
4.4. METODYKA BUDOWANIA LOKALNEGO KOSZYKA USŁUG	55
5. POZIOM WSPARCIA OSÓB I RODZIN W FORMULE MULTIPROFESJONALNEJ W RAMACH ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH.....	57
5.1. UZASADNIENIE TWORZENIA ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH	57
5.2. UCZESTNICY MODELU NA POZIOMIE WSPARCIA OSÓB I RODZIN	57
5.3. ROLE PRACOWNIKA SOCJALNEGO W MODELU.....	58
5.4. ZADANIOWY ZESPÓŁ KOOPERACYJNY	59
5.5. POWOŁYWANIE I FUNKCJONOWANIE ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH.....	61
METODYKA BUDOWANIA INDYWIDUALNEGO KOSZYKA USŁUG W OPARCIU O LOKALNY KOSZYK USŁUG	83
WYKAZ NARZĘDZI	98
WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW	99
SPIS RYSUNKÓW	99

WYKAZ SKRÓTÓW

Kooperacje 3D	Kooperacje 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin
OPS	ośrodek pomocy społecznej
PCPR	powiatowe centrum pomocy rodzinie lub jego odpowiednik (MOPR, miejski ośrodek pomocy rodzinie)
PZK	partnerski zespół kooperacyjny
ROPS	regionalny ośrodek polityki społecznej lub jego odpowiednik (RCPS, regionalne centrum polityki społecznej)
ZZK	zadaniowy zespół kooperacyjny

POJĘCIA WYKORZYSTANE W MODELU

Animator instytucjonalny – w Modelu to ośrodek pomocy społecznej (OPS), który jest inicjatorem powołania partnerskiego zespołu kooperacyjnego (PZK), a następnie pełni w nim rolę lidera.

Case management¹ (dosłownie „zarządzanie przypadkiem”) – to pochodzący z USA sposób organizacji pomocy społecznej stosowany w sytuacji, gdy osoby, rodziny, grupy społeczne² doświadczają wielu złożonych problemów (trudności, deficytów, itp.) i w związku z tym wymagają korzystania z wielu form usług i wsparcia. Istotą *case managementu* jest wprowadzenie roli koordynatora – *case managera*, który efektywnie i optymalnie organizuje usługi dla osoby czy rodziny. Mają one zróżnicowany charakter i pochodzą z różnych systemów (pomocy społecznej, ochrony zdrowia, itp.), mających własne reguły prawne i finansowe, struktury i kulturę organizacyjną. Taka sytuacja wymaga koordynacji i kooperacji.

Empowerment³ – to bardzo szerokie i uniwersalne w naukach społecznych pojęcie, które może oznaczać: wzmacnianie, budzenie i dodawanie sił, wzmacnianie kompetencji, możliwości rozwojowych, uprawnień, uprawomocnienie – a więc wszystko, co zmienia stan bezsilności (*powerlessness*) w poczucie sprawstwa i mocy (*power*). Jest określane także jako upodmiotowienie. *Empowerment* oznacza wydobywanie zasobów i wzmocnienie – zarówno jednostek i rodzin wymagających pomocy, ich naturalnych systemów wsparcia, jak i pracowników służb społecznych. W Modelu *empowerment* traktowany jest zarówno jako koncepcja zarządzania w obszarze pracy socjalnej, jak i zasada profesjonalnego wspierania jednostki, rodziny, grupy, społeczności, podejmowanego dla przezwyciężenia jej/ich trudności życiowych oraz w celu odzyskania kontroli nad swoim życiem i samoakceptacji.

Indywidualizacja – to strategia pracy socjalnej oparta na zarządzaniu przypadkiem. To taki sposób organizacji pracy z jednostką lub rodziną, który uwzględnia indywidualny kontakt, kroki postępowania, zmierzające do rozpoznania potrzeb, możliwości, braków, celów do osiągnięcia, indywidualny dobór metod i technik pracy, tempa zmian, częstotliwości spotkań, itd. Praca socjalna z założenia jest pracą indywidualną, ale jej personalizacja (osobiste, podmiotowe dostosowanie) pozwala na zwiększenie skuteczności udzielanej pomocy i wsparcia, poprzez skierowanie jej do konkretnej osoby czy rodziny, zgodnie z jej potrzebami (przy równoczesnej optymalizacji nakładów i działań związanych z realizacją

¹ Por. T. Kaźmierczak, M. Rymśa: *Case Management jako formuła koordynacji usług społecznych i innych działań służb publicznych – przypadek aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych*. W: *Profesjonalna praca socjalna. Nowy paradygmat czy niedokończone działanie?* K. Piątek, K. Szymańska-Zybertowicz (red.), Wyd. Naukowe Akapit, Toruń 2011.

² Praca socjalna kierowana jest do jednostek, rodzin, także całych grup czy społeczności, W opisie Modelu będziemy posługiwać się dalej określeniem: osoby/jednostki i rodziny, mając na myśli w miarę możliwości i potrzeb ten szerszy kontekst, ale nie przywołując go za każdym razem.

³ Por. *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej*. Tom 1. A. Weissbrodt-Koziarska, P. Sikora (red.), Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2012; M. Łuszczynska: *Empowerment jako innowacyjne narzędzie zarządzania w instytucjach publicznych*. „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2018, Zeszyt Naukowy 168, s. 27–41, http://kolegia.sgh.waw.pl/pl/KZiF/czasopisma/zeszyty_naukowe_studia_i_prace_kzif/Documents/168_02_Luszczynska.pdf [data dostępu: 8.02.2019].

celu). Różnice pomiędzy indywidualizacją a personalizacją są subtelne, chociaż wyraźne⁴. W Modelu efektem indywidualizacji, połączonej z personalizacją, jest indywidualny koszyk usług, tworzony w formule multiprofesjonalnej (przez ZZK – zadaniowy zespół kooperacyjny) dla konkretnej osoby, rodziny, grupy społecznej z jej aktywnym udziałem (zasada *empowermentu*). Personalizację i indywidualizację procesu wsparcia i pomocy traktujemy dynamicznie – wraz z realizacją uzgodnionych wspólnie działań, indywidualny koszyk usług ulega modyfikacji w celu dostosowania go do zmieniającej się sytuacji i potrzeb.

Indywidualny koszyk usług – to opracowany przez członków ZZK zbiór usług specjalnie dobranych (z dostępnej bazy lokalnego koszyka usług) dla konkretnej osoby lub rodziny, dostosowany do jej zdiagnozowanych potrzeb i możliwości ich zaspokojenia. Indywidualny koszyk usług jest częścią planu współpracy z konkretną osobą, rodziną lub grupą społeczną i zawiera usługi gwarantujące większą skuteczność udzielanego wsparcia i pomocy w środowisku zamieszkania. Indywidualny koszyk usług określa optymalny zakres wsparcia i ulega modyfikacji w celu dostosowania go do zmieniającej się sytuacji i potrzeb osoby, rodziny lub grupy społecznej.

Kontrakt socjalny – narzędzie pracy socjalnej, a zarazem jedna z jej dwóch podstawowych form – obok projektu socjalnego. To pisemna umowa zawarta z osobą, rodziną lub grupą ubiegającą się o pomoc, określająca uprawnienia i zobowiązania stron umowy w ramach wspólnie podejmowanych działań, zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny, podejmowana w celu wzmocnienia jej aktywności i samodzielności życiowej, zawodowej lub przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu⁵. Celem kontraktu socjalnego jest określenie sposobu współdziałania na rzecz rozwiązywania problemów, zmiany trudnej sytuacji życiowej oraz zaspokojenia istotnych potrzeb. Kontrakt określa uprawnienia i zobowiązania zarówno po stronie odbiorców wsparcia jak i tych, którzy go udzielają, stanowiąc istotny element koprodukcji usług. Może być sporządzony z wykorzystaniem wzoru kontraktu socjalnego określonego Rozporządzeniem MPiPS z dnia 8 listopada 2010 r. W Modelu funkcję kontraktu socjalnego pełni także *Przyjęcie wniosku - protokół*, w którym pracownik socjalny odnotowuje fakt wyrażonej i potwierdzonej woli współpracy, a także uzgodniony *Indywidualny plan współpracy*, zawarty w protokole ze spotkania Zadaniowego Zespołu Kooperacyjnego.

Kooperacja – to współdziałanie w jakiejś dziedzinie, współpraca między ludźmi lub przedsiębiorstwami. Kooperacja jest zaprzeczeniem współzawodnictwa, bowiem opiera się na założeniu, że koordynacja działań podejmowanych przez jednostki/grupy pozwala osiągnąć korzystne efekty. Kooperację w Modelu rozumiemy jako proces budowania partnerstwa i współpracę w jego ramach. W pomocy społecznej wyróżniamy **trzy wymiary kooperacji**:

1. współpraca międzysektorowa – między sektorami publicznym, pozarządowym i prywatnym,
2. współpraca międzyresortowa – w ramach sektora publicznego między resortami pomocy społecznej, edukacji, zdrowia, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych, kultury, sportu i rekreacji, itp.,

⁴ Por. B. Karpeta-Peć: *Indywidualizacja nauczania i uczenia się – otwarte formy pracy w gimnazjum oraz w kształceniu akademickim (action research)*, <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/n/article/view/11067/> [data dostępu: 8.02.2019];

E. Krzymkowska: *Indywidualizacja a personalizacja w kształceniu*. „Wychowawca” 2016, nr 9, <https://prasa.wiara.pl/doc/3453756.Indywidualizacja-a-personalizacja-w-ksztalceniu/> [data dostępu: 8.02.2019].

⁵ Art. 6 pkt 6 oraz art. 108 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1508].

3. współpraca międzyorganizacyjna – między jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, np. OPS, PCPR, ośrodkami interwencji kryzysowej, ośrodkami wsparcia, itd.

Koprodukcja⁶ – to produkowanie usług w toku wzajemnego oddziaływania producenta usługi (pracownika socjalnego, asystenta rodziny, opiekuna, itp.) i jej konsumenta, czyli osoby, rodziny, grupy społecznej, która aktywnie uczestniczy w ich produkcji. To uczestnictwo i współdecydowanie o usługach przez zorganizowane grupy lub indywidualnych obywateli. Koprodukcja rozszerza, a nie zastępuje istniejące usługi publiczne (samorządowe) czy prywatne.

Kultura organizacyjna⁷ – jest to sposób myślenia i działania w danej organizacji, na który składają się wzory myślenia, czyli: ideologia grupy (założenia kulturowe, wartości i normy społeczne), pozwalająca na ocenę zjawisk i sytuacji, wzory zachowań, czyli upowszechnione w organizacji postawy określające formy reagowania, a także symbole, dzięki którym upowszechniane są wzory myślenia i zachowań.

Lokalny koszyk usług – to usługi oferowane osobom, rodzinom i grupom społecznym przez poszczególne, kooperujące na poziomie lokalnym instytucje. Usługi mogą być prostymi działaniami, składającymi się z pojedynczej czynności, ale też usługami złożonymi w ramach, których realizowanych jest więcej działań wzajemnie ze sobą powiązanych i prowadzących do wspólnego celu. Lokalny koszyk usług jest podstawą tworzenia indywidualnych koszyków usług.

Model – to sposób uogólnionego myślenia o pewnym zjawisku czy obszarze działania. To typ idealny, pewien abstrakcyjny konstrukt, składający się z cech istotnych dla danego zjawiska społecznego, jednak w czystej postaci niewystępujący w rzeczywistości. Koncepcja typu idealnego pozwala na porównywanie ze sobą różnych zjawisk z typem idealnym oraz na elastyczność we wdrażaniu danego modelu w różnych środowiskach.

Opiekun – to termin wieloznaczny, choć w określonych obszarach może mieć swoje precyzyjne, prawne definicje (np. wyprowadzone z definicji opieki ustawowej, zastępczej, itd.). Opiekun to osoba, która dba o zaspokojenie potrzeb osoby potrzebującej wsparcia ze względu na jej stan zdrowia, nieporadność, trudne warunki życiowe, starszy wiek, itp. Czynności opiekuna są różnorodne i obejmują troskę o podopiecznego (zdrowie, bezpieczeństwo, rozwój, itp.). Opiekunowie mogą być nieformalni (tzw. faktyczni) lub formalni, np. opiekun środowiskowy, opiekun prawny, itp.

Partnerski zespół kooperacyjny (PZK) – to sformalizowane, międzysektorowe, międzyresortowe i międzyorganizacyjne partnerstwo (przymierze, sojusz) działających w środowisku lokalnym instytucji, istotnych dla realizacji działań na rzecz wsparcia osób, rodzin i grup społecznych. Udział w partnerstwie wynika z woli współpracy poszczególnych partnerów.

Personalizacja – oznacza nadanie osobistego i podmiotowego charakteru relacji pomocowej. Uwzględnia integralność osoby lub rodziny, ale także jej godność, niepowtarzalność i wolność. Nie ogranicza się do rozpoznania indywidualnych potrzeb i narzucenia rozwiązania, ale stwarza przestrzeń,

⁶ Por. D. Sześciło: *Samoobsługowe państwo dobrobytu*. Wyd. Scholar, Warszawa 2015.

⁷ Por. A. Balasiewicz, R. Błauta, W. Chojnacki: *Słownik pedagogiki pracy i organizacji*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Pułtusk-Warszawa 2014.

do dokonywania oraz różnicowania decyzji i wyborów, związanych np. z wyznawanymi wartościami. Jest blisko związana z indywidualizacją, ale wykracza poza nią.

Praca socjalna – to działalność zawodowa, mająca na celu pomoc osobom, rodzinom i grupom społecznym we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie, poprzez koprodukcję usług społecznych i optymalizację ich dostarczania, dla których podstawą jest współpraca pracownika socjalnego: (1) z osobami, rodzinami oraz grupami korzystającymi z pomocy społecznej oraz (2) z członkami zadaniowych zespołów kooperacyjnych (ZZK), wspieranych bezpośrednio przez pracownika ds. sieci oraz pośrednio przez partnerskie zespoły kooperacyjne (PZK).

Pracownik ds. sieci – może nim być osoba pełniąca funkcje kierownicze w OPS, pracownik socjalny lub inna osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, realizująca zadania ośrodka w procesie tworzenia, prowadzenia i zarządzania partnerskim zespołem kooperacyjnym (PZK).

Projekt socjalny – to metodycznie zaprojektowane i wdrożone działanie celowościowe, ukierunkowane na rozwiązywanie problemów jednostek, rodzin, grup i społeczności oraz ich mobilizowanie na rzecz wzbogacania dobrostanu i zdolności do rozwiązywania problemów. Jest przedsięwzięciem określonym w czasie, tzn. posiada jasno określony terminu rozpoczęcia oraz zakończenia, jest sekwencją kolejno następujących po sobie faz: koncepcyjnej, planowania, realizacji oraz zakończenia⁸. Punktem wyjścia dla projektu socjalnego w Modelu jest zidentyfikowany problem lub stan niezaspokojonej potrzeby osoby, rodziny czy grupy. Projekt socjalny realizowany jest przez zadaniowy zespół kooperacyjny, który określa organizacyjne ramy współpracy. Projekt w swej istocie jest procesem dynamicznym, nastawionym na innowacje, współdziałanie i koprodukcję usług.

Spotkanie konsultacyjne – w Modelu to spotkanie specjalistów zaproszonych przez pracownika socjalnego do współpracy na rzecz i z osobą/rodziną w ramach ZZK, ale odbywające się bez udziału osoby, rodziny/przedstawiciela rodziny.

Tożsamość organizacji (instytucji) – to założenia zewnętrzne i wewnętrzne dotyczące jej funkcjonowania. Elementami budującymi tożsamość są m.in.: definiujące organizację aspekty prawne (własność, akty prawne związane z zakresem działania), system wartości, wiedzy i przekonań o mocnych i słabych stronach, kierunki działań, czyli jej misja i strategia.

Usługi społeczne – to pojęcie, które można rozumieć szeroko i wąsko. Szeroko – to wszystkie działania i administracje, które zajmują się społecznymi potrzebami obywateli, czyli: transfery pieniężne, usługi opieki zdrowotnej, edukacja, osobiste usługi społeczne, usługi opiekuńcze, usługi mieszkaniowe,

⁸ W projekcie socjalnym zorganizowany, określony w harmonogramie ciąg multiprofesjonalnych działań zmierza do osiągnięcia założonych celów, wyrażonych za pomocą konkretnych i mierzalnych rezultatów. W tym celu wykorzystuje się zasoby tkwiące w osobach, rodzinach, grupach, zasoby członków zespołu i instytucji będących partnerami kooperacji, jak również wszystkie inne zasoby pozyskane na czas trwania projektu. Wszystkim uczestnikom zespołu projektowego, partnerom oraz beneficjentom zostają przydzielone szczegółowe zadania oraz określony termin ich realizacji. Projekt socjalny może posiadać wyodrębniony budżet, jeżeli wymaga tego charakter zaproponowanych działań, a podczas jego trwania i po jego zakończeniu dokonuje się monitoringu i ewaluacji.

zatrudnieniowe i wyspecjalizowane usługi dla różnych grup docelowych (dzieci, osoby uzależnione, itp.). Wąsko – to świadczenia w naturze (*in kind*)⁹, które zasadniczo odnoszą się do opieki nad dziećmi, osobami starszymi i niepełnosprawnymi oraz do wyspecjalizowanych usług związanych z profesją pracy socjalnej.

Wsparcie społeczne – to pomoc udzielona komuś tak, aby trudna sytuacja osoby wspieranej stała się dla niej mniej uciążliwa. Oznacza istnienie pozytywnych, opiekuńczych i pomocnych związków z innymi. To współdziałanie z osobą lub rodziną w sytuacji trudnej, problemowej, w celu jej rozwiązania. Istnieje wiele klasyfikacji typów wsparcia. Najczęściej wskazuje się na wsparcie: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe. Wsparcie emocjonalne to pomoc polegająca na przekazaniu emocji podtrzymujących, okazywaniu troski, akcentowaniu pozytywnego stosunku do osoby, która potrzebuje pomocy. Wsparcie informacyjne to przekazywanie potrzebującemu pomocnych wiadomości, informacji, które pozwalają mu lepiej zrozumieć trudną sytuacją życiową, służą poszukiwaniu odpowiedniej strategii i możliwych sposobów rozwiązania problemów. Wsparcie instrumentalne polega na informowaniu o konkretnych sposobach postępowania w danej sytuacji, uczeniu metod działania, natomiast rzeczowe oznacza przekazywanie darów materialnych, świadczenie usług.

Zadaniowy zespół kooperacyjny (ZZK) – to osoby, głównie pracownicy instytucji i podmiotów zaangażowanych we współpracę w ramach PZK, które wspólnie, za zgodą osoby, rodziny podejmują działania w celu poprawy jej sytuacji życiowej i zaspokojenia zdiagnozowanych potrzeb. W spotkaniach ZZK uczestniczy osoba, rodzina lub w szczególnych sytuacjach jej przedstawiciel.

Zasoby – to pojęcie bardzo szerokie, obejmujące wartości osobowe (tzw. zasoby ludzkie), nieosobowe (materialne, finansowe) oraz niematerialne (np. zasoby informacji o kliencie, itp.). Ważność zasobu wynika z jego wielkości i znaczenia – zasób jest ważny, gdy nim dysponujemy lub gdy instytucja nie może bez niego funkcjonować. Kontrola nad zasobami oznacza ich posiadanie lub dostęp do nich, działania na rzecz ich zachowania i pomnażania, a także kontrolę nad ich użyciem przez innych. Zasoby w Modelu to:

- dostępny w instytucji potencjał ludzki, środki materialne, a także wypracowane przy ich użyciu usługi świadczone osobom i rodzinom, w tym usługi społeczne (zasoby instytucji) oraz
- dostępny w środowisku lokalnym potencjał ludzki oraz środki materialne, które mogą mieć znaczenie dla zaspokajania potrzeb osób i rodzin (zasoby środowiska lokalnego).

⁹ Por. R. Szarfenberg: *Polityka społeczna i usługi społeczne*. W: *Polityka społeczna i usługi społeczne*. M. Grewiński, B. Więckowska (red.). WSP TWP, Warszawa 2011, s. 49.

WPROWADZENIE

Potrzeba realizacji Projektu *KOOPERACJE 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin*, wynika z doświadczeń wskazujących, że pomoc osobom i rodzinom będącym w trudnej sytuacji życiowej (wykluczonym lub zagrożonym wykluczeniem społecznym) wymaga często dłuższego procesu interwencji oraz jej wielowymiarowości, rozumianej, jako oddziaływania wielosektorowe i wieloresortowe.

Dotychczasowe działania w tworzeniu kooperacji instytucjonalnej obejmowały jedynie wybrane obszary, np.: aktywności zawodowej, wsparcia rodzin wielodzietnych, rozwój usług reintegracji, rozwój lokalnej przedsiębiorczości społecznej lub wskazanych grup osób i rodzin.

Celem Projektu jest zwiększenie kooperacji oraz poprawa współpracy pomiędzy instytucjami pomocy i integracji społecznej a podmiotami innych polityk sektorowych, istotnych z punktu widzenia włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa. Cel główny zostanie osiągnięty poprzez wypracowanie i testowanie Modelu kooperacji (dalej Model lub Model Kooperacje 3D), który jest przedmiotem niniejszego opracowania.

Wsparcie w ramach Projektu kierowane jest zwłaszcza do: instytucji pomocy i integracji społecznej, rynku pracy, systemu oświaty, jednostek systemu ochrony zdrowia, sądownictwa, policji, itd. Ponadto, w każdej z gmin wsparciem zgodnym z założeniami Modelu wypracowanego w ramach Projektu, objęte zostaną osoby i rodziny, przy czym w zależności od potrzeb, Model umożliwi objęcie wsparciem także grup społecznych.

Założenia i kształt modelu zostały oparte przede wszystkim **na teorii kooperacji** (głównie na koncepcjach wymiany społecznej i zależności od zasobów) **oraz danych empirycznych**, pozyskanych w wyniku spotkań konsultacyjnych w regionach i w trakcie studiów terenowych¹⁰.

O zasadności przyjęcia koncepcji wymiany społecznej i zależności od zasobów, przesądza specyfika funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej oraz działania terenowych pracowników socjalnych. Problemy osób i rodzin ze swej natury mają złożony charakter, co powoduje, że skuteczna pomoc wymaga wykorzystania dostępnych zasobów oraz współpracy wielu lokalnych instytucji polityki społecznej. Koncepcje teoretyczne uzasadniające współzależność klientów, pracowników i instytucji ułatwiają zrozumienie konieczności ich współdziałania, w oparciu o wzajemną wymianę zasobów wiedzy, umiejętności czy środków materialnych, pozostających w ich dyspozycji. Świadomość współzależności i wynikająca z niej potrzeba wymiany dla osiągnięcia celów, powinna prowadzić do

¹⁰ *Diagnoza stanu i oraz warunków i sposobu poprawy wielosektorowej kooperacji na rzecz włączenia społecznego osób i rodzin w gminach miejskich powyżej 20 tys. mieszkańców. Raport końcowy.* Diagnoza realizowana w ramach projektu pn. „KOOPERACJE 3D – model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, Osi priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.5 Skuteczna pomoc społeczna. Openfield Research&Communications, IPC Instytut Badawczy. RCPS w Łodzi, Opole 2018.

porozumienia i kooperacji. Relacje i współpraca między instytucjami i między pracownikami są więc istotnymi warunkami osiągania celów, których realizacja jest trudna lub wręcz niemożliwa samotnie.

Kooperacje 3D to rozwiązanie modelowe, proponowany wzór postępowania oparty na podstawowych cechach nowoczesnego, otwartego społeczeństwa, takich jak: współdecydowanie, dialog, podejmowanie wspólnych działań, odpowiedzialność, tożsamość osób i miejsc, *empowerment* (umacnianie). Filary te zwiększają efektywność działań, z uwzględnieniem podmiotowości osób i rodzin, a także w określonych przypadkach grup społecznych. Uzasadnieniem dla wdrażania i realizacji modelu opartego na kooperacji jest przekonanie o możliwości **optymalnego wykorzystania zróżnicowanych zasobów wsparcia lokalnego oraz potencjału kapitału relacji** (razem można więcej; kooperacyjnie znaczy szybciej, skuteczniej, łatwiej, czasem także taniej).

Model składa się z wzajemnie powiązanych ze sobą elementów, które stanowią kompleksowy i dynamiczny system wsparcia, uwzględniając jednocześnie specyficzne potrzeby osób i rodzin. Oznacza to, że **nie ma jednej ścieżki wsparcia dla wszystkich osób i rodzin**, a poszczególne rodzaje wsparcia są dobierane zarówno do potrzeb, jak i możliwości.

W ramach Modelu Kooperacje 3D możliwe jest realizowanie wsparcia w wąskim lub szerokim zakresie. Np. Model może być zastosowany wyłącznie do kwestii związanych z opieką nad dzieckiem lub szerzej, w związku z działaniami na rzecz rodzin zagrożonych wykluczeniem z powodu ubóstwa, które obejmują też m.in. wsparcie w opiece nad dzieckiem.

Zawartość i rekomendowany sposób korzystania z materiału

W kolejnych częściach materiału znajdziecie Państwo informacje, dotyczące ogólnych założeń Modelu Kooperacje 3D oraz warunków niezbędnych do powołania i działania PZK i ZZK, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści płynących z podjęcia realizacji zadań publicznych w formule kooperacji i z uwzględnieniem zasady koprodukcji usług.

Niemniej ważne jest zapoznanie się z pojęciami, których używamy w materiale. Niektóre z nich są szczególnie istotne dla Modelu. Inne (czasami te same) eksponujemy, ze względu na ich istotny kontekst dla Modelu.

Materiał zawiera narzędzia i załączniki.

Narzędzia to propozycje, ramowe wzory. Czasami będą wymagały modyfikacji, wynikających z lokalnych uwarunkowań, istniejącej infrastruktury społecznej, stanu rozwoju sektora pozarządowego i wielu innych czynników.

Załączniki są uzupełnieniem treści zawartych w Modelu. Poszerzają nieco to, co chcemy rekomendować Państwu, jako podstawowe treści.

1. OGÓLNE ZAŁOŻENIA MODELU KOOPERACJE 3D

1.1. WARUNKI NIEZBĘDNE DO EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA WSPÓŁPRACY (WYNIKI BADAŃ TERENOWYCH)

Wyniki przeprowadzonych badań terenowych¹¹ wskazują, że **efektywny system współpracy powinien być osadzony w środowisku lokalnym**, co korzystnie wpływa m.in. na: szybkość reakcji na zgłoszony problem, większą elastyczność w sposobach finansowania, ograniczenie do minimum biurokracji, większą znajomość kompetencji współpracujących instytucji, bardziej adekwatne do realiów pracy w obszarze pomocy społecznej wykorzystanie przepisów prawa oraz większą dostępność specjalistów. **System musi wykorzystywać doświadczenia praktyków** z pracy w terenie i z bezpośrednich kontaktów z osobą, rodziną korzystającą z pomocy społecznej.

Niezbędne jest kreowanie mechanizmów współpracy (szkolenia dla osób z danego terenu – międzysektorowe i międzyresortowe), przy jednoczesnym budowaniu kultury, opartej na odpowiedzialności za dobro wspólne. **Współpraca powinna być sformalizowana, oparta o standardy**, co na poziomie operacyjnym umożliwi:

- wzmocnienie kompetencji pracowników OPS w zakresie organizacji współpracy, poprzez szkolenia, wspólne spotkania z pracownikami innych sektorów i resortów, konsultacje, wymianę materiałów edukacyjnych, itp.,
- wzmocnienie kompetencji pracowników OPS w zakresie *public relations* i komunikacji (szkolenia),
- zagwarantowanie wsparcia finansowego animatorowi współpracy, większą elastyczność w sposobach jej finansowania, rozumianą, jako dopasowanie do realiów danej jednostki terytorialnej,
- zapewnienie stałości form współpracy, a to umożliwi odejście od myślenia i działania projektowego, incydentalnego.

W świetle przeprowadzonych badań terenowych, **warunkami efektywnej współpracy na poziomie instytucjonalnym i pracowniczym** powinny być:

- przemyślane strategie rozwiązywania problemów społecznych, które mogą być skutecznymi narzędziami budowania współpracy lokalnej,
- przestrzenie do spotkań i dyskusji tworzone na poziomie urzędu miasta czy gminy,
- poznanie kompetencji innych służb oraz specyfiki działań różnych instytucji,
- świadomość korzyści płynących ze współpracy i kosztów jej zaniechania wśród potencjalnych partnerów,
- wprowadzenie osoby pełniącej funkcję „animatora środowiskowego”, który pracuje w środowisku danej instytucji i diagnozuje jej potrzeby oraz możliwości,
- wprowadzenie funkcji trenera, który na konkretnych przykładach pokaże, jak stosować narzędzia różnych instytucji w celu pomocy danym grupom klientów, poszerzając zakres dotychczasowej wiedzy i doświadczeń potencjalnych partnerów;

¹¹Diagnoza stanu oraz warunków i sposobu poprawy wielosektorowej kooperacji..., dz. cyt., s. 110, 128–129, 151, 153–158.

- wprowadzenie zasad i przemyślanych sposobów koordynacji działań, w tym osoby koordynatora lub zmiennych koordynatorów, w zależności od bieżącej koncentracji na wiodącym zadaniu,
- wprowadzenie monitoringu i/lub ewaluacji zarówno efektów działań instytucji, jak i kooperacji w wymiarze międzyinstytucjonalnym,
- atmosfera pomocy i współpracy pomiędzy instytucjami, która powinna być tworzona z udziałem kadry zarządzającej,
- tworzenie wspólnych for, np. zespołu interdyscyplinarnego,
- inwentaryzacja (lokalnie) instytucji, które mogą realizować pomoc w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa. Zakres tej inwentaryzacji powinien zawierać co najmniej: zasoby jakimi dysponują instytucje, czego brakuje w tych instytucjach, co dana instytucja chciałaby pozyskać dla siebie, a z jakich zasobów innych instytucji mogłaby korzystać.

Według pracowników instytucji, nie jest możliwe wskazanie jednego, czy nawet kilku najskuteczniejszych działań wobec ich klientów, ponieważ każda sytuacja i klient jest inny, wymaga odpowiedniego zindywidualizowanego podejścia.

Wyniki badania pozwoliły jednak wyszczególnić **kilka działań, które przekładają się na bardziej efektywną współpracę z osobą i rodziną**. Należą do nich m.in.: monitoring sytuacji klienta i określonego na początku planu działania, konsultowanie planu wsparcia z partnerami, zgodna współpraca pomiędzy instytucjami udzielającymi wsparcia, a nawet samo okazywanie zainteresowania problemami klienta, co daje mu poczucie bezpieczeństwa i zwiększa zaufanie do podmiotów udzielających pomocy. Ponadto stwierdzono, że *„wyznaczenie jednej konkretnej osoby do kontaktu z klientem czyni te kontakty bardziej spersonalizowanymi, sprzyja budowaniu pozytywnej atmosfery współpracy wszystkich stron”¹²*.

1.2. ZAŁOŻENIA I ZASADY MODELU

Model Kooperacje 3D, w ramach budowania i wzmacniania więzi instytucjonalnych i pracowniczych, uwzględnia następujące, podstawowe **obszary wspólnego organizowania wsparcia i pomocy** (obszary kooperacji): pomoc społeczna, edukacja i wychowanie, ochrona zdrowia (w tym rehabilitacja i profilaktyka), praca i zatrudnienie, kultura, sport, rekreacja, sądownictwo, policja, aktywność społeczna, obywatelska i polityczna.

W koncepcji Modelu uwzględnione zostały: rola, wielkość, dostępność i znaczenie zasobów lokalnych, rola instytucji pomocowych z różnych obszarów polityki społecznej, w tym podmiotów niepublicznych, potencjał i zdolność samoregulacji osób i rodzin obejmowanych wsparciem. Efektem interdyscyplinarnego i multifunkcjonalnego spojrzenia jest uwzględnienie różnych typów instytucji i podmiotów, których działania kierunkowane są na wspólny cel. Swoista koalicja ich sił, zasobów ludzkich, z jednoczesnym wykorzystaniem potencjału osób, rodzin, szeroko rozumianej społeczności lokalnej i instytucji, tworzy pole do zmiany i otwartych działań.

¹² Tamże, s. 131.

Model jest dedykowany gminom miejskim powyżej 20 tys. mieszkańców, a wśród jego istotnych założeń można wymienić to, że m.in.:

- uwzględnia specyfikę terytorialną,
- obejmuje instytucje z dwóch poziomów samorządu (gmina i powiat),
- wskazuje rolę animatora zawiązującego partnerstwo (OPS – animator instytucjonalny), a także rolę ROPS (centrala regionalna),
- partnerstwo lokalne działa na kształt zespołu do spraw okresowej oceny sytuacji dziecka, którego funkcjonowanie zostało określone w przepisach ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- zakłada partycypacyjny charakter współpracy „z” i „na rzecz” wsparcia osób i rodzin, oraz aktywne ich włączenie w tworzenie indywidualnych programów pomocowych, przy koordynacji pracownika socjalnego (*case managera*).

Ponadto Model:

- opiera się na zasadzie podmiotowego traktowania osób i rodzin, czyli budowania więzi kooperacyjnych przez instytucje w momencie zgłoszenia się po pomoc osób, rodzin lub uzyskania sygnału od osób z ich środowiska, które uznały potrzebę wsparcia i pomocy oraz zgłosiły ją do instytucji pomocy i integracji społecznej (ośrodków pomocy społecznej),
- zawiera opis współpracy, przepływu informacji, wiedzy, metodykę dochodzenia do planowanego koszyka usług dla osoby lub rodziny,
- zawiera opis tworzenia zindywidualizowanej diagnozy potrzeb osób i rodzin na podstawie wywiadu środowiskowego, z uwzględnieniem całościowego, międzysektorowego, międzyresortowego i międzyorganizacyjnego wsparcia, co w konsekwencji prowadzi do zawarcia kontraktu socjalnego, w którym zostaje wskazane oddziaływanie i możliwości wielu działających w środowisku lokalnym podmiotów,
- wskazuje osoby i rodziny, głównie wieloproblemowe, wobec których – za ich zgodą – stosowana będzie metoda działania kooperacyjnego wraz z narzędziami, przy czym podejmowane działania będą zróżnicowane i dopasowane do potrzeb poszczególnych osób/członków rodziny poprzez zindywidualizowany koszyk usług,
- uwzględnia różne metody pracy socjalnej, w tym środowiskowej oraz przedstawia zastosowanie metody pracy socjalnej w postaci projektu socjalnego,
- opisuje sposób wdrażania zmiany, jej monitorowania i ewaluacji oraz dalsze etapy działań po zaprzestaniu wsparcia,
- opiera się na analizie informacji prezentowanych corocznie w ocenie zasobów pomocy społecznej (OZPS), sporządzanej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej przez samorządy gminne i powiatowe, a także ewentualnych rekomendacji przedstawianych radom gmin i radom powiatów, a także na analizie zasobów innych instytucji, realizujących usługi społeczne wobec tej samej kategorii osób, rodzin,
- opiera się na znajomości rezultatów projektu pt. „Schematom Stop! Wspólne działania instytucji pomocy społecznej i instytucji rynku pracy – pilotaż”, zrealizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL).

Model rozumiany całościowo oparty jest na:

- **zasadzie kooperacji**, która zakłada stworzenie systemu współpracy różnych podmiotów, opartego na partnerstwie kooperacyjnym, tj. takim, w którym cel współdziałania ma charakter złożony i długofalowy, a działania są możliwie zoperacjonalizowane;
- **zasadzie koprodukcji usług społecznych**, która w zakresie dostarczania usług społecznych bazuje na kształtowanej przez instytucje publiczne współpracy z obywatelami, użytkownikami usług i organizacjami społeczeństwa obywatelskiego. Koprodukcja w Modelu traktowana jest jako produkowanie usług społecznych w toku interakcji między ich producentem i ich konsumentem, który także aktywnie uczestniczy w ich produkcji. Koprodukcja usług będzie bazowała na pracy socjalnej oraz współpracy pracowników instytucji, zaangażowanych w działania kooperacyjne w ramach PZK i ZZK i opierała się na zasadzie pomocniczości, która w centrum zainteresowań i uwagi pracowników socjalnych sytuuje zasoby, siły i sprawności osób i rodzin, z którymi podejmują wspólne działania;
- **dążeniu do kompleksowości wsparcia**, które polega na odwołaniu się do holistycznego spojrzenia na osobę i rodzinę. Zaplanowane w Modelu wsparcie uwzględnia najbliższe otoczenie oraz pracowników instytucji, mających kontakt z osobą i rodziną. Odwołuje się do nowoczesnego i profesjonalnego sposobu działania w pomocy społecznej, jakim jest zarządzanie przypadkiem (*case management*), bazującego na współpracy i zaangażowaniu wielu podmiotów, działających w środowisku lokalnym. Środowisko to stanowi obszar wspólnoty, kształtowania się wspólnych więzi społeczności lokalnych w ujęciu mikro i makro, sieć interakcji, źródło zasobów do rozwiązywania problemów społecznych. Obejmuje różne formy pomocy, a podstawową jest wsparcie pracownika socjalnego (*case managera*), który będzie towarzyszył i pomagał w korzystaniu z nich, bazując na tzw. lokalnym koszyku usług. Model obejmuje także metodykę dochodzenia do zróżnicowanego lokalnie oraz spersonalizowanego koszyka usług (indywidualny koszyk usług);
- **pracy na zasobach/koncentracji na potrzebach/zasadzie empowermentu** (umacniania), bowiem podstawą Modelu jest upodmiotowienie osób i rodzin. Oznacza to rozwijanie indywidualnego poczucia kontroli oraz wpływu na życie własne i społeczności lokalnej oraz przywracanie zdolności samoregulacji, zakłóconych sytuacją problemową/kryzysową obszarów i sfer. Zgodnie z koncepcją Modelu, *empowerment* to bazowanie na zasobach i podejście oparte na rozwiązaniach. Celem jest to, by jednostki, grupy, instytucje oraz organizacje i społeczności związane z osobami i rodzinami, jak też same osoby i rodziny, stały się aktywnymi uczestnikami życia społecznego, podejmującymi działania, zmierzające do poprawy zarówno sytuacji własnej, jak i całej wspólnoty. *Empowerment* oznacza także wzmocnienie naturalnych systemów wsparcia oraz pracowników służb społecznych;
- **zasadzie replikowalności**, czyli zaprojektowaniu w Modelu takich założeń i rozwiązań, które będą możliwe do wdrożenia z uwzględnieniem specyfiki warunków lokalnych;
- **zasadzie elastyczności**, która umożliwi adaptacyjność, czyli możliwość dostosowywania zaproponowanych rozwiązań do lokalnych i/lub zmieniających się warunków, specyfiki otoczenia i ewoluujących celów oraz modyfikowanej strategii ich osiągnięcia w pracy socjalnej.

Elastyczność w Modelu przejawia się m.in.:

- w różnorodności form, jakie mogą przyjmować partnerskie zespoły kooperacyjne (np. w zależności od wielkości jednostki samorządu terytorialnego),

- we włączaniu do współpracy, na jej poszczególnych etapach, różnych instytucji, specjalistów, osób z kręgu rodziny,
- w możliwości elastycznego podejścia do zadań przypisanych w Modelu pracownikowi ds. sieci – odrębny etat lub łączenie z innymi zadaniami,
- w możliwości samodzielnej decyzji, w jakim stopniu wykorzystane zostaną zaproponowane w Modelu narzędzia i formy pracy oraz dostosowania ich do potrzeb osób, rodzin czy lokalnych możliwości,
- w możliwości elastycznego doboru metod i narzędzi do ewaluacji, z uwzględnieniem uwarunkowań lokalnych,
- w możliwości zmiany metod i technik współpracy, w zależności od wyników ewaluacji, potrzeb i możliwości osób/rodziny w trakcie współpracy,
- w możliwości pracy w formule ZZK na każdym etapie metodycznego działania, a także wyjścia z niej i powrotu na każdym etapie Modelu na ścieżkę pracy socjalnej w ramach zasobów OPS,
- w możliwości realizacji przez ZZK projektu socjalnego;
- **zasadzie demokratyzacji stosunków pracowniczych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej**, która opiera się na teoretycznych założeniach modelu organizacyjnego Frederica Laloux.

Model ten zakłada trzy istotne zmiany w nowoczesnym zarządzaniu organizacjami:

- dążenie do maksymalizacji bezpośrednich relacji między pracownikami bez: mechanicznego przenoszenia hierarchii instytucjonalnej, bez nadmiernego akcentowania granic pomiędzy instytucjami oraz bez powielania wprost scentralizowanych form zarządzania i kontroli (samozarządzanie). Proponowane w Modelu struktury współdziałania (PZK i ZZK), są pochodną uznania kompetencji osób kooperujących i ich przydatności w odniesieniu do konkretnej sytuacji zaspokajania potrzeb osoby i rodziny, w tym uznania szczególnego znaczenia niesformalizowanych przejawów lokalnej samopomocy (otwartość na samopomoc);
- holistyczne ujęcie zarówno osoby, rodziny, jak i osób profesjonalnie pomagających. Zwłaszcza w tym drugim przypadku, istotne jest odejście od specjalizacji zawodowej, na rzecz wszechstronnego rozwoju osób zaangażowanych we współpracę. To sprzyja niwelowaniu często obserwowanych ostrych podziałów ze względu na specjalizację osób udzielających pomocy i wsparcia. To prowadzi do redukcji złożoności sytuacji osoby czy rodziny i sprzyja zacieraniu granic, pomiędzy poszczególnymi organizacjami lub też w ich ramach. Spojrzenie holistyczne wymaga opracowania efektywnych kanałów i narzędzi komunikacji między pracownikami poszczególnych kooperantów. Podejście holistyczne powinno być wspierane przez dialogiczność, czyli takie prowadzenie działań współpracujących osób, aby mogły one poszerzać sposoby rozumienia, interpretowania i rozwiązywania problemów związanych z różnymi wymiarami kooperacji;
- ewolucyjność celu współpracy, tj. założenie takiego celu, który łatwo zmienić i dostosować do zmieniających się okoliczności. Ewolucyjność celu związana jest ze „wsluchiowaniem się” w potrzeby i elastycznym reagowaniem, aby był on odpowiedzią na faktycznie, stopniowo identyfikowane i zmieniające się potrzeby osób i rodzin, a nie wynikał z funkcjonalnych warunków działania instytucji. W pracy socjalnej tradycyjną metodą, pozwalającą na bardziej otwarte formułowanie celów, jest zawieranie umów o współpracy, czyli szeroko rozumianych kontraktów socjalnych¹³.

¹³ Por. F. Laloux: *Pracować inaczej*. Wyd. Studia Emka, Warszawa 2016.

1.3. KORZYŚCI WSPÓŁPRACY I KOSZTY ZANIECHANIA KOOPERACJI

1.3.1. Korzyści współpracy

Identyfikacja korzyści związanych z podejmowaniem współpracy w oparciu o Model stanowić może praktyczną wskazówkę, dostarczając argumentów zachęcających i przekonujących do współpracy.

Korzyści współpracy istotne dla efektywnego wsparcia osób i rodzin

1. Poszerzenie możliwości diagnostycznych oraz dostępu do informacji istotnych dla zaspokojenia potrzeb osoby lub rodziny, niemożliwych do uzyskania przy samodzielnym działaniu.
2. Oszczędność czasu (szybkie dotarcie do grona ekspertów, konsultantów, doradców).
3. Wypracowanie nowych form pracy socjalnej, której istota polega na poszukiwaniu rozwiązań, służących aktywizacji zasobów znajdujących się w przestrzeniach międzyinstytucjonalnych (poza granicami organizacyjnymi poszczególnych kooperantów).
4. Bardziej atrakcyjna dla odbiorcy (osoby, rodziny) oferta wsparcia ze względu na jej wielosektorowe, holistyczne walory.
5. Poprawa jakości, skuteczności, efektywności i użyteczności świadczonych usług społecznych, zapewnienie ciągłości i kompleksowości ich dostarczania.
6. Racjonalne i optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów i instrumentów wsparcia (efekt synergii).

Korzyści współpracy istotne dla budowania kultury współpracy międzyinstytucjonalnej

1. Większy dostęp do zasobów kooperanta (kontakty, wiedza, doświadczenie, itp.), co przekłada się na bardziej racjonalne i optymalne wykorzystanie dostępnych w środowisku zasobów i instrumentów wsparcia (efekt synergii).
2. Możliwość wspólnego, długofalowego planowania w zakresie wykorzystania oferowanych przez poszczególne instytucje usług społecznych, co przyczyni się do:
 - poprawy ich dostępności,
 - zapewnienia ciągłości ich świadczenia,
 - osiągnięcia efektu większej kompleksowości i optymalizacji wsparcia,
 - zmniejszenia ryzyka dublowania świadczonych usług.
3. Możliwość lepszego zintegrowania i skoordynowania lokalnie działających instytucji wokół wspólnie uzgodnionych celów i działań.
4. Uzyskanie wsparcia mentalnego (*know-how*) – dyskusowanie z partnerami pomysłów, kierunków działania, realizacja projektów.
5. Dostęp do szerokiego wachlarza ekspercko-konsultacyjno-doradczego w ramach PZK, co pozwoli lepiej wykorzystać wiedzę, kontakty i umiejętności poszczególnych kooperantów.
6. Budowanie nowych, dających satysfakcję relacji interpersonalnych.
7. Wzrost wiarygodności kooperujących instytucji.

Korzyści współpracy istotne dla budowania kultury współpracy pomiędzy pracownikami poszczególnych instytucji

1. Większa otwartość na perspektywę osoby czy rodziny korzystającej z pomocy społecznej, co zwiększa szansę realizacji wspólnego celu (osoby, rodziny oraz osób reprezentujących instytucje pomocowe).
2. Możliwość długofalowego podejścia i lepszego zintegrowania wokół wspólnie uzgodnionych celów i ich realizacji.
3. Trafniejsze rozpoznanie potrzeb, oczekiwań osób/rodzin, a przez to poprawa spójności i efektywności działania.
4. Racjonalne i optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów poszczególnych instytucji, w tym osób i rodzin.
5. Zwiększenie efektywności wsparcia i pomocy poprzez zespołowe poszukiwanie sposobów rozwiązania problemu (dyskutowanie z partnerami pomysłów, kierunków działania, realizacja projektów), co zwiększa szanse na wzrost innowacyjności zarówno samego podejścia do problemu, jak i metod jego rozwiązywania.
6. Poszerzenie zasięgu oddziaływania i skrócenie czasu podejmowania decyzji, dotyczących udzielenia wsparcia i jego formy.
7. Lepsza koordynacja działań, która zmniejszy ryzyko ich powielania, przyczyniając się do ograniczenia marnotrawstwa sił, zasobów i środków.
8. Osiągnięcie efektu synergii, który wynika z połączenia sił i zasobów członków ZZK.
9. Zwiększenie dostępu do informacji i różnych sieci współpracy.
10. Dostęp do szerokiego wachlarza ekspercko-konsultacyjno-doradczego w ramach PZK i ZZK, co pozwoli lepiej wykorzystać wiedzę i umiejętności poszczególnych pracowników i oszczędzić czas potrzebny na udzielenie wsparcia.
11. Wzmocnienie potencjału wewnętrznego partnerów, poprzez podnoszenie umiejętności i kompetencji kadr, rozwój zawodowy pracowników, wzmocnienie ich mocnych stron, poszerzanie liczby kontaktów, itd.
12. Budowanie nowych, dających satysfakcję relacji interpersonalnych.
13. Poczucie spełnienia, satysfakcji, osiągnięcia sukcesu, ugruntowanie lub wzrost pewności siebie i wiary we własne możliwości.
14. Budowanie własnego wizerunku jako eksperta, poprzez uruchamianie wielu kanałów i tworzenie kompleksowej oferty pomocy.

Korzyści współpracy istotne dla społeczności lokalnej i budowania kapitału relacji

1. Upowszechnianie koprodukcji, jako nowego podejścia do dostarczania usług społecznych.
2. Budowanie kapitału relacji, który pozwoli na wytworzenie w środowisku kultury opartej na współpracy, zaufaniu i społecznej wrażliwości.
3. Zwiększenie wiarygodności osób i instytucji, co może sprzyjać pozyskiwaniu partnerów i zawiązywaniu kooperacji w innych, istotnych dla realizacji potrzeb społeczności lokalnych obszarach.

1.3.2. Koszty zaniechania

Koszty zaniechania istotne dla efektywnego wsparcia osób i rodzin

1. Rutynowość podejmowanych działań i oferty pomocowej.
2. Mniejsza efektywność w zaspokajaniu potrzeb osób czy rodzin, które potrzebują zasobów wytwarzanych w toku kooperacji.
3. Ograniczenie skuteczności udzielanego wsparcia i pomocy, np. poprzez zwiększone ryzyko:
 - planowania działań, które w założeniu mają pomóc w przewyciężaniu trudnej sytuacji życiowej, a wzajemnie się wykluczają,
 - wystąpienia oferty pomocowej niespójnej w zakresie celów i zadań możliwych do zrealizowania przez osobę/rodzinę,
4. Wydłużony czas udzielania pomocy i wsparcia, spowodowany głównie barierami wewnątrzorganizacyjnymi i ograniczeniem możliwości wspólnego rozpoznania potrzeb i oczekiwań osób/rodzin.
5. Rozproszenie i stagnacja oferty wsparcia, oferowanej przez przedstawicieli poszczególnych instytucji i jej nadmierna biurokratyzacja, a w konsekwencji tworzenie wielu indywidualnych strategii pomocy, co zwiększa prawdopodobieństwo:
 - zniechęcenia osoby, rodziny do współpracy i przewyciężania trudnych sytuacji życiowych,
 - zastosowania przez korzystających z pomocy technik manipulacyjnych.
6. Ryzyko wystąpienia pracy skoncentrowanej na problemie.

Koszty zaniechania istotne dla budowania kultury współpracy międzyinstytucjonalnej

1. Trudności w komunikacji pomiędzy instytucjami.
2. Brak wzajemnej znajomości zadań i kompetencji poszczególnych instytucji.
3. Zamykanie się na perspektywę osób/rodzin, których zindywidualizowane potrzeby stają się sprzeczne, niespójne ze specjalistyczną usługą pojedynczej instytucji, a tym samym często sytuują samą instytucję i korzystających z jej pomocy na torach kolizyjnych, w opozycji do siebie.
4. Samoograniczenie instytucji.

Koszty zaniechania istotne dla budowania kultury współpracy pomiędzy pracownikami poszczególnych instytucji

1. Brak identyfikacji obszarów współpracy oraz osób kompetentnych w poszczególnych instytucjach, znających role i zadania własnej instytucji w odniesieniu do poszczególnych grup problemowych.
2. Samoograniczenie pracowników.
3. Brak współdzielenia odpowiedzialności za wsparcie i pomoc udzielaną osobom i rodzinom w środowisku lokalnym.
4. Brak lub ograniczenie możliwości wspólnych spotkań i pracy na zasobach.
5. Utrudniona wymiana informacji pomiędzy pracownikami poszczególnych instytucji

lub jej całkowity brak.

Koszty zaniechania istotne dla społeczności lokalnej i budowania kapitału relacji

1. Niekompletna lokalna diagnoza stanu współpracy i usług społecznych.
2. Brak instytucjonalnej spójności terytorialnej opartej na wspólnych celach i realizacji wspólnych zadań.
3. Powstanie i utrwalanie się w przestrzeni społecznej systemów zamkniętych na współpracę, które utrudniają testowanie metod koprodukcji usług w relacji z osobami i rodzinami korzystającymi z pomocy społecznej.
4. Ograniczone zaufanie do instytucji, hamujące budowanie kapitału społecznego, w tym kapitału relacji.

2. KONCEPCJA I SCHEMAT MODELU KOOPERACJE 3D

Model Kooperacje 3D obejmuje **trzy poziomy współpracy** (rysunek 1): poziom współpracy instytucjonalnej, pracowniczej oraz poziom współpracy z osobą i rodziną. Pomiędzy poziomami zachodzi sprzężenie zwrotne, zapewniające ciągłość wsparcia.

Rysunek 1. Poziomy współpracy w Modelu Kooperacje 3D



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu

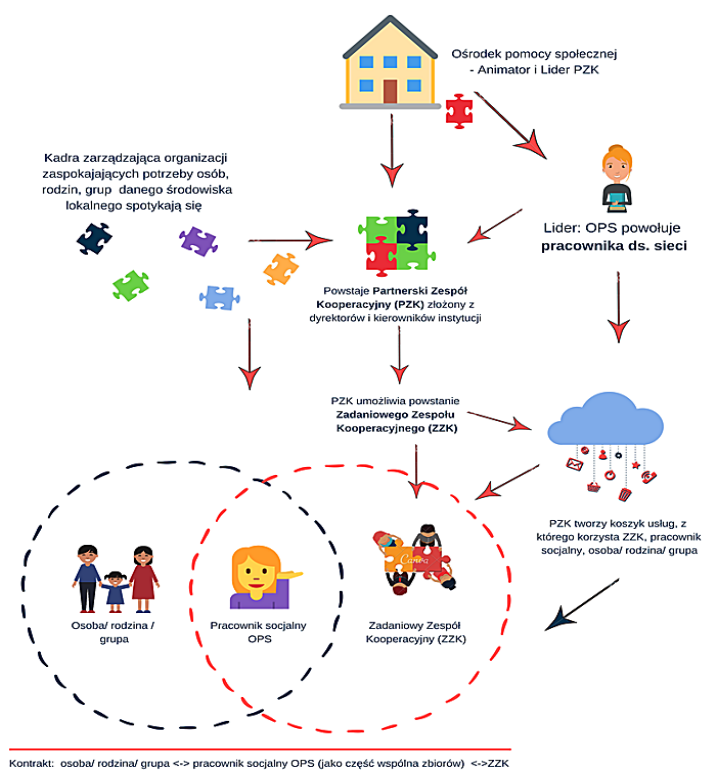
Integralną częścią Modelu są **monitoring oraz ewaluacja**. Analiza możliwości współpracy na każdym poziomie Modelu, dostarczy rekomendacji do działań podejmowanych na poziomie gmin i powiatów w celu skuteczniejszego rozwiązywania problemów społecznych i zaspokajania potrzeb osób, korzystających ze wsparcia instytucji pomocowych.

Model zakłada budowanie kooperacji (współpracy) w oparciu o tworzenie:

- na poziomie instytucjonalnym – **partnerskich zespołów kooperacyjnych (PZK)**,
- na poziomie pracowniczym – **zadaniowych zespołów kooperacyjnych (ZZK)**.

Działania te są podejmowane przy wsparciu **pracownika ds. sieci**, działającego w strukturach ośrodka pomocy społecznej. Sam **OPS pełni rolę animatora instytucjonalnego i lidera PZK**. Ponadto Model przewiduje wypełnianie przez **regionalne ośrodki polityki społecznej funkcji centrali regionalnej**. Relacje pomiędzy poszczególnymi aktorami Modelu zaprezentowano na rysunku 2.

Rysunek 2. Relacje pomiędzy poszczególnymi aktorami Modelu Kooperacji 3D



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

Wprowadzenie Modelu Kooperacji 3D powinno przyczynić się przede wszystkim do zmiany roli osoby, rodziny, grupy w systemie polityki społecznej, zmiany roli pracownika socjalnego OPS oraz do skoordynowania na poziomie lokalnym usług społecznych, z uwzględnieniem naturalnych (nieformalnych) form pomocy i wsparcia. Zakres podstawowych zmian po zastosowaniu Modelu przedstawia rysunek 3.

Rysunek 3. Zakres zmian po wprowadzeniu Modelu Kooperacji 3D

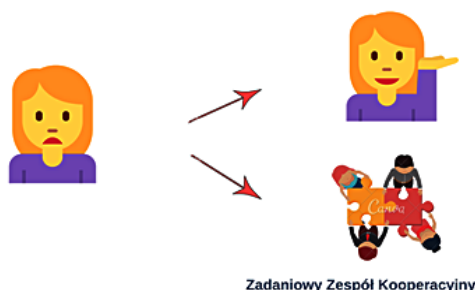
1. Koordynacja usług: z rozproszonych usług różnych organizacji do PZK, który umożliwia skoordynowane i ukierunkowane wsparcie



2. Zmiana roli osoby/ rodziny/ grupy: przestaje być statycznym biorcą usług, pojawia się dynamika, współtworzenie zakresu i formy pomocy/ wsparcia



3. Zmiana roli pracownika socjalnego OPS: z osoby nadmiernie obciążonej obowiązkami, koordynacją usług innych organizacji, itd. w osobę, która jest częścią ZZK, ma ustalony wspólny plan działania, w którym uczestniczą konkretni pracownicy zaproszonych do ZZK instytucji



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

Podsumowując, istotą Modelu jest **mechanizm każdorazowego wzbudzania aktywności kooperacji** zarówno na poziomie instytucjonalnym, jak i pracowniczym. Dzieje się to wówczas, kiedy w środowisku lokalnym zdefiniowana zostaje potrzeba pracy socjalnej opartej na zasobach kooperantów. Tym samym podstawowe znaczenie przypisane jest współpracy osoby/rodziny, objętej pomocą społeczną oraz pracownikowi socjalnemu. Niemniej ważnym jej wyrazem jest budowanie fundamentów współtworzenia usług w środowisku lokalnym, w formie zróżnicowanych przejawów samopomocy.

3. WARUNKI WDRAŻANIA MODELU KOOPERACJE 3D

Implementacja wymaga spełnienia warunków wstępnych przystąpienia danej gminy do realizacji Modelu Kooperacji 3D. Przedstawione poniżej działania realizuje gmina, która wskazuje jednostkę wykonawczą (w Modelu jest to OPS).

Podmiotami angażowanymi w proces implementacji Modelu są w szczególności: ośrodek pomocy społecznej, pracownik ds. sieci, pracownik socjalny oraz regionalny ośrodek polityki społecznej. **Podmiotami, które uczestniczą w procesie realizacji zadań w Modelu** jest: ośrodek pomocy społecznej, partnerski zespół kooperacyjny, pracownik ds. sieci, zadaniowy zespół kooperacyjny, pracownik socjalny oraz osoba/rodzina, jako beneficjenci wsparcia i koproducenci usług społecznych.

3.1. POZIOM INSTYTUCJONALNY – TWORZENIE PARTNERSKICH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

Warunki obligatoryjne:

- a) wstępne rozpoznania zasobów pomocy społecznej, przy wykorzystaniu informacji z oceny zasobów pomocy społecznej (OZPS),
- b) identyfikacja zasobów środowiska lokalnego (poza OPS), istotnych z punktu widzenia realizacji celów i zadań w obszarze włączenia społecznego osób i rodzin, społecznych, z wykorzystaniem informacji z OZPS oraz za pomocą proponowanych narzędzi do oceny zasobów [przykładowe **NARZĘDZIE 1A**: *Narzędzie do badania zasobów. Instytucje kultury – ocena zasobów*; **NARZĘDZIE 1B**: *Narzędzie do badania zasobów. Instytucje rynku pracy – ocena zasobów*],
- c) wykonanie wstępnej oceny współpracy międzyorganizacyjnej, co przyczyni się do zdefiniowania roli własnej OPS w stosunku do instytucji pomocy społecznej, które są wykonawcami decyzji administracyjnych wydawanych przez OPS w imieniu burmistrza czy prezydenta – np. domów pomocy społecznej, środowiskowych domów samopomocy, placówki dla bezdomnych, itp. W szczególności ważne jest ustalenie, w jakim stopniu uwzględniana jest specyfika działalności poszczególnych jednostek przy decyzjach kierujących, czy jest relacja władcza [**NARZĘDZIE 2**: *Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 1*],
- d) przeprowadzenie wstępnej diagnozy wyzwań, oczekiwań, trudności dotyczących współpracy zgłaszanych przez pracowników socjalnych, realizujących pracę socjalną oraz możliwości zaangażowania pracowników innych jednostek do współdziałania na rzecz zaspokajania potrzeb osób i rodzin,
- e) uznanie tożsamości organizacyjnej – specyfiki prawnej i administracyjnej oraz procedur potencjalnych kooperantów,
- f) poinformowanie prezydenta miasta/burmistrza o potrzebie powołania PZK, uzgodnienie warunków inicjatywy i uzyskanie akceptacji.

Warunki fakultatywne:

- dokonanie analizy przykładów „dobrych praktyk” kooperacyjnych, zgłoszonych przez pracowników socjalnych OPS,
- przeprowadzenie oceny współpracy z instytucjami (m.in. ze szkołami, policją, kuratorami sądowymi, służbą zdrowia, instytucjami rynku pracy, organizacjami pozarządowymi, jednostkami pomocy i integracji społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, zatrudnienia socjalnego, itd.) w oparciu o kwestionariusz samooceny [proponowane **NARZĘDZIE 3: Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 2]**,
- zdiagnozowanie charakteru relacji z organizacjami społecznymi i prywatnymi realizującymi usługi społeczne, czasami korzystającymi ze wsparcia finansowego jednostek samorządu terytorialnego (JST), jednak nierealizującymi zadań zleconych przez gminę.

3.2. POZIOM WSPARCIA OSÓB I RODZIN W FORMULE MULTIPROFESJONALNEJ W RAMACH ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

Warunki obligatoryjne:

- a) dokonanie charakterystyki procesów komunikacji wewnętrznej w OPS (więcej informacji w **ZALĄCZNIKU 1**) – pierwszym, naturalnym obszarem kooperacji jest podmiot, w którym pracownik socjalny działa, zaś relacja międzypracownicza jest kluczowa dla powodzenia działań w Modelu. Przekazanie informacji o przyjętym w ośrodku systemie komunikacji wewnętrznej powinno być obligatoryjne, sama forma przekazu przejrzysta a procedura znana każdemu pracownikowi (jest to szczególnie ważne w procesie adaptacji nowych pracowników). Może to wymagać m.in.:
 - stworzenia warunków do kontaktu i wymiany informacji pomiędzy pracownikami tego samego szczebla w ramach godzin pracy (minimalizowanie tzw. *szarej strefy*),
 - wypracowania modelu komunikacji dwustronnej pomiędzy pracownikami niższego i wyższego szczebla. Ograniczy to celowe lub przypadkowe zniekształcenia przesyłanego komunikatu,
 - stworzenia procedury przekazywania przez pracowników informacji o niedrożności lub wadach systemu komunikacji (np. skrzynka e-mail, na którą każdy pracownik będzie mógł wysłać w razie potrzeby zażalenie lub wniosek),
 - poprawy wyposażenia i systemu łączności internetowej,
 - ułatwienia pracownikom dostępu do wewnętrznych i internetowych baz danych;
- b) rozpoznanie zasobów kadrowych i dokonanie doboru pracowników socjalnych do realizacji zadań w oparciu o Model – pracownik socjalny pełni kluczową rolę w Modelu. Jego aktywność obejmuje pracę w środowisku osób, rodzin i grup społecznych – jest współodpowiedzialny za budowanie sieci wsparcia, inicjuje współpracę, angażuje partnerów, daje merytoryczny wkład do współpracy. Jest zaangażowany w pracę od początku wdrażania działań w ramach Modelu w ośrodku. W związku z powyższym, przed kadrą zarządzającą stoi zadanie odpowiedniego doboru pracowników socjalnych spośród kadry pracowniczej i przygotowania ich do realizacji zadań w ramach Modelu (więcej informacji zawarto w **ZALĄCZNIKU 2**);

- c) podjęcie działań informacyjnych i edukacyjnych w ośrodku jest obligatoryjne, zaś forma prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących Modelu dowolna. Mogą to być zarówno spotkania dla kilku bądź kilkunastu osób, jak i szkolenia lub warsztaty, spotkania indywidualne, itp. Niezależnie od przyjętej formy, zakres spotkań informujących i przygotowujących do wdrożenia Modelu powinien obejmować co najmniej następujące zagadnienia:
- podstawowe informacje o Modelu (cele, adresaci Modelu, realizatorzy),
 - główne założenia Modelu (interdyscyplinarność, współpraca partnerska, wykorzystanie zasobów),
 - korzyści wynikające z realizacji Modelu na wszystkich poziomach,
 - rola pracownika socjalnego i OPS we wdrażaniu Modelu, role partnerów w kooperacji,
 - doskonalenie zawodowe kadry (pracowników wyłonionych do wdrożenia działań i innych pracowników współpracujących w obrębie jednego ośrodka) w kontekście inicjowania kooperacji i realizacji zadań w oparciu o Model (więcej informacji zawarto w **ZAŁĄCZNIKU 2**),
 - zasady współpracy w ramach sieci (PZK, ZZK),
 - zasady korzystania i uzupełniania lokalnego koszyka usług – koszyk usług jest wypracowany i aktualizowany na poziomie PZK przez wszystkich kooperantów. Pracownik socjalny w ramach szkolenia lub roboczego zebrania, powinien zostać wyposażony w wiedzę, jak wykorzystać koszyk usług na etapie ustalania planu współpracy, jak dokumentować korzystanie z koszyka, jak komunikować PZK o sugerowanych potrzebach i zmianach w koszyku oraz jakości oferowanych usług i jaką ma rolę w procesie jego aktualizacji. Wiedza ta dla pracownika socjalnego działającego w oparciu o Model jest obligatoryjna, dla pozostałych fakultatywna,
 - warunki techniczno-organizacyjne wdrożenia Modelu,
 - wdrożenie „krok po kroku” (etapy wdrożenia działań w ramach Modelu) – szczególnie w przypadku pracowników zainteresowanych realizacją Modelu: pracowników socjalnych pracujących z rodzinami, specjalistów ds. sieci¹⁴;

Warunki fakultatywne:

- a) opracowanie procedury obiegu informacji i komunikacji, która może być zawarta w regulaminie/zarządzeniu wewnętrznym,
- b) przeprowadzenie analizy intensywności różnych form współpracy wewnętrznej w OPS (wskazówki dotyczące obszarów i form współpracy oraz ich znaczenia dla efektywnego funkcjonowania OPS i pracownika socjalnego w zespole pracowniczym zawarto w **ZAŁĄCZNIKU 3**),
- c) zapewnienie warunków techniczno-organizacyjnych do wdrażania Modelu w OPS, przy czym poziom wsparcia będzie zależny od możliwości finansowo-lokalowych ośrodka. Działania dotyczą dostosowania stanowiska pracy pracownika socjalnego, realizującego zadania w ramach Modelu poprzez:

¹⁴ Praktyczne aspekty wdrażania powinny być stale konsultowane, np. poprzez indywidualny *coaching*, mentoring, tutoring. Dodatkowo, jako wzmocnienie i podniesienie kompetencji pracowników realizujących Model, proponujemy objęcie ich systematycznym wsparciem superwizyjnym, jak również utworzenie możliwości samodoskonalenia się w ramach grup edukacyjnych, zadaniowych, innowacyjnych lub konsultacyjnych.

- wyposażenie bądź doposażenie stanowiska pracy w odpowiedni sprzęt biurowy i teleinformatyczny, tj. biurko, materiały biurowe, sprzęt komputerowy z dostępem do Internetu, mobilny telefon, drukarkę,
 - zorganizowanie pomieszczeń (sal szkoleniowych, sal spotkań ZZK) przystosowanych do spotkań ze specjalistami, innymi osobami współpracującymi, rodziną oraz grupami i zespołami, z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym potrzeb komunikacyjnych (np. zabezpieczenie tłumaczy języka migowego czy dostępu do usługi tłumaczenia online),
 - przygotowanie niezbędnych druków (narzędzi) bezpośrednio wykorzystywanych do realizacji Modelu.
- d) umożliwienie podnoszenia kwalifikacji zawodowych kadry poprzez szkolenia metodyczne (więcej informacji zawarto w **ZAŁĄCZNIKU 2**);

4. POZIOM INSTYTUCJONALNY MODELU KOOPERACJE 3D – TWORZENIE I FUNKCJONOWANIE PARTNERSKICH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

4.1. UZASADNIENIE TWORZENIA PARTNERSKICH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

Jedną z podstawnych barier, która utrudnia zaspokajanie potrzeb osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej, jest brak uzgodnionych, sformalizowanych i stabilnie obecnych w środowisku lokalnym praktyk kooperacyjnych organizacji świadczących usługi społeczne.

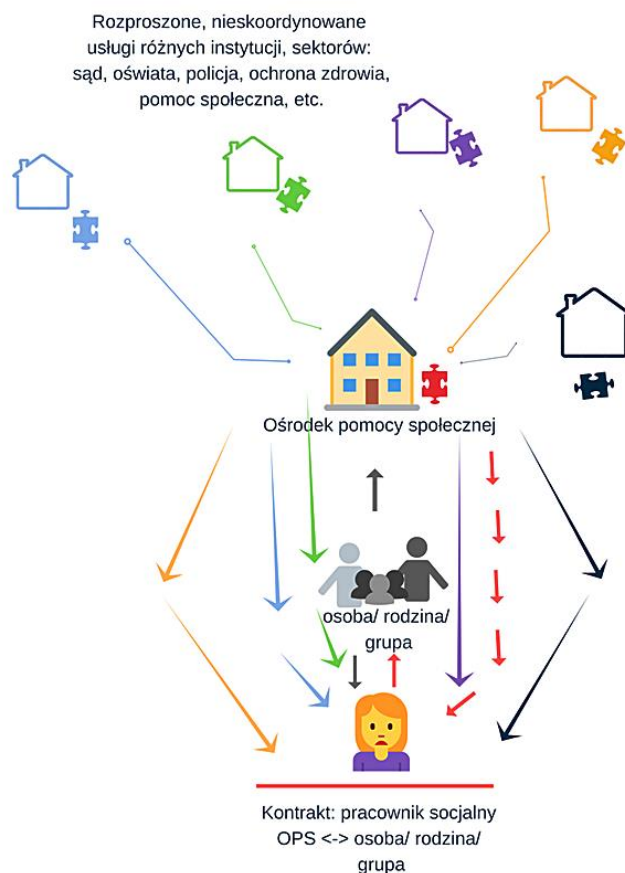
Tym samym pracownik socjalny jest obciążony nie tylko koniecznością poszukiwania właściwej usługi (częstokroć wysoce specjalistycznej), ale również:

- trudem każdorazowego budowania dostępu do instytucji, która ją świadczy,
- rozpoznawaniem warunków korzystania z niej,
- rozpoznawaniem, jakie usługi są już świadczone osobie i rodzinie,
- testowaniem – już w praktyce pomocowej – czy jest ona faktycznie odpowiednia do zdiagnozowanych potrzeb.

Stan ten powoduje, że niektóre usługi społeczne: nie trafiają do potrzebujących, są rozproszone, niedostatecznie skoordynowane, stoją wobec siebie w sprzeczności lub dublują się.

Tym samym nie tylko pomoc społeczna, ale szerszy system instytucji odpowiedzialnych za zaspokajanie potrzeb osób i rodzin w środowisku lokalnym staje się nieefektywny, często rodząc poczucie frustracji wszystkich zaangażowanych stron (rysunek 4).

Rysunek 4. Rozproszenie usług społecznych w środowisku lokalnym.



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

Odpowiedzią na ten stan jest **koncepcja powoływania na poziomie lokalnym partnerskich zespołów kooperacyjnych**. Ich formuła ma na celu podtrzymywanie otwartości poszczególnych partnerów na współpracę oraz wspólne tworzenie lokalnego koszyka usług, który będzie mógł być wykorzystany do zaspokojenia zdiagnozowanych w środowisku lokalnym potrzeb. To także propozycja takiego połączenia i współdziałania instytucji, by pracując na zasobach środowiska, optymalnie, w sposób zaplanowany i skoordynowany wykorzystała ich potencjał i możliwości działania.

4.2. AKTORZY MODELU NA POZIOMIE INSTYTUCJONALNYM

Współpraca na poziomie instytucjonalnym prowadzona jest w ramach **partnerskich zespołów kooperacyjnych (PZK)** przy wsparciu **pracownika ds. sieci**, działającego w strukturach ośrodka pomocy społecznej, przy czym **OPS pełni rolę animatora instytucjonalnego i lidera PZK**. Partnerski zespół kooperacyjny stwarza warunki do inicjowania i działania zadaniowych zespołów kooperacyjnych (ZZK), które są zespołami pracowników podmiotów wchodzących w skład PZK, i w ramach których organizowana jest pomoc i wsparcie osób i rodzin, za ich zgodą i przy ich aktywnym udziale. Ponadto

poziom instytucjonalny uwzględnia rolę **regionalnego ośrodka polityki społecznej**, jako centrali regionalnej.

W trakcie współpracy przedstawiciele podmiotów wchodzących w skład PZK:

- uzgadniają lokalny koszyk usług niezbędnych do zaspokajania potrzeb osób i rodzin. Koszyk obejmuje usługi społeczne dostępne i możliwe do zaoferowania przez kooperantów;
- współtworzą (koprodukcją¹⁵) jakościowo nowe usługi, będące wynikiem fuzji już dotychczas świadczonych, albo połączenia specyficznych i możliwych do użycia zasobów, którymi kooperanci dysponują.

4.2.1. OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ – ANIMATOR I LIDER WSPÓŁPRACY

Ośrodek pomocy społecznej (OPS) w Modelu to animator instytucjonalny – **inicjator zawiązania PZK**. Jest inspiratorem jego powołania, a następnie **pełni w nim rolę lidera**. W celu uzyskania odpowiedniego wsparcia szkoleniowego, organizacyjnego, konsultacyjnego, itp., OPS przekazuje informację o potrzebie zawiązania PZK do regionalnego ośrodka polityki społecznej (ROPS).

Warunkiem koniecznym do zainicjowania utworzenia PZK jest posiadanie przez przedstawiciela animatora instytucjonalnego (OPS) upoważnienia prezydenta miasta/burmistrza do podjęcia tych działań.

NARZĘDZIE 4: Wzór upoważnienia

4.2.1.1. Zadania OPS jako inicjatora PZK

- uzyskanie upoważnienia prezydenta miasta/burmistrza do podejmowania działań, mających na celu powołanie PZK,
- przygotowanie ośrodka do wdrożenia Modelu (warunki obligatoryjne i fakultatywne wdrożenia – strony 24-27 materiału),
- określenie stopnia, poziomu i celowości udziału poszczególnych instytucji w PZK, m.in. poprzez określenie, które z instytucji:
 - są kluczowe, niezbędne we współpracy,
 - będą stale kooperować,
 - będą okazjonalnie współpracować,
 - prowadzą systematyczną diagnozę środowiska lokalnego, obszaru, problemu, potrzeb,
 - oferują usługi społeczne dla osób i rodzin istotne z perspektywy celu kooperacji (diagnoza aktywności lokalnych organizacji),
- zgłoszenie do centrali regionalnej (ROPS) potrzeby wsparcia organizacyjnego, szkoleniowego, konsultacyjnego, itp.,
- zaproszenie potencjalnych partnerów do współpracy i zorganizowanie spotkania inicjującego PZK,
- powołanie PZK.

¹⁵ W obszarze praktyki społecznej współcześnie przyjmuje się pojęcie współtworzenie (*co-creation*) w miejsce koprodukcji.

4.2.1.2. Zadania OPS jako lidera PZK

- koordynowanie pracy PZK, m.in. poprzez:
 - organizowanie procesu wymiany informacji pomiędzy kooperantami,
 - organizowanie obsługi PZK i ZZK, w tym prowadzenie dokumentacji w formie protokołów ze spotkań wraz z ustaleniami,
 - koordynowanie i organizowanie procesu monitorowania i ewaluacji działalności PZK oraz współpracy PZK z ZZK,
 - przygotowywanie, wraz z kooperantami, okresowych planów działania PZK,
 - sporządzanie sprawozdań z okresowych planów działania PZK,
- koordynowanie współpracy OPS z innymi podmiotami, w tym:
 - opracowanie i aktualizacja lokalnego koszyka usług,
 - bieżące identyfikowanie podmiotów oraz będących w ich dyspozycji usług istotnych z punktu widzenia kooperacji na rzecz wsparcia osób i rodzin,
- pełnienie funkcji mediatora i doradcy wobec kooperujących instytucji, w tym organizowanie spotkań służących rozwiązywaniu pojawiających się problemów,

4.2.2. REGIONALNY OŚRODEK POLITYKI SPOŁECZNEJ

Rysunek 5. Rola ROPS w Modelu Kooperacji 3D.



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

3 główne formy wsparcia partnerstw realizowane przez ROPS-y:

- I. **ROPS jako wspierający kulturę organizacyjną**, w tym kulturę organizacyjną instytucji pomocy i integracji społecznej, opartą o wartości wspólnego działania, kooperacji, koprodukcji, partnerstwa (funkcja pośredniego wsparcia współpracy)
- II. **ROPS jako dostawca wsparcia dla lokalnych partnerstw**, zarówno w fazie ich powstawania, jak i w ciągu prowadzenia działalności (funkcja bezpośredniego wsparcia współpracy)
- III. **ROPS jako odbiorca informacji strategicznych, ważnych dla lokalnej polityki społecznej**, a w dalszej perspektywie, możliwych do zwrotnego wykorzystania w działalności lokalnych partnerstw i w organizacji środowisk lokalnych (funkcja wsparcia współpracy o charakterze mieszanym).

W celu uzyskania wsparcia organizacyjnego, szkoleniowego, itp. OPS przekazuje do regionalnego ośrodka polityki społecznej informację o potrzebie wsparcia partnerstwa w określonym obszarze.

ROPS organizuje wsparcie w porozumieniu z OPS, zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami i przy uwzględnieniu możliwości finansowo-organizacyjnych.

Rekomenduje się funkcjonowanie w ROPS stanowiska/stanowisk ds. partnerstw lub współpracy (w rozumieniu funkcji pełnionej przez pracownika/pracowników), poprzez utworzenie stanowiska/stanowisk pracy lub powierzenie dodatkowych obowiązków wyznaczonemu pracownikowi/pracownikom. W szczególności istotne jest, by doradztwo dla lokalnych partnerstw było świadczone przez ROPS

ZADANIA ROPS – ETAP INICJACJI PARTNERSTWA

- a) przygotowanie OPS do wdrożenia Modelu – realizacja działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących Modelu, w tym organizowanie szkoleń i doradztwa dla liderów oraz członków lokalnych partnerstw, w tym pracowników ds. sieci, doskonalących kompetencje istotne w procesie organizowania i realizacji współpracy;
- b) organizowanie mediacji/negocjacji, zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami, w tym z wybranymi instytucjami w celu zainicjowania partnerstwa;
- c) wsparcie doradcze i konsultacyjne dla gmin i powiatów w zakresie zawiązywania partnerstw;
- d) identyfikacja i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie inicjowania partnerstw;
- e) inicjowanie współpracy z instytucjami wojewódzkimi działającymi w obszarze włączenia społecznego, których funkcje będą przydatne w kooperacji.

Uzupełnieniem powyższego katalogu zadań realizowanych w ramach Modelu są inne inicjatywy ROPS podejmowane w toku bieżącej działalności obejmujące w szczególności:

- organizowanie szkoleń, warsztatów, wizyt studyjnych, seminariów i konferencji doskonalących kompetencje kadr;

- promocja sprawdzonych rozwiązań z obszaru współpracy, partnerstwa itp. i uwzględnianie tematów istotnych dla kooperacji w programach szkoleniowych, ale także wykorzystywanie takich źródeł przekazu jak portale internetowe czy wydawnictwa;
- organizowanie praktycznych szkoleń dot. tworzenia lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych, z obligatoryjnymi elementami, takimi jak: współpraca międzysektorowa i międzyresortowa w rozwiązywaniu problemów osób i rodzin, partycypacyjne tworzenie lokalnych strategii społecznych, dobre praktyki z obszaru gminnych, powiatowych strategii rozwiązywania problemów społecznych i strategii wojewódzkich w zakresie polityki społecznej;
- prowadzenie konsultacji dla ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie w toku tworzenia i/lub aktualizacji lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.

ZADANIA ROPS – ETAP DZIAŁANIA PARTNERSTWA

- a) wsparcie i promocja funkcjonujących partnerstw,
- b) doradztwo metodyczne i konsultacje skierowane do członków podmiotów kooperujących w ramach PZK, dla osób zarządzających, kluczowych pracowników socjalnych, pracowników innych instytucji w obszarze:
 - diagnozowania potrzeb i problemów,
 - współpracy z innymi instytucjami w ramach kooperacji, planowania, organizowania i badania efektów pracy w zespole,
 - wspomagania pracowników w rozwiązywaniu problemów metodycznych, rozwijania umiejętności metodycznych w pracy z osobami i rodzinami, wspierania ich rozwoju zawodowego, organizowania lub udziału w realizacji projektów i programów edukacyjnych nastawionych na kształcenie umiejętności kluczowych i interdyscyplinarnych oraz na współpracę instytucji i placówek pomocy społecznej,
 - doboru i adaptacji lub tworzenia narzędzi do wykorzystania w Modelu,
 - propagowanie wiedzy i uczenie umiejętności w zakresie wielosektorowego wsparcia na rzecz osób i rodzin.
- c) podnoszenie kompetencji, wiedzy, umiejętności członków lokalnych partnerstw, w tym szkoleń, seminariów, warsztatów, konferencji i innych, zgodnie ze zdiagnozowanymi/zgłoszonymi potrzebami;
- d) organizowanie superwizji dla lokalnych partnerstw;
- e) organizowanie mediacji/negocjacji dla lokalnych partnerstw, zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami, w tym z wybranymi instytucjami;
- f) identyfikacja i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie funkcjonowania partnerstw.

ZADANIA ROPS – ETAP EWALUACJI

- a) wykorzystywanie informacji z monitoringu i ewaluacji partnerstw do budowy programów szkoleniowych i doradczych;
- b) identyfikacja i upowszechnianie dobrych praktyk w zakresie monitoringu i ewaluacji partnerstw;
- c) wsparcie w zakresie prowadzenia lub organizacji ewaluacji zewnętrznych funkcjonowania partnerstw.

4.2.3. PRACOWNIK DS. SIECI

Pracownikiem ds. sieci może być osoba pełniąca funkcje kierownicze w OPS, pracownik socjalny lub inna osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, realizująca zadania ośrodka w procesie tworzenia, prowadzenia i zarządzania PZK.

Rekomendujemy wprowadzenie do Modelu pracownika ds. sieci poprzez utworzenie stanowiska pracy lub powierzenie tych obowiązków wyznaczonemu pracownikowi.

W przypadku dużej skali działań czy wielości potrzeb organizacyjnych dyrektor/kierownik OPS może powierzyć zadania pracownika ds. sieci kilku pracownikom lub – w miarę dostępnych zasobów – utworzyć nowe stanowisko pracy pracownika ds. sieci. Może to nastąpić w sytuacji, kiedy OPS będzie powoływał kilka PZK (np. ze względu na wielkość gminy lub dedykowanie PZK wybranym kategoriom osób i rodzin – zgodnie z art. 7 u.p.s.).

Zakres zadań pracownika ds. sieci na etapie tworzenia, prowadzenia i zarządzania PZK

Pracownik ds. sieci realizuje zadania OPS w zakresie tworzenia i prowadzenia PZK. Zadania obejmują w szczególności:

- wstępne rozpoznanie potrzeb, skali trudności we współpracy, potencjalnych kooperantów do współpracy,
- animowanie i zawiązywanie PZK,
- prowadzenie działań na rzecz wzmocnienia funkcjonującego PZK,
- poszukiwanie nowych kooperantów do współpracy,
- udział w spotkaniach PZK (m.in. moderowanie spotkań oraz sporządzanie protokołu – z możliwością powierzenia tych obowiązków, w trybie rotacyjnym, przedstawicielom kooperujących w ramach PZK instytucji),
- pozostawanie w stałym, bezpośrednim kontakcie z osobami decyzyjnymi (upoważnionymi przez członków PZK do podejmowania decyzji),
- doradztwo z zakresu budowania, funkcjonowania i rozwoju PZK.

Rola łącznika między PZK i ZZK

Zadania obejmują w szczególności:

- prowadzenie ewidencji ZZK działających w ramach danego PZK – na podstawie danych przekazywanych przez pracownika socjalnego, który informuje o potrzebie powołania zadaniowego zespołu kooperacyjnego (ZZK). Pracownik ds. sieci przekazuje ewidencję do OPS i PZK. W przypadku funkcjonowania kilku pracowników realizujących zadania pracownika ds. sieci, dyrektor/kierownik OPS wskazuje osobę prowadzącą ewidencję dla danego PZK;

- aktualizację lokalnego koszyka usług lub uzupełnienie składu PZK, w tym:
 - zgłaszanie w imieniu pracowników socjalnych do PZK lub do OPS wniosku o aktualizację lokalnego koszyka usług wraz ze wskazaniem jej zakresu i treści (np. uruchamianie nowych zasobów, uzupełnienie zasobów będących w dyspozycji kooperanta PZK a nie wykazanych w koszyku) lub o uzupełnienie składu PZK,
 - uzupełnianie lokalnego koszyka usług o usługi zgłaszane przez pracownika socjalnego, realizowane np. w sąsiedztwie¹⁶ lub mające charakter samopomocowy;
- podtrzymywanie stałych relacji pomiędzy PZK a ZZK, ze szczególnym uwzględnieniem istotnych dla współpracy zasobów, potrzeb oraz pojawiających się problemów;
- informowanie członków PZK o zgłoszonej przez pracownika socjalnego odmowie nawiązania współpracy przez pracownika instytucji wchodzącej w skład PZK.

Zadania pracownika ds. sieci w stosunku do ZZK

Zadania obejmują w szczególności:

- zapewnienie bieżących konsultacji dla pracowników socjalnych, realizujących działania w ramach ZZK oraz zgłaszanie potrzeby zapewnienia superwizji pracy socjalnej,
- podejmowanie działań, mających na celu udzielenie pracownikowi socjalnemu pomocy w dostępie do potrzebnych usług zwłaszcza w sytuacji, gdy te nie są oferowane w lokalnym koszyku usług (np. są oferowane, ale przez instytucję, która nie jest członkiem PZK; są oferowane tylko w sąsiedztwie; są w dyspozycji kooperanta PZK, ale nie zostały uwzględnione w koszyku).
- zachęcanie osób współpracujących w ramach ZZK do podejmowania dodatkowych inicjatyw, ukierunkowanych na wspólne rozwiązywanie lokalnych problemów społecznych.

4.2.4. ZADANIA POWIATU I POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

PCPR jest partnerem strategicznym przy tworzeniu PZK. OPS, jako lider PZK, współpracuje z PCPR m.in. w obszarze diagnozowania usług specjalistycznych świadczonych na obszarze powiatu.

Zadania powiatu w Modelu Kooperacji 3D obejmują m.in.:

- włączenie specjalistów z powiatu w struktury PZK i ZZK,
- udostępnienie zasobów/baz danych, które będą znaczące dla pracy zespołów i mogą zasilić lokalny koszyk usług,
- ułatwianie dostępu do instytucji powiatowych działających w obszarze włączenia społecznego, których funkcje będą przydatne w kooperacji.

¹⁶ To usługi oferowane przez instytucje działające w środowisku lokalnym, w tym na terenie innych jednostek samorządu terytorialnego, które mogą być przydatne dla organizowania skutecznej pomocy dla osób i rodzin.

Rola PCPR w Modelu obejmuje m.in.:

- przygotowanie diagnozy zasobów i potrzeb danego środowiska lokalnego,
- udział w pracach PZK i ZZK,
- udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach oraz możliwościach korzystania z lokalnego koszyka usług,
- udostępnienie usług PCPR, jako kooperanta strategicznego, zwłaszcza w zakresie pieczy zastępczej, rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz interwencji kryzysowej,
- doradztwo metodyczne dla kierowników i pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z terenu powiatu, w uzgodnieniu z gminami.

4.2.5. PARTNERSKI ZESPÓŁ KOOPERACYJNY (PZK)

Partnerski zespół kooperacyjny (PZK) to sformalizowane, międzysektorowe, międzyresortowe i międzyorganizacyjne partnerstwo (przymierze, sojusz) działających w środowisku lokalnym instytucji, istotnych dla realizacji działań na rzecz wsparcia osób i rodzin. Udział w partnerstwie wynika z woli współpracy poszczególnych kooperantów.

Każda z instytucji tworzących PZK wnosi do niego swoje zasoby, wspólnie ponosi ryzyko związane ze współpracą i dzieli się korzyściami, wynikającymi z osiągnięcia zarówno celów partnerstwa, jak i celów poszczególnych kooperantów, przy czym zaangażowanie i skala korzyści są zmienne i równoważą się w czasie.

Podstawą powołania PZK jest wielostronna **deklaracja przystąpienia do PZK (NARZĘDZIE 8: Deklaracja przystąpienia do PZK - wzór)**, złożona i podpisana przez **osoby zarządzające instytucjami** działającymi na poziomie lokalnym, istotnymi z perspektywy włączenia społecznego. PZK działa w oparciu o zaakceptowany przez kooperantów **Ramowy Regulamin PZK (NARZĘDZIE 9: Ramowy Regulamin PZK - wzór)**.

W **skład PZK** wchodzi przedstawiciele z podstawowych obszarów kooperacji: pomocy społecznej, policji, sądownictwa, ochrony zdrowia, wychowania, edukacji, pracy i zatrudnienia, kultury, sportu, rekreacji, aktywności społecznej, obywatelskiej i politycznej, **reprezentowani przez dyrektorów, kierowników, naczelników lub prezesów poszczególnych instytucji** lub osoby przez nich upoważnione w zakresie podejmowania decyzji w obszarze współpracy (w tym decyzji dotyczących zasad i warunków udostępniania zasobów własnych na potrzeby wsparcia osób i rodzin). W PZK powinny znaleźć się instytucje reprezentujące różne sektory i resorty tak, aby realizować współpracę w jej trzech wymiarach: międzysektorowym, międzyresortowym i międzyorganizacyjnym.

PZK tworzy warunki dla funkcjonowania zadaniowych zespołów kooperacyjnych. ZZK to zespoły pracowników instytucji wchodzących w skład PZK, powoływane w związku ze zdiagnozowanymi potrzebami udzielenia wsparcia konkretnej osobie lub rodzinie, co związane jest:

- z wielością, różnorodnością zdiagnozowanych przez pracownika socjalnego niezaspokojonych potrzeb osoby lub rodziny,
- ze zdiagnozowanymi potrzebami pracy na zasobach środowiska lokalnego, do którego osoba lub rodzina oraz pracownik socjalny nie mają dostępu,
- z utrudnionym dostępem do zasobów niezbędnych do zaspokojenia potrzeb konkretnych osób lub rodzin.

Celem głównym PZK jest takie zintegrowanie działań podmiotów funkcjonujących w danym środowisku lokalnym, aby te współpracowały w celu osiągnięcia maksymalnie efektywnego wsparcia osób i rodzin przy dostępnych zasobach tego środowiska. **Cele szczegółowe i zadania PZK** przedstawiono poniżej.

Cel szczegółowy PZK	Zadania
Zawiązanie i koordynowanie współpracy instytucji reprezentujących podstawowe obszary kooperacyjne	<ul style="list-style-type: none"> – inicjowanie i pobudzanie do współpracy, – ustalenie zasad i procedur współpracy, – ustalenie zasad przepływu informacji, – ustalenie zakresu współpracy na poziomie instytucjonalnym, w tym określenie uprawnień pracowników instytucji wchodzących w skład PZK, – inicjowanie i realizacja partnerskich przedsięwzięć lub działań w zakresie wsparcia osób i rodzin, w tym realizacja programów i projektów.
Stworzenie warunków do inicjowania i działania ZZK	<ul style="list-style-type: none"> – umożliwianie prowadzenia prac w ZZK, poprzez wyznaczenie pracowników poszczególnych instytucji do współpracy w ramach ZZK, – ustalenie zasad dostępu do usług społecznych (lokalny koszyk usług) niezbędnych ZZK do zaspokojenia potrzeb osób i rodzin, – ustalenie zasad komunikacji między PZK i ZZK.
Podnoszenie poziomu wiedzy członków PZK i ZZK	<ul style="list-style-type: none"> – prowadzenie działań konsultacyjnych dla członków ZZK, – informowanie o możliwościach i zasadach korzystania z usług na rzecz wsparcia osób i rodzin w środowisku lokalnym, – okresowa diagnoza zasobów i potrzeb danego środowiska lokalnego, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • identyfikowanie potrzeb osób i rodzin, • analiza zasobów i opracowanie lokalnego koszyka usług (w tym zadeklarowanie uprawnień i możliwości), a także jego aktualizacja.
Podnoszenie jakości i skuteczności kooperacji w zakresie wsparcia osób i rodzin	<ul style="list-style-type: none"> – monitoring – ewaluacja

Współpraca w ramach PZK wymaga m.in.: uzgodnienia podzielanych przez partnerów kooperacji wartości, zasad i celów, które będą stanowiły jej podstawę, znajomości kultury organizacyjnej, logiki działania, celów i misji, uprzedzeń i oczekiwań związanych ze współpracą wszystkich kooperujących instytucji, uwzględnienia propozycji partnerów w zakresie współpracy oraz określania jej warunków, wyposażenia osób reprezentujących partnerów w uprawnienia do podejmowania decyzji, w tym zarządzania zasobami ludzkimi oraz innymi zasobami instytucji. Współpraca powinna **opierać się na budowaniu bezpośrednich relacji** zorientowanych na współpracę, **w oparciu o wspólnie ustalone zasady** (należy przedyskutować je we wstępnej fazie funkcjonowania PZK). Poniżej wskazujemy te, które można zaliczyć do najistotniejszych:

- dotyczące partnerstwa – zasada podmiotowości¹⁷, poszanowania autonomii partnerów, otwartości na oczekiwania i sugestie partnerów, znajomości i poszanowania tożsamości organizacyjnej¹⁸ partnerów,
- dotyczące współpracy – zasada współodpowiedzialności, uzgadniania celów, uzgadniania podziału prac¹⁹, dbałości o jakość współpracy, zaufania i przyjaznej atmosfery,
- dotyczące podejmowanych wspólnie działań – zasada pomocniczości, kompleksowości, interdyscyplinarności działań.

4.3. TWORZENIE I FUNKCJONOWANIE PARTNERSKIEGO ZESPOŁU KOOPERACYJNEGO

Zainicjowanie współpracy w ramach partnerskiego zespołu kooperacyjnego wymaga od gminy spełnienia warunków wstępnych.

Warunki wstępne (obligatoryjne i fakultatywne) wdrożenia Modelu Kooperacje 3D wraz ze wskazaniem zakresu koniecznych do podjęcia działań znajdują się na stronach 24-27 materiału.

Przypominamy, że warunkiem koniecznym do zainicjowania utworzenia PZK jest posiadanie przez przedstawiciela animatora instytucjonalnego (OPS) upoważnienia prezydenta miasta/burmistrza do podjęcia tych działań (**NARZĘDZIE 4: Wzór upoważnienia**).

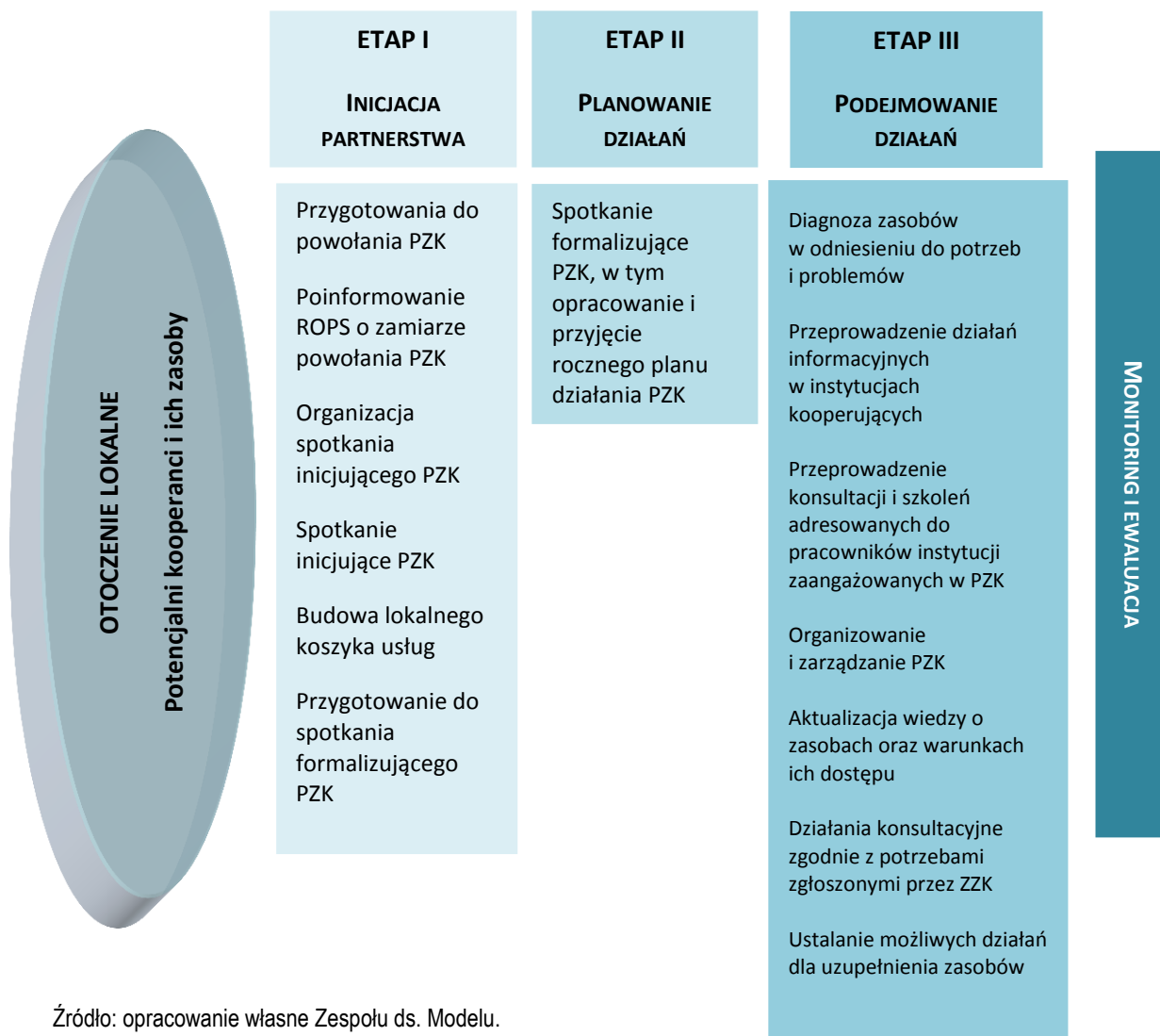
Proces powołania i funkcjonowania PZK przedstawia rysunek 6.

¹⁷ Nienarzucanie swojego zdania ani gotowych rozwiązań. Kooperanci wspólnie proponują zakres współpracy, określają jej warunki, itp.

¹⁸ Wiąże się m.in. ze znajomością tożsamości organizacyjnej, poznaniem motywacji partnerów, określeniem przez nich oczekiwań dotyczących korzyści wynikających ze współpracy, poznaniem specyfiki funkcjonowania, obszaru działalności, wielkości instytucji partnerskiej, zidentyfikowaniem dostępnych zasobów.

¹⁹ Powinna dotyczyć m.in.: podziału ról i zadań pomiędzy kooperantów i określenia zobowiązań każdej ze stron.

Rysunek 6. Powołanie i funkcjonowanie partnerskich zespołów kooperacyjnych (PZK)



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

Poniżej opisano działania, które należy podjąć na poszczególnych etapach powoływania i funkcjonowania partnerskich zespołów kooperacyjnych.

ETAP I INICJACJA PARTNERSTWA

Realizacja poniższych działań możliwa jest po uzyskaniu akceptacji prezydenta miasta/burmistrza

Przygotowania do powołania PZK

- **OPS** (animator instytucjonalny) **identyfikuje zasoby środowiska lokalnego** (poza OPS), **istotne z punktu widzenia realizacji celów i zadań w obszarze włączenia społecznego** osób i rodzin. W tym celu korzysta z informacji pochodzących z OZPS. Może wykorzystać także proponowane narzędzia do oceny zasobów [przykładowe **NARZĘDZIE 1A**: *Narzędzie do badania zasobów instytucje kultury – ocena zasobów*; **NARZĘDZIE 1B**: *Narzędzie do badania zasobów instytucje rynku pracy – ocena zasobów*]. Ponadto może **przeprowadzić ocenę współpracy z instytucjami** (m.in. ze szkołami, policją, kuratorami sądowymi, służbą zdrowia, instytucjami rynku pracy, organizacjami pozarządowymi, jednostkami pomocy i integracji społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, zatrudnienia socjalnego, itd.) **w oparciu o kwestionariusz samooceny** [proponowane **NARZĘDZIE 3**: *Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 2*]. Uzyskuje tym samym informacje, dotyczące różnych form współpracy wykorzystywanych przez pracowników OPS i ich częstotliwości. Identyfikuje także istotnych dla siebie kooperantów.
- Następnie **sporządza katalog instytucji**, z którymi współpraca jest podejmowana oraz tych, które są istotne z punktu widzenia działań na rzecz wsparcia osób i rodzin, a z którymi dotychczas nie współpracowano lub współpraca nie jest obecnie prowadzona.
- **Przeprowadza analizę zgłaszanych przez pracowników socjalnych problemów, dotyczących współpracy** w obszarze włączenia społecznego.

Poinformowanie ROPS o zamiarze powołania PZK

- Zgłoszenie zamiaru powołania PZK do ROPS wiąże się z **możliwością uzyskania wsparcia** organizacyjnego, szkoleniowego, konsultacyjnego, itp.
- Zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami i przy uwzględnieniu możliwości finansowo-organizacyjnych oraz zasobów kadrowych, ROPS realizuje uzgodnione z OPS działania.
- **WAŻNE!** Możliwość uzyskania wsparcia istnieje na każdym etapie inicjowania i działania PZK.

Organizacja spotkania inicjującego PZK

- OPS podejmuje **działania w celu zaproszenia przedstawicieli kadry zarządzającej istotnych dla współpracy instytucji do tworzenia PZK.**
- Na tym etapie zaproszenie dotyczy przede wszystkim **udziału w spotkaniu inicjującym powołanie PZK.**

Spotkanie inicjujące PZK

- OPS **organizuje spotkanie inicjujące powołanie PZK.** Rekomendujemy **NARZĘDZIE 5: Scenariusz spotkania inicjującego PZK.**
- W trakcie spotkania przedstawione zostają m.in. **cele utworzenia PZK oraz korzyści i koszty zaniachania** podjęcia współpracy.
- OPS (kierownik OPS) proponuje **dokonanie przez obecnych na spotkaniu przedstawicieli instytucji oceny współpracy z OPS.** W tym celu można wykorzystać **NARZĘDZIE 6: Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników kooperantów w ramach PZK.**
- **W celu utworzenia lokalnego koszyka usług** kierownik OPS prosi, by obecni na spotkaniu przedstawiciele instytucji zadeklarowali zasoby i usługi, które można wykorzystać w ramach działania PZK. Rekomendowane **NARZĘDZIA 7A-H: Karta usług kooperanta** (przykładowe wersje).
- Następnie kierownik OPS przedstawia **propozycję Deklaracji przystąpienia do PZK i Ramowego Regulaminu PZK.** Rekomendowane **NARZĘDZIE 8: Deklaracja przystąpienia do PZK - wzór** i **NARZĘDZIE 9: Ramowy Regulamin PZK - wzór.** Rekomendacje do zawartości Ramowego Regulaminu PZK znajdują się w ramce na *stronie 42.*
- Na zakończenie spotkania wyznacza **termin przekazania do OPS (w formie elektronicznej) wypełnionych Kart oraz uwag do projektów: Deklaracji przystąpienia do PZK i Ramowego Regulaminu PZK.** Termin powinien uwzględniać czas, potrzebny na dokonanie zmian w zaproponowanych projektach dokumentów oraz stworzenie lokalnego koszyka usług tak, aby te były gotowe do prezentacji na spotkaniu formalizującym PZK.
- Kooperanci powinni zostać poinformowani o potrzebie wyznaczenia u siebie osób koordynujących, które będą realizowały ich zadania w ramach PZK.

Budowa lokalnego koszyka usług

- Po otrzymaniu wypełnionych *Kart usług kooperanta* OPS **przystępuje do budowy lokalnego koszyka usług.**
- **Metodyka budowania lokalnego koszyka usług** została opisana na s. 52-53 materiału.

Przygotowanie do spotkania formalizującego PZK

- OPS podejmuje działania w celu **zaproszenia na posiedzenie formalizujące PZK** kluczowych przedstawicieli instytucji, które zadeklarowały zasoby i usługi na potrzeby PZK.
- Istotne jest, aby **przedstawiciele instytucji uczestniczący w spotkaniu, byli upoważnieni do podpisania Deklaracji przystąpienia do PZK.** W sytuacji braku możliwości udziału w spotkaniu przedstawiciela instytucji upoważnionego do podpisania deklaracji, OPS organizuje jej podpisanie w uzgodnieniu z poszczególnymi instytucjami.

Ramowy Regulamin PZK

Istotne dla współpracy uzgodnienia w treści regulaminu powinny obejmować m.in.:

- uzgodnienie wspólnego celu/celów PZK,
- określenie:
 - ram organizacyjnych,
 - kanałów i zakresu wymiany informacji (strategia komunikacji – Co, komu, w jaki sposób, jak często przekazujemy?),
 - kanałów i zakresu wymiany wiedzy,
 - przebiegu procesu decyzyjnego,
 - zasad monitoringu i ewaluacji współpracy w ramach PZK.

NARZĘDZIE 9: *Ramowy Regulamin PZK - wzór*

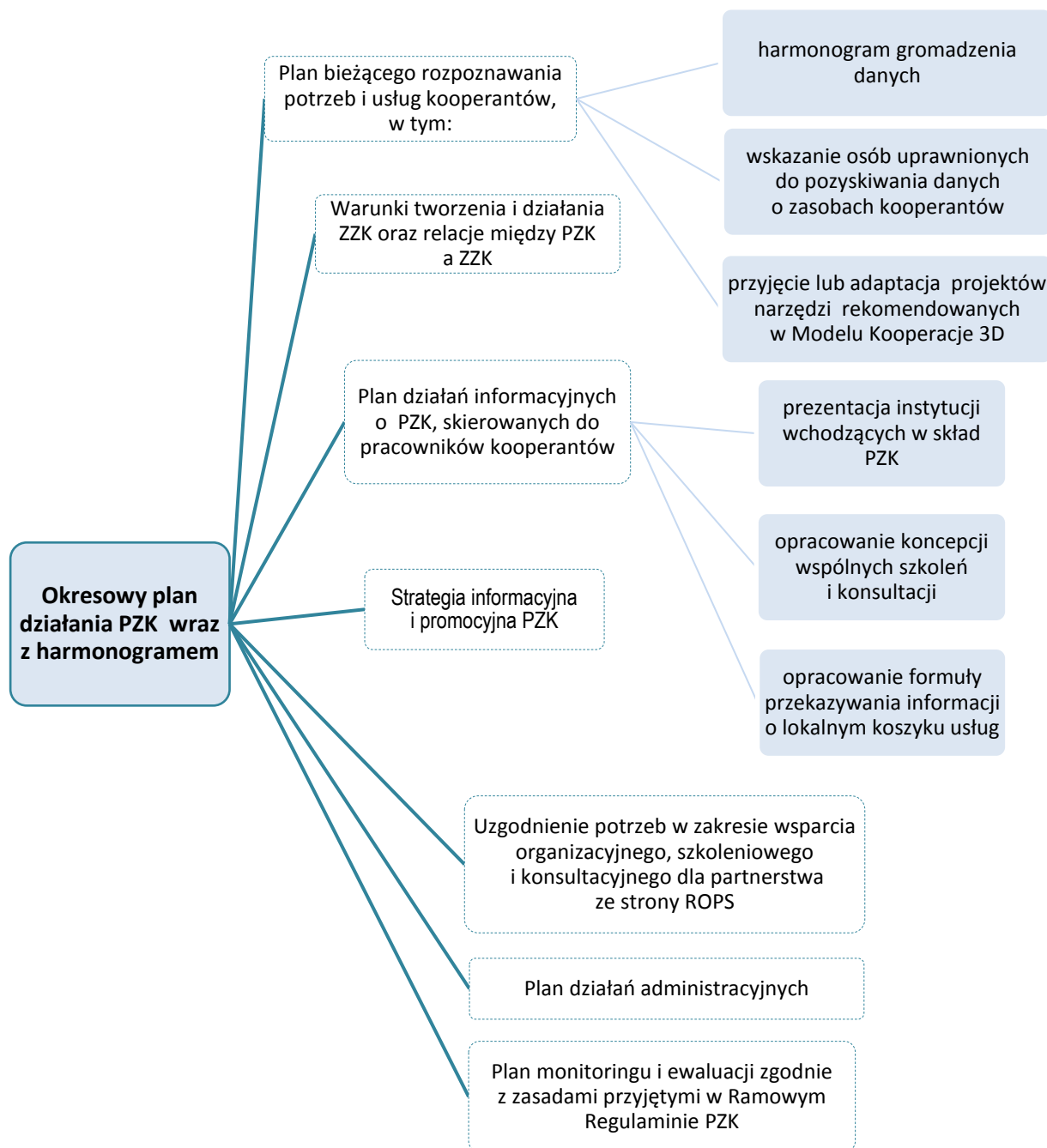
ETAP II PLANOWANIE DZIAŁAŃ

Etap ten rozpoczyna się **spotkaniem formalizującym działalność PZK** [rekomendowane **NARZĘDZIE 10: Scenariusz spotkania formalizującego PZK**]. W trakcie spotkania następuje m.in.: podpisanie *Deklaracji o przystąpieniu do PZK*, przyjęcie *Ramowego Regulaminu PZK* oraz prezentacja lokalnego koszyka usług.

Zawiązanie partnerstwa następuje poprzez złożenie i podpisanie *Deklaracji o przystąpieniu do PZK* oraz akceptację *Ramowego Regulaminu PZK*.
Wiąże się także z potwierdzeniem udostępnienia zadeklarowanych na potrzeby PZK zasobów (w *Karcie usług kooperanta*), będących podstawą utworzenia lokalnego koszyka usług.

Rekomendujemy, by po zakończeniu części spotkania formalizującego działalność PZK, obecni na spotkaniu kooperanci przystąpili do prac nad **opracowaniem i przyjęciem okresowego planu działania PZK wraz z harmonogramem**. Prace te mogą być kontynuowane w razie potrzeby na kolejnym spotkaniu. Poniżej przedstawiamy zakres ustaleń, który powinien uwzględniać okresowy plan działania PZK (rysunek 7).

Rysunek 7. Okresowy plan działań PZK



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

Przyjęcie przez PZK okresowego planu działania PZK odbywa się w drodze uzgodnienia. Rekomendujemy, by projekty okresowych planów działania PZK były przygotowywane wspólnie przez partnerów PZK i przyjmowane w ustalonym przez członków PZK terminie.

Istotnym aspektem tworzenia i funkcjonowania PZK jest promocja i budowanie pozytywnego wizerunku, np. poprzez:

- poinformowanie o powstaniu PZK na stronach internetowych gminy, OPS i kooperantów, zorganizowanie briefingu, itp.,
- promocja PZK,
- zorganizowanie konferencji edukacyjnej, która przybliży ideę kooperacji i umożliwi prezentację członków PZK,
- informowanie o PZK na spotkaniach, konferencjach, szkoleniach organizowanych przez członków PZK,
- wręczenie dokumentu potwierdzającego udział w PZK, podpisanego przez prezydenta miasta/burmistrza.

ETAP III PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ

Organizacja kolejnych spotkań PZK może odbywać się zgodnie ze scenariuszem, zaproponowanym w **NARZĘDZIU 12: Scenariusz spotkania (kolejnego spotkania) PZK**.

Etap podejmowania działań przez PZK wiąże się m.in. z:

- przeprowadzaniem diagnozy zasobów w odniesieniu do problemów i potrzeb – zgodnie z przyjętym planem,
- ustalaniem możliwych działań dla uzupełnienia zasobów, przez co rozumie się analizę stanu prawnego, możliwości finansowych i organizacyjnych oraz potrzebę zgłoszenia wprowadzenia zmian w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych,
- aktualizowaniem wiedzy o zasobach (lokalny koszyk usług) oraz warunkach dostępu do nich, na podstawie wniosków wyciągniętych z dotychczasowej współpracy i zgłaszanych potrzeb,
- przeprowadzaniem działań informacyjnych w instytucjach kooperujących – zgodnie z przyjętym planem,
- przeprowadzaniem działań informacyjnych i promocyjnych PZK w środowisku lokalnym – zgodnie z przyjętym planem,
- przeprowadzaniem w środowisku lokalnym konsultacji i szkoleń adresowanych do pracowników instytucji zaangażowanych w PZK (lider partnerstwa),
- realizowaniem działań konsultacyjnych, zgodnie z potrzebami zgłaszanymi przez ZZK,
- organizowaniem i zarządzaniem PZK,
- bieżącym monitorowaniem działań PZK oraz ewaluacją współpracy w ramach PZK oraz pomiędzy PZK a ZZK.

Rekomendujemy, by **sprawozdanie z okresowego planu działania** było przygotowywane przez lidera partnerstwa (OPS) we współpracy z kooperantami.

MONITORING I EWALUACJA

MONITORING PZK

Monitoring efektów współpracy odbywa się na bieżąco, co pozwala skorygować odchylenia od stanu uzgodnionego lub docelowego. Jego prowadzenie konieczne jest na wszystkich etapach funkcjonowania PZK.

Monitoring obejmuje trzy obszary:

- integracja organizacji,
- tworzenie warunków do inicjowania i działania ZZK,
- wpływ działalności PZK na pracę z osobą, rodziną.

Poniżej opisujemy przedmiot i zakres monitoringu oraz źródła danych, które są podstawą gromadzenia informacji przydatnych również w procesie ewaluacji (np. do budowy wskaźników ewaluacyjnych).

Przedmiot monitoringu	Zakres monitoringu	Źródła danych
Skład i zasoby PZK	<ul style="list-style-type: none"> – Ile i jakie instytucje przystąpiły do PZK (z jakich resortów i sektorów). – Ile i jakie instytucje nie przystąpiły do PZK z grona zapraszanych. – Problemy dotyczące współpracy zgłoszone przez ZZK. – Potrzeby zgłoszone przez ZZK w zakresie uzupełnienia składu PZK. – Usługi udostępnione przez PZK. 	<ul style="list-style-type: none"> – Baza danych członków PZK opracowana i aktualizowana w oparciu o deklaracje przystąpienia do PZK. – Ewidencja liczby i rodzaju zaproszeń do uczestnictwa w PZK. – Lokalny koszyk usług opracowany w oparciu o Karty usług kooperantów.
Działalność PZK	<ul style="list-style-type: none"> – Zgodność realizacji działań z planem okresowym (w tym z harmonogramem). – Stopień osiągnięcia zaplanowanych wskaźników (jeśli dotyczy). – Częstotliwość i regularność spotkań PZK. – Frekwencja na spotkaniach PZK. 	<ul style="list-style-type: none"> – Protokoły z posiedzeń PZK. – Kwartalne sprawozdania z działań PZK (w tym, tematyka spotkań PZK, analizowane problemy współpracy, rozwiązane problemy współpracy, problemy czekające na rozwiązanie).

Komunikacja i promocja PZK	<ul style="list-style-type: none">– Liczba, charakter i zasięg działań informacyjno-promocyjnych.– Liczba i charakter uczestnictwa w działaniach zewnętrznych (np. konferencje, seminaria, spotkania).	Sprawozdania kwartalne
Kompetencje członków PZK i ZZK	<ul style="list-style-type: none">– Liczba i zakres tematyczny szkoleń, w których uczestniczyli członkowie PZK.– Liczba i zakres tematyczny szkoleń zrealizowanych przez PZK dla ZZK.– Liczba i zakres doradztwa i konsultacji udzielanych przez członków PZK dla ZZK.	Sprawozdania kwartalne

Rekomendujemy, aby monitoring był uzupełniany o:

- informacje o ZZK działających w ramach danego PZK,
- zgłoszone przez pracownika ds. sieci wnioski dotyczące potrzeby:
 - uzupełnienia składu PZK i liczby zrealizowanych przez PZK wniosków,
 - uzupełnienia lokalnego koszyka usług i liczby zrealizowanych przez PZK wniosków/przyczyny negatywnego rozstrzygnięcia,
- liczbę konsultacji dla ZZK zrealizowanych przez pracownika ds. sieci,
- liczbę zgłoszonych przez pracownika ds. sieci problemów/konfliktów, wymagających interwencji/mediacji członków PZK oraz liczbę spraw rozwiązanych.

EWALUACJA PZK

Przedmiot, podmiot i techniki ewaluacji współpracy oraz działań podejmowanych w ramach PZK powinny zostać określone na początku współpracy w Ramowym Regulaminie PZK. Przyjęte zasady i terminy ewaluacji powinny być przestrzegane.

Podstawowe założenia ewaluacji PZK

Wskazujemy pięć podstawowych założeń ewaluacji PZK.

1. Ocenie podlega stopień osiągnięcia celu głównego oraz celów szczegółowych działalności PZK

Cel główny ewaluacji działalności PZK to ocena stopnia integracji działań instytucji funkcjonujących w danym środowisku lokalnym i jej wpływu na skuteczność wsparcia osób i rodzin, w tym dostępność do zasobów danego środowiska.

Cele szczegółowe ewaluacji działalności PZK to ocena:

- stopnia integracji instytucji wchodzących w skład PZK w wymiarze międzysektorowym, międzyresortowym i międzyorganizacyjnym,
- warunków stworzonych do inicjowania i działania ZZK,
- wpływu działalności PZK na pracę z osobą, rodziną prowadzoną na poziomie ZZK (ułatwienia w dostępie do zasobów – kadr, usług, świadczeń, instytucji).

2. Do oceny działalności wykorzystywane są w pierwszej kolejności dane uzyskane z monitoringu PZK zbierane w kolejnych okresach jego funkcjonowania

Ich porównywanie w kolejnych punktach pomiaru ewaluacyjnego, pozwoli na zebranie materiału odzwierciedlającego dynamikę zachodzących zmian. **Dane gromadzone w monitoringu** (sprawozdania, sporządzone protokoły, gotowe zestawienia, itp.), powinny stanowić **jedno z kluczowych źródeł informacji ewaluacyjnych**.

3. Ostatecznym testem stopnia realizacji celów PZK jest rezultat ewaluacji ZZK

Wyprzedzająca ewaluacja ZZK ma kluczowe znaczenie dla ewaluacji PZK. Ewaluacja działalności PZK następuje po uprzednim przeprowadzeniu ewaluacji ZZK, które są rdzeniem Modelu Kooperacji 3D. Rzetelna analiza danych z monitoringu i ewaluacji ZZK, obejmująca między innymi ewaluację przeprowadzoną z osobą i rodziną korzystającą z pomocy społecznej, jest elementem weryfikującym działalność PZK.

Wyniki ewaluacji przeprowadzonej z poziomu ZZK uwzględniane są w budowie, korekcie, uszczegóławianiu narzędzi badawczych, które zastosowane będą do ewaluacji PZK

4. Optymalnym rozwiązaniem jest ewaluacja zewnętrzna działalności PZK

Podmiotem odpowiedzialnym za ewaluację jest OPS (lider PZK), który odpowiada za jej zaplanowanie i przeprowadzenie – od zbudowania koncepcji, poprzez wybór wykonawcy, aż do opracowania wniosków i uzgodnienia rekomendacji z badania.

Nie należy wykluczać ewaluacji prowadzonej przy wykorzystaniu sił własnych PZK, jednakże **rozważyć należy możliwość zlecenia jej specjalistycznemu podmiotowi zewnętrznemu** (niezależnemu od realizatora ewaluowanego przedsięwzięcia)²⁰.

Nie można powiedzieć, że jeden rodzaj ewaluacji jest lepszy od drugiego. Każdy z nich służy innym celom, ma swoje mocne i słabe strony, jednakże ze względu na konieczność uzyskania niezależnych opinii i realizację ewaluacji przez profesjonalistów, wskazane jest umiejscowienie podmiotu realizującego ewaluację poza liderem Partnerstwa i samym PZK.

Możliwe jest zlecenie ewaluacji wyspecjalizowanemu podmiotowi w oparciu o przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych (tryb do wyboru, w zależności od lokalnych rozstrzygnięć i sytuacji zastanej – planu zamówień publicznych, rozstrzygnięć prawnych, itp.) lub w oparciu o ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (otwarty konkurs ofert).

5. Rekomendujemy, by ROPS organizował pomoc konsultacyjną, dotyczącą planowania i realizacji ewaluacji PZK

Niezależnie od wybranego trybu wylaniania wykonawcy ewaluacji, ROPS, na wniosek lidera Partnerstwa (OPS/pracownika ds. sieci), w ramach swojej funkcji „dostawcy wsparcia dla lokalnych partnerstw zarówno w fazie ich powstawania, jak i na etapie prowadzenia działalności” (funkcja bezpośredniego wsparcia współpracy), konsultuje założenia ewaluacji/koncepcję ewaluacji/szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (SOPZ) – w zależności od zgłoszonych potrzeb i sformułowanych oczekiwań. W tym celu OPS uzgadnia z ROPS odpowiedni termin i inne, istotne kwestie.

Ograniczenia, jakie potencjalnie mogą się pojawić przy realizacji ewaluacji, np. brak dogłębnej znajomości instytucji i jej działań, ryzyko formułowania nietrafnych zaleceń, powinny zostać skompensowane właśnie poprzez tego rodzaju współdziałanie ROPS z OPS na etapie planowania ewaluacji.

ROPS wypełniając funkcje wspierające samorządu województwa, może także świadczyć wsparcie przy analizie danych z ewaluacji oraz być jej realizatorem, po odpowiednich uzgodnieniach.

²⁰ Zaleca się ewaluację zewnętrzną, zleconą jako zamówienie publiczne lub w przypadku braku środków w planie finansowym, jako ewaluację realizowaną siłami własnymi OPS, przy czym rekomendujemy wsparcie ze strony ROPS.

Kryteria ewaluacji

Ewaluacja opiera się na **dwóch głównych kryteriach ewaluacyjnych**: „użyteczności” i „skuteczności”.

Kryterium	Opis kryterium	Rodzaj/etap ewaluacji
Skuteczność	<p>Kryterium skuteczności daje możliwość oceny całości rzeczywistych efektów wywołanych przez interwencję.</p> <p>Dzięki niemu możemy ocenić:</p> <ul style="list-style-type: none">– stopień realizacji zakładanych celów – Co osiągnięto? Czy osiągnięto to, co zaplanowano?– skuteczność użytych metod,– występowanie czynników zewnętrznych, mających wpływ na ostateczne efekty. <p>Ma przynieść odpowiedź na pytanie:</p> <ul style="list-style-type: none">– Czy działalność PZK prowadzi do założonych celów?– Jakie zmiany zaszły w stosunku do założeń i dlaczego?– W jakim stopniu osiągnięto zakładane rezultaty? Których z nich nie udało się uzyskać i dlaczego?	Bieżąca/końcowa
Użyteczność	<p>Kryterium użyteczności ma przynieść odpowiedzi na pytania:</p> <ul style="list-style-type: none">– Czy i w jakim stopniu działalność PZK była przydatna dla ich odbiorców – ZZK, a tym samym dla osób i rodzin objętych ich oddziaływaniem?– Które elementy były najbardziej przydatne, a które najmniej i dlaczego?	Końcowa

Koncepcja ewaluacji PZK

Ogólna koncepcja ewaluacji zakłada jej przeprowadzanie w oparciu o zaproponowany **katalog pytań ewaluacyjnych**, który należy dostosować do lokalnych potrzeb i specyfiki PZK. Katalog pytań ewaluacyjnych jest zamieszczony w **NARZĘDZIU 13: Ewaluacja partnerskich zespołów kooperacyjnych – pytania ewaluacyjne**, które zostało pogrupowane na cztery bloki: rozwój i funkcjonowanie PZK, integracja organizacji, tworzenie warunków do inicjowania i działania ZZK oraz wpływ działalności PZK na pracę z osobą, rodziną.

Katalog jest równocześnie matrycą narzędzi badawczych, co oznacza, że pytania mogą być wykorzystane jako:

- dyspozycje do wywiadu swobodnego (konieczność scalenia pytań na bardziej ogólny poziom),

- scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (konieczność scalenia pytań na bardziej ogólny poziom),
- zagadnienia do budowy kwestionariusza ankiety (konieczność uszczegółowienia pytań).

Naczelną zasadą przeprowadzania ewaluacji powinna być **triangulacja stosowanych metod**, która pozwala na uzyskanie maksimum interesujących danych przy optymalnym wysiłku.

Rekomendujemy, aby **do oceny zmian w formach współpracy między instytucjami wchodzącymi w skład PZK** w terminach prowadzonej ewaluacji stosować **NARZĘDZIE 3: Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 2** oraz **NARZĘDZIE 6: Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników kooperantów w ramach PZK**.

Ewaluację działalności PZK rozpoczyna swobodna rozmowa (wywiad swobodny) z pracownikiem ds. sieci

Charakterystyczne dla takiego wywiadu jest to, że pytania nie są skategoryzowane, lecz badacz lub ankieter posługuje się dyspozycjami do wywiadu, czyli luźno sformułowanymi problemami, które szeroko omawia z respondentem. W wywiadzie swobodnym nie jest istotna kolejność zadawania pytań, lecz aranżowanie sytuacji zbliżonej do naturalnej rozmowy.

Uczestnicy ewaluacji (respondenci) oraz metody i techniki pracy ewaluacyjnej

1. Pracownik ds. sieci (metody jakościowe, rekomendowany wywiad swobodny).
2. Członkowie PZK, pracownik ds. sieci, JOPS, członkowie ZZK (metody uwzględniające lokalne uwarunkowania, zogniskowany wywiad grupowy/spotkanie ewaluacyjne/ankieta, np. internetowa).
3. Pracownik ds. sieci, członkowie PZK, członkowie ZZK – (panel ekspercki w celu wypracowania rekomendacji z badania).

Czynności konieczne do sporządzenia raportu ewaluacyjnego

Poniżej, w formie tabelarycznej, prezentujemy czynności konieczne do wykonania w poszczególnych fazach działalności PZK, niezbędne do zgromadzenia danych do **raportu ewaluacyjnego**.

Faza działalności PZK	Czynności do wykonania	
	monitoring	ewaluacja
Faza inicjowania PZK	<ul style="list-style-type: none"> – Analiza „Ocena zasobów pomocy społecznej” danej gminy. – Wypełnienie NARZĘDZIA 3: <i>Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 2.</i> – Wypełnienie NARZĘDZIA 6: <i>Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników kooperantów w ramach PZK.</i> – Sporządzenie lokalnego koszyka usług NARZĘDZIA 11: <i>Lokalny koszyk usług w formacie Excel w oparciu o NARZĘDZIA 7A-H: Karta usług kooperanta (przykładowe wersje).</i> 	-----
Faza działalności PZK	<ul style="list-style-type: none"> – Powtórne wypełnienie NARZĘDZIA 3: <i>Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 2.</i> – Powtórne wypełnienie NARZĘDZIA 6: <i>Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników kooperantów w ramach PZK.</i> – Aktualizacja lokalnego koszyka usług NARZĘDZIE 11: <i>Lokalny koszyk usług w formacie Excel w oparciu o NARZĘDZIA 7A-H: Karta usług kooperanta (przykładowe wersje).</i> 	-----

<p>Faza podsumowywania działalności PZK w danym roku</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ponowne wypełnienie NARZĘDZIA 3: Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej. Cz. 2. – Ponowne wypełnienie NARZĘDZIA 6: Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników kooperantów w ramach PZK. – Analiza protokołów z posiedzeń PZK. – Analiza kwartalnych sprawozdań z działań PZK. – Analiza bazy danych członków PZK. – Analiza ewidencji liczby i rodzaju zaproszeń do uczestnictwa w PZK. – Analiza lokalnego koszyka usług w oparciu NARZĘDZIE 11: Lokalny koszyk usług w formacie Excel w oparciu o NARZĘDZIA 7A-H: Karta usług kooperanta (przykładowe wersje). 	<ul style="list-style-type: none"> – Dane wywołane²¹. Respondent – pracownik ds. sieci (metody jakościowe; rekomendowany wywiad swobodny). – Dane wywołane. Respondenci – członkowie PZK, pracownik ds. sieci, JOPS, członkowie ZZK (metody uwzględniające lokalne uwarunkowania, zogniskowany wywiad grupowy/spotkanie ewaluacyjne/ankieta, np. internetowa). – Dane wywołane. Respondenci – pracownik ds. sieci, członkowie PZK, członkowie ZZK (panel ekspercki w celu wypracowania rekomendacji).
---	--	---

Sposoby udostępniania wyników ewaluacji

1. Wśród instytucji zaangażowanych w działalność PZK:

- przygotowanie i rozpowszechnienie pisemnego raportu ewaluacyjnego, podsumowującego wyniki ewaluacji. Raport przekazywany jest w pełnym brzmieniu wszystkim członkom PZK;
- na spotkaniu PZK omówienie wszystkich informacji z ewaluacji, które wskazują na trafność przyjętych rozwiązań oraz te, które wskazują na konieczność korekty przyjętej praktyki działania;
- dyskusja nad wynikami ewaluacji oraz propozycje korekty programu działań PZK;
- opracowanie programu korygującego działalność PZK, z uwzględnieniem jego celów;
- przekazanie wyników ewaluacji PZK oraz informacji o przyjętych korektach w działaniu pracownikom instytucji zaangażowanym w ZZK;
- opracowanie informacji o rezultatach współpracy w ramach Modelu Kooperacji 3D, zwłaszcza tych pozytywnych, oraz informacji o ewentualnych korektach w działalności PZK.

²¹ Rekomendowany czas realizacji ewaluacji z wykorzystaniem danych wywołanych (raz do roku), czyni tak zaplanowaną ewaluację de facto ewaluacją ciągłą (*on-going*).

2. **Wśród instytucji niewchodzących w skład PZK** – przekazanie opracowań w formie pisemnej instytucjom, których przedstawiciele, mimo zaproszeń, nie przystąpili do PZK – metoda dobrych praktyk.
3. **Wśród społeczności lokalnej** – opracowanie „dobrych praktyk” i zaprezentowanie ich w lokalnych mediach elektronicznych, prasie, na stronach internetowych partnerów.

Przy planowaniu ewaluacji należy stosować zasadę elastyczności

Planując ewaluację ważne jest, aby każdorazowo brać pod uwagę realia, czyli lokalne uwarunkowania, mające wpływ na koncepcję ewaluacji i wybór sposobu jej przeprowadzenia, w tym przykładowo:

- istotna jest liczba utworzonych w gminie PZK i ilość instytucji, zaangażowanych w ich działalność. Np. przy wielu (kilkudziesięciu) kooperujących instytucjach, zastosowanie jakościowych metod i technik ewaluacji może być trudne. Wtedy do rozważenia pozostaje wybór metod i narzędzi jakościowych (np. ankieta rozsyłana) lub realizacja np. wywiadów indywidualnych z „próbką” członków PZK wg określonych lokalnie celowych kryteriów doboru respondentów;
- należy wziąć pod uwagę możliwości finansowe, czyli budżet, jakim dysponujemy lub możemy przeznaczyć na przeprowadzenie ewaluacji;
- warto zadać sobie pytanie, jaką kadrą, którą możemy zaangażować w działania ewaluacyjne dysponujemy – czy mamy komu powierzyć nadzór nad ewaluacją i jej koordynację? Jak wiele czasu wyznaczony pracownik może przeznaczyć na ewaluację? Czy i w jakim zakresie ROPS może zaangażować się w ewaluację? Czy w OPS/gminie funkcjonuje komórka ds. zamówień publicznych, która pomoże nam w przeprowadzeniu procedury wyłonienia wyspecjalizowanego realizatora ewaluacji?

W zależności od zasobów, jakimi dysponujemy, do rozważenia może pozostawać również wybór pomiędzy ewaluacją wewnętrzną (autoewaluacją) a ewaluacją zewnętrzną.

Ostatecznym testem użyteczności, skuteczności Modelu, w tym skuteczności działalności PZK, będą **analizy przypadków osób i rodzin objętych pośrednim oddziaływaniem PZK** – wnioskowanie co do przyczyn i rezultatów przebiegu wsparcia.

4.4. METODYKA BUDOWANIA LOKALNEGO KOSZYKA USŁUG

Lokalny koszyk usług obejmuje usługi oferowane osobom i rodzinom przez poszczególne, kooperujące na poziomie lokalnym instytucje, szczególnie te, które tworzą PZK.

Metodyka dochodzenia do lokalnego koszyka usług obejmuje następujące czynności:

1. rozpoznanie usług i zasobów możliwych do zaoferowania przez kooperantów,
2. zintegrowanie uzyskanych danych,
3. upowszechnienie informacji o usługach i zasobach składających się na lokalny koszyk usług,
4. uzupełnienie koszyka o usługi świadczone w sąsiedztwie²².
5. aktualizacja lokalnego koszyka usług.

Rozpoznanie usług i zasobów możliwych do zaoferowania przez partnerów

1. **Kooperanci deklarują, zgodnie z możliwościami, usługi społeczne**, które mogą świadczyć, i które są przydatne we wspieraniu osób i rodzin, a także zasady dostępu do nich.
2. Do zbierania danych proponujemy odpowiednie wersje **NARZĘDZIA 7A-H: Karta Usług Kooperanta (przykładowe wersje)**²³. Zaproponowane narzędzia pozwalają poszczególnym instytucjom na dokonanie autoprezentacji realizowanych usług społecznych. Jednocześnie gromadzenie danych w sposób uporządkowany, pozwala na zdiagnozowanie obszarów, w których dostęp do usług jest ograniczony, czasami reglamentowany lub też usługa nie jest świadczona.
3. **Proces gromadzenia danych organizuje OPS** (kierownik OPS, pracownik ds. sieci). Podjęte działania powinny uwzględniać skalę przedsięwzięcia oraz czas konieczny do ich zgromadzenia.
4. **Na spotkaniu inicjującym powołanie PZK:**
 - potencjalnym kooperantom zostaje przekazana informacja o planowanym gromadzeniu danych,
 - kierownik OPS prosi o wypełnienie *Karty usług kooperanta* i wyznacza termin przekazania Kart do OPS (w formie elektronicznej).

Zintegrowanie uzyskanych danych

1. W uzgodnionym terminie (przed spotkaniem formalizującym PZK) **instytucje przekazują do OPS** wypełnione przez siebie *Karty usług kooperanta*.
2. **OPS scala otrzymane informacje** o zasobach i usługach, budując w ten sposób **lokalny koszyk usług**.
3. Koszyk powinien zostać zaprezentowany na spotkaniu formalizującym PZK.
4. Do tworzenia koszyka rekomendujemy **NARZĘDZIE 11: Lokalny koszyk usług w formacie Excel**.

²² Rozumiane, jako wszelkie przejawy pomocy, podejmowane zarówno w ramach organizacji, jak i te nieformalne, wykorzystujące zasoby bezpośredniego środowiska lokalnego – rodzina, sąsiedzi, grupy nieformalne, samopomocowe.

²³ Katalog proponowanych narzędzi można w zależności od sytuacji poszerzyć o usługi oferowane np. przez podmioty ekonomii społecznej i usług reintegracyjnych (KIS, CIS, ZAZ, WTZ, spółdzielnie socjalne, itp.), instytucje kultury, rekreacji i sportu, kościoły i związki wyznaniowe, służbę więzienną, kuratorską służbę sądową, itp.

Upowszechnienie informacji o usługach i zasobach składających się na lokalny koszyk usług

1. **Pracownicy socjalni OPS oraz pracownicy współpracujących instytucji**, którzy są zaangażowani w prace w ramach PZK i mogą być zaangażowani we współpracę w ramach ZZK, są **informowani o utworzeniu lokalnego koszyka usług oraz o zasadach dostępu dodanych, korzystania z nich i aktualizacji**. Obowiązek poinformowania spoczywa na kadrze zarządzającej instytucji tworzących PZK.
2. Gromadzone w formie lokalnego koszyka usług dane, są **udostępniane w wersji elektronicznej wszystkim instytucjom współpracującym w PZK**.
3. **Każdy pracownik socjalny OPS oraz pracownicy współpracujących instytucji** zaangażowani w prace PZK i ZZK mają **stały dostęp do lokalnego koszyka usług**.
4. Udostępnianie lokalnego koszyka usług u kooperantów może odbywać się np. w formie banku danych intranetowych.

Uzupełnienie koszyka o usługi świadczone w sąsiedztwie

1. Oprócz usług oferowanych przez instytucji wchodzące w skład PZK, istotne jest także uzyskanie, w miarę możliwości, informacji **o usługach oferowanych przez instytucje działające w środowisku lokalnym, w tym na terenie innych jednostek samorządu terytorialnego**, które mogą być przydatne dla organizowania skutecznej pomocy dla osób i rodzin (usługi realizowane w sąsiedztwie).
2. **Zgłoszenie** do lidera partnerstwa (OPS) **wniosku o włączenie** do lokalnego koszyka usług realizowanych w sąsiedztwie **może nastąpić za pośrednictwem instytucji współpracujących w ramach PZK, za pośrednictwem członków ZZK albo za pośrednictwem pracownika ds. sieci**.
3. Rekomendujemy, aby lokalny koszyk **usług był także uzupełniany o usługi samopomocowe**. Ich identyfikacja jest domeną pracownika ds. sieci oraz członków ZZK, w tym szczególnie pracownika socjalnego.

Aktualizacja lokalnego koszyka usług

1. Aktualizacja powinna być rozumiana m.in., jako:
 - usuwanie usług nierealizowanych, np. w wyniku zmiany przepisów prawa,
 - uwzględnianie realizacji nowych usług oferowanych przez kooperantów, np. w wyniku zmiany przepisów prawa, w związku ze zgłoszonymi potrzebami, itp.,
 - uwzględnianie nowych usług realizowanych w sąsiedztwie lub samopomocowych.
2. **Aktualizacji dokonuje lider partnerstwa (OPS)** niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu zmian.
3. Aktualizacja i weryfikacja odbywa się **na zasadach ustalonych przez PZK**.
4. Rekomendujemy, by *Ramowy Regulamin PZK* określał terminy aktualizacji danych – nie rzadziej niż raz na rok oraz na bieżąco, w przypadku uruchomienia usługi wcześniej nierealizowanej lub zaprzestania jej świadczenia.

Opis możliwych sposobów i okoliczności wykorzystania lokalnego koszyka usług znajduje się na s. 83-85 materiału

5. POZIOM WSPARCIA OSÓB I RODZIN W FORMULE MULTIPROFESJONALNEJ W RAMACH ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

5.1. UZASADNIENIE TWORZENIA ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

Podstawowym celem Modelu na omawianym poziomie jest zaspokojenie potrzeb osób, rodzin, grup społecznych poprzez włączenie ich w sieć współpracy, opartą o zidentyfikowane zasoby własne oraz społeczności lokalnej, przy wykorzystaniu podejścia *empowerment*. Ma to służyć poprawie dostępności i jakości świadczonych usług społecznych. Zakłada się, że powyższe umożliwi osobom lub rodzinom osiągnięcie zdolności do samodzielnego pełnienia ról społecznych w sferze rodzinnej, zawodowej, obywatelskiej i towarzyskiej oraz przejmowania obowiązku reagowania na zagrożenia społeczne pojawiające się lub występujące w swoim środowisku. Efektem powinno być także przygotowanie ich do aktywnego włączenia się w życie lokalnych społeczności.

5.2. UCZESTNICZY MODELU NA POZIOMIE WSPARCIA OSÓB I RODZIN

Model w części dotyczącej współpracy z osobami i rodzinami oraz na ich rzecz opiera się na koncepcji powołania **zadaniowych zespołów kooperacyjnych (ZZK)**, które działają w formule multiprofesjonalnej. Na tym poziomie główną rolę w Modelu odgrywa osoba lub rodzina, pracownik socjalny, pracownicy do tej pory z nią współpracujący oraz inni pracownicy operacyjni z instytucji i organizacji pozarządowych z różnych resortów zrzeszonych w ramach partnerskich zespołów kooperacyjnych. PZK określa warunki istotne dla inicjowania i działania ZZK.

Opis zadań PZK przedstawiono na stronie 36-38

Łącznikiem między pracownikiem socjalnym i ZZK a Partnerskim Zespołem Kooperacyjnym jest pracownik ds. sieci.

Zadania pracownika ds. sieci przedstawiono na stronie 34-35

5.3. ROLE PRACOWNIKA SOCJALNEGO W MODELU

Pracownik socjalny jako partner osoby lub rodziny wymagającej profesjonalnej pomocy, podejmuje działania zmierzające do wdrożenia Modelu w OPS, pełniąc wiele znaczących ról.

ODPOWIADA ZA ORGANIZACJĘ I PRZEBIEG PIERWSZEGO

KONTAKTU Z RODZINĄ, w czasie którego rozpoznaje potrzeby osoby/rodziny, możliwości OPS i innych instytucji, aby je zaspokoić. Ponadto, pracownik socjalny ustala, z kim rodzina obecnie współpracuje oraz czy, a jeśli tak to kogo, należałoby jeszcze zaangażować

DORADCA W PROCESIE ZMIAN – po rozpoznaniu potrzeb i zasobów prezentuje katalog możliwych do podjęcia działań i towarzyszy w podjęciu decyzji przez osobę, rodzinę co do ich realizacji lub zaniechania

Ponadto, przedstawia korzyści, jakie osoba lub rodzina może odnieść, dzięki wsparciu innych instytucji

RZECZNIK – reprezentuje interesy osoby/rodziny w kontaktach z pracownikami ośrodka pomocy społecznej, podmiotami lokalnej sieci kooperacji oraz wszystkimi innymi instytucjami i organizacjami

MEDIATOR I NEGOCJATOR – pomaga w rozwiązywaniu konfliktów między osobami/rodzinami a pracownikami ośrodka pomocy społecznej lub pracownikami instytucji partnerskich, a także łagodzi konflikty między członkami rodziny

INICIATOR SIECI WSPÓŁPRACY – identyfikuje i zaprasza partnerów do ZZK dla konkretnego przypadku

ORGANIZATOR SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ – angażuje osoby/rodziny w działania już istniejących oraz tworzy nowe, nierzadko zindywidualizowane usługi, jak np. pomoc sąsiedzka, wsparcie opiekunów nieformalnych, edukacja środowiskowa

Ponadto, partycypuje w podejmowaniu decyzji, istotnych dla lokalnego systemu wsparcia i integracji społecznej

CASE MANAGER – przeprowadza wnikliwą analizę potrzeb, co pozwala na podjęcie działań bardziej dopasowanych do sytuacji osoby/rodziny. Jest zorientowany na działania pomocowe, na włączanie społeczne i rozwój, wykorzystując przy tym usługi oferowane przez sieć różnorodnych instytucji doradczych, wspierających, edukacyjnych, terapeutycznych, animacyjnych. Osoba i rodzina, która nie ma wystarczającego rozeznania, co do możliwości uzyskania wsparcia, jak i korzyści wynikających z określonego rodzaju usług, zyskuje profesjonalną pomoc w dokonywaniu proaktywnych wyborów, służących jak najlepszemu zaspokajaniu potrzeb oraz przyczyniających się do pokonywania doświadczanych trudności. Zarządzając przypadkiem pracownik socjalny współtworzy wraz z osobą i rodziną jej indywidualną drogę rozwoju, opartą o zidentyfikowane zasoby zarówno po stronie beneficjentów pomocy, jak i tkwiących w lokalnym środowisku.

KOORDYNATOR DZIAŁAŃ KOOPERACYJNYCH – koordynuje przepływ niezbędnych informacji, dotyczących osoby/rodziny, która wyraziła zgodę na uczestnictwo w Modelu oraz zachęca do podjęcia współpracy ze specjalistami różnych instytucji; wspiera w sytuacjach kryzysowych. Pomaga osobie/rodzinie w byciu wysłuchanym przez innych pracowników instytucji. Ponadto, koordynuje korzystanie z usług, by były one jak najbardziej skuteczne i efektywne, nie dublowały się u poszczególnych partnerów i stanowiły integralny element planu pomocy osobie i rodzinie.

CZŁONEK I MODERATOR DZIAŁAŃ ZZK – wspiera osoby lub rodziny w trakcie spotkania, koordynuje pracę zespołu specjalistów różnych instytucji pomocowych w ramach ZZK oraz czuwa nad respektowaniem idei *empowerment*, m.in. możliwością przedstawienia przez osobę lub rodzinę własnej perspektywy w trakcie oceny sytuacji i tworzenia planu współpracy, dokonania wyboru spośród proponowanych rozwiązań lub odmowy ich przyjęcia, gdy widzi ku temu powody. Ponadto tworzy razem z osobą lub rodziną i współpracownikami indywidualny koszyk usług i dokonuje oceny stopnia przydatności świadczeń i usług w nim zawartych do zaspokojenia potrzeb jej odbiorców. Sporządza również protokół ze spotkania, zgłasza do PZK, za pośrednictwem pracownika ds. sieci, potrzeby aktualizacji lokalnego koszyka usług lub uzupełnienia składu PZK.

5.4. ZADANIOWY ZESPÓŁ KOOPERACYJNY

Istotą działalności **zadaniowych zespołów kooperacyjnych** jest podjęcie takiej współpracy multiprofesjonalnej z osobą/rodziną i na jej rzecz, która doprowadzi do zaspokojenia jej potrzeb.

Członkami ZZK są: pracownik socjalny oraz wyznaczeni pracownicy instytucji tworzących na danym obszarze partnerski zespół kooperacyjny (PZK). **W pierwszej kolejności do ZZK powinni być zapraszani pracownicy z ośrodka pomocy społecznej i innych instytucji, którzy aktualnie pracują z osobą/rodziną.** Ponadto do współpracy w zespołach można zapraszać innych specjalistów w celu udzielenia bardziej kompleksowej pomocy.

W spotkaniach, zgodnie z ideą empowermentu, uczestniczy osoba lub rodzina, dla której ZZK został powołany, jej dalsi krewni i inne osoby znaczące dla osoby/rodziny. Osoba lub rodzina **nie jest jednak członkiem ZZK.** W sytuacjach, gdy osoba ze względu na stan zdrowia, nieporadność, trudne warunki życiowe, starszy wiek, itp., nie jest w stanie czynnie uczestniczyć w spotkaniach ZZK, może wskazać opiekuna formalnego lub nieformalnego.

Cele zadaniowych zespołów kooperacyjnych

Celem głównym ZZK jest udzielenie pomocy osobie lub rodzinie poprzez zwiększenie efektywności współpracy

Cele szczegółowe	Zadania
<p>Zwiększenie skuteczności i dostępności oferowanej pomocy dla osób/rodzin wymagających wsparcia (zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – powołanie ZZK, – zaproszenie osoby/rodziny do współpracy w ramach ZZK, – ustalenie zasad i procedur współpracy, – tworzenie i udostępnianie indywidualnego koszyka usług dostosowanego do potrzeb osób/rodzin z uwzględnieniem lokalnych zasobów.
<p>Zwiększenie skuteczności koordynacji podejmowanych działań z osobą/rodziną</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ustalenie zasad komunikacji i przepływu informacji pomiędzy osobą/rodziną, członkami ZZK oraz członkami PZK, – dokumentowanie działań ZZK, – poszerzanie kompetencji i doświadczeń profesjonalistów, np. poprzez korzystanie z superwizji, szkoleń specjalistycznych.
<p>Wzmocnienie poczucia podmiotowości osób/ rodzin poprzez włączenie ich w prace ZZK</p>	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie odpowiednich warunków i poczucia bezpieczeństwa osobie/rodzinie, – umożliwienie czynnego udziału, osobie/rodzinie w zmianie/poprawie sytuacji życiowej zgodnie z zasadą <i>empowermentu</i>.
<p>Wyposażenie osób/rodzin w kompetencje i umiejętności, pozwalające na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uniezależnienie się od systemu pomocy, • aktywne włączenie się w życie lokalnej społeczności, • samodzielne pełnienie ról społecznych oraz przejmowanie obowiązku odpowiedzialności wobec zagrożeń społecznych, pojawiających się w ich otoczeniu 	<p>Podejmowanie działań z osobą/rodziną przez członków ZZK, zmierzających do osiągnięcia celu (poprawy sytuacji życiowej osoby/rodziny).</p>
<p>Zapewnienie aktywnego udziału osoby/rodziny w procesie rozpoznania własnej sytuacji, posiadanych zasobów i ograniczeń, oceny sytuacji, planowania i realizacji działań, zmierzających do poprawy ich sytuacji</p>	<ul style="list-style-type: none"> – analiza potrzeb i zasobów danego środowiska z zastosowaniem etapów metodycznego działania (diagnoza, tworzenie spójnego planu współpracy z osobą/rodziną, realizacja planu z podziałem zadań pomiędzy osobę/rodzinę oraz członków ZZK, monitoring i ewaluacja działań, zakończenie współpracy w ramach ZZK), – wskazanie zasad i możliwości korzystania z usług społecznych w związku ze zdiagnozowanymi potrzebami osób/rodzin.
<p>Poprawa adekwatności, jakości, skuteczności, efektywności i użyteczności świadczonych usług społecznych oraz zapewnienie ich ciągłości i kompleksowości</p>	<ul style="list-style-type: none"> – monitoring – ewaluacja
<p>Podnoszenie poziomu wiedzy członków ZZK w tym osób/rodzin</p>	<p>Poszerzanie kompetencji i doświadczeń profesjonalistów, np. superwizje, szkolenia specjalistyczne.</p>

Zasady współpracy ZZK

Przypominamy, że praca z osobą lub rodziną w Modelu na poziomie pracowniczym i pracownik – osoba/rodzina opiera się na ogólnych założeniach, omówionych w rozdziałach 1–2.

W tym miejscu rekomendujemy przyjęcie następujących, **ramowych zasad współpracy**:

- traktowanie sytuacji osób i rodzin jako zjawiska wieloaspektowego,
- multiprofesjonalne podejście do diagnozowania i konstruowania planu współpracy z rodziną,
- poufność zgodnie z przepisami prawa,
- współodpowiedzialność za proces zmiany, co oznacza odpowiedzialność członków ZZK za spełnianie swoich ról zawodowych przy akceptacji i odpowiedzialności za ich wypełnianie przez innych członków ZZK,
- strategiczność, długofalowość procesu pomagania zamiast spontanicznej, dorywczej pomocy,
- indywidualizacja, akceptacja, podmiotowość oraz prawo do samostanowienia oznaczające odpowiedzialne odwoływanie się do zasobów osób i rodzin, uznanie ich autorytetu w kierowaniu własnym życiem i wpływu na swoje decyzje i wybory (idea *empowerment*),
- neutralizacja udostępniania zasobów – dbanie o dostarczenie osobom i rodzinom rzetelnych informacji oraz dostosowanych do potrzeb usług,
- udzielanie pomocy niezależnie od kryteriów ustawowych przyznawania pomocy materialnej,
- monitorowanie jakości współpracy oraz świadczonej pomocy.

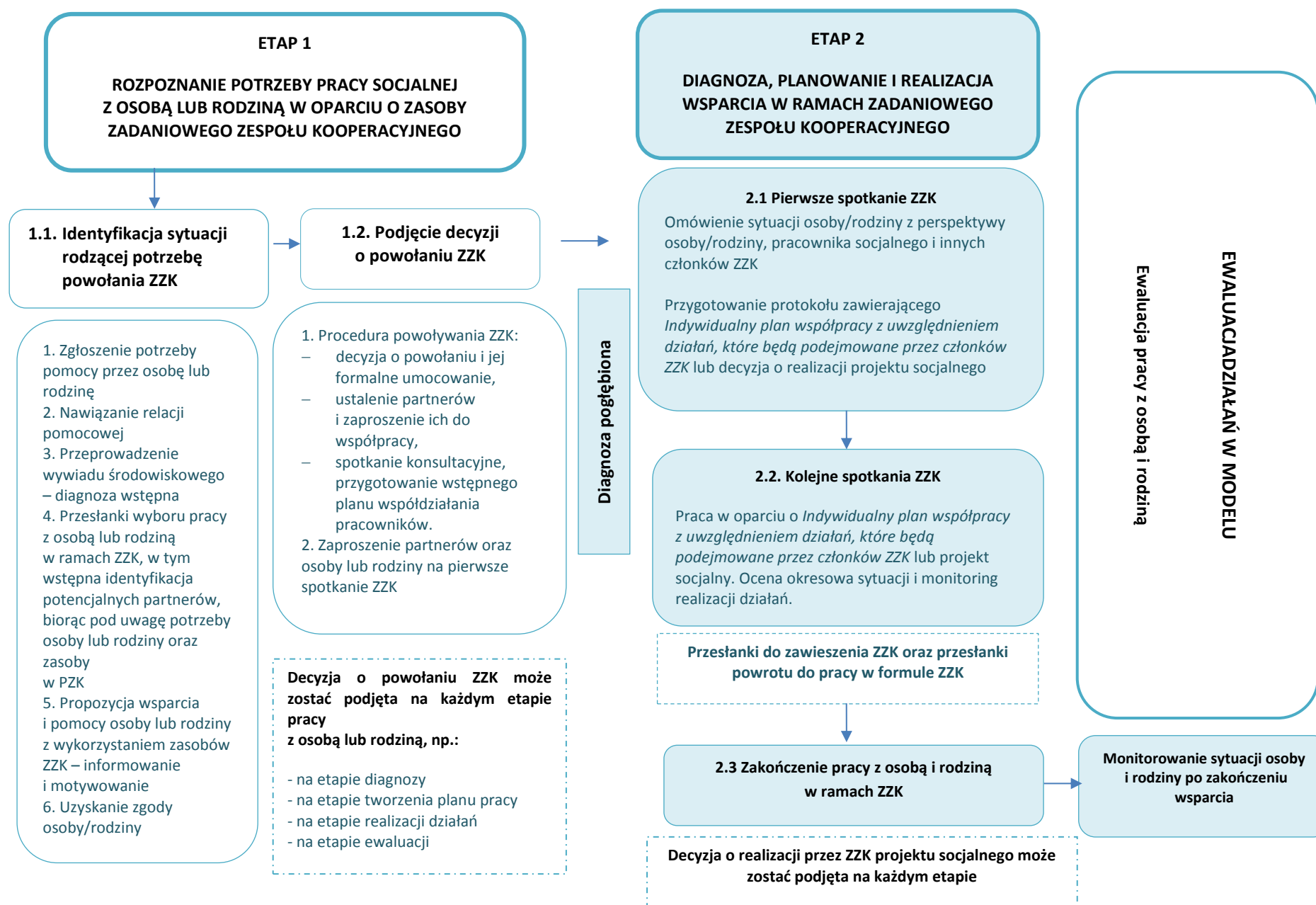
5.5. POWOŁYWANIE I FUNKCJONOWANIE ZADANIOWYCH ZESPOŁÓW KOOPERACYJNYCH

Powołanie ZZK wymaga od gminy spełnienia warunków wstępnych.

Warunki wstępne wdrożenia Modelu Kooperacje 3D wraz ze wskazaniem zakresu koniecznych do podjęcia działań adekwatnych do omawianego poziomu, znajdują się na stronie 24-27

Poniżej zaprezentowano ogólny schemat powoływania i funkcjonowania ZZK, które będą podejmowały działania w ramach udzielania wsparcia i pomocy osobom/rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym (rysunek 8). Poszczególne etapy procesu zostaną omówione szczegółowo w dalszej części materiału.

Rysunek 8. Powołanie i funkcjonowanie zadaniowych zespołów kooperacyjnych zaangażowanych w pomoc osobie lub rodzinie



ETAP 1

ROZPOZNANIE POTRZEBY PRACY SOCJALNEJ Z OSOBĄ LUB RODZINĄ W OPARCIU O ZASOBY ZADANIOWEGO ZESPOŁU KOOPERACYJNEGO

W ramach pierwszego etapu działań możemy wyróżnić **dwa podetapy**. Pierwszy z nich wiąże się z **identyfikacją przez pracownika socjalnego sytuacji rodzącej potrzebę powołania ZZK**, drugi z procesem decyzyjnym, zmierzającym do jego powołania.

1.1. Identyfikacja sytuacji rodzącej potrzebę powołania ZZK

1. Zgłoszenie potrzeby pomocy przez osobę lub rodzinę

- Wyróżnić można trzy ścieżki stawania się odbiorcą działań pracownika socjalnego (Model nie uwzględnia działań interwencyjnych):
 - dobrowolne zgłoszenie się osoby/rodziny do OPS (pomoc udzielana jest na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego),
 - na wniosek innej osoby, lub
 - pomoc społeczna może być udzielana z urzędu.
- Model zakłada udrożnienie dróg dojścia do pomocy, także poprzez aktywne włączenie się w ten proces partnerów współpracy, np. służby zdrowia, edukacji, policji, sądów, organizacji pozarządowych, itd. Bezpośrednio u partnerów oferowane będzie wsparcie informacyjne, dotyczące możliwości uzyskania pomocy także w innych instytucjach i organizacjach, w tym w szczególności w OPS. Partnerzy z jednej strony motywują osoby lub rodziny do osobistego zgłoszenia się do OPS, przekazując niezbędnie informacje, z drugiej zaś – w uzgodnionych na poziomie PZK procedurach – bezpośrednio zgłaszają ośrodkowi konieczność podjęcia działań pomocowych wobec konkretnej osoby lub rodziny.
- **Rekomendujemy, by otrzymanie zgłoszenia/informacji o potrzebie wsparcia osoby/rodziny zostało udokumentowane i zaprotokołowane przez pracownika socjalnego w NARZĘDZIU 14: Przyjęcie wniosku – protokół.**

2. Nawiązanie relacji pomocowej (sojuszu pomocowego) – pierwszy kontakt z osobą lub rodziną

• Zasady i techniki pomocne w pierwszej fazie kontaktu:

- dążenie do zmniejszenia negatywnych odczuć i emocji osoby lub rodziny, takich jak lęk czy niepewność, poprzez parafrazowanie,
- pomoc w wyrażeniu swoich oczekiwań i potrzeb, połączenie ich z celami instytucji nakazujących, jeśli takie są (np. sąd),
- poznanie sytuacji z perspektywy osoby/rodziny poprzez zadawanie pytań otwartych – dawanie poczucia tego, że osoba jest słuchana, rozumiana i szanowana, pozytywne nastawienie do osoby lub rodziny,
- autentyczność, zaufanie i zaangażowanie w proces pomocowy,
- w sytuacji, gdy osoba wyraża negatywne opinie o systemie pomocy społecznej – wysłuchanie i nieopowiadanie się po żadnej ze stron (osoby lub instytucji),
- w przypadku pracy z rodziną – poznanie wszystkich jej członków (również dzieci),
- oparcie działań o wzajemne partnerstwo i równe traktowanie;
- umożliwienie osobie wspomaganej przyjęcia odpowiedzialności za podejmowane przez siebie decyzje i ich konsekwencje;
- wspieranie osoby, rozwijanie jej wewnętrznych zasobów i stwarzanie warunków do ich wykorzystania oraz utwierdzenie jej w przekonaniu o słuszności podjętej decyzji.

Propozycje pytań w trakcie pierwszej rozmowy

- ✓ *Jakie mają Państwo trudności, w rozwiązaniu których mogłabym pomóc? Co Państwa martwi? (problem)*
- ✓ *Jakie okoliczności spowodowały, że potrzebuje Pan/Pani pomocy? (obecna sytuacja)*
- ✓ *Co pomaga Panu/Pani w życiu? Jakie umiejętności? Jakie cechy charakteru? Kto najlepiej mógłby wesprzeć Pana/Panią w radzeniu sobie z problemami? W jaki sposób mógłby pomóc? (zasoby)*
- ✓ *Co uważa Pan/Pani za dobre i co lubi w swojej rodzinie? (zasoby)*
- ✓ *Co mogę zrobić, co Panu/Pani teraz pomoże? (oczekiwania)*
- ✓ *Jak Pan/Pani sądzi, jakie Pana/Pani potrzeby są obecnie dla Pana/Pani najważniejsze? (łączenie obecnej sytuacji z potrzebami)*
- ✓ *Czego Pan/Pani oczekuje? Co Pan/Pani chce? (cele)*
- ✓ *Patrząc na tę sytuację, jakich zmian Pan/Pani oczekuje? (łączenie obecnej sytuacji z celami)*
- ✓ *Co takiego ma się zmienić, by to była dla Pana/Pani lepsza sytuacja? Czego takiego będzie mniej? Czego będzie więcej? Co się pojawi? (łączenie obecnej sytuacji z celami)*
- ✓ *Co takiego ma być, zamiast tego, co widzi Pan/Pani jako problem? (łączenie problemów z celami)*
- ✓ *Do jakich rozwiązań Pan/Pani się skłania? (pytania o rozwiązania)*
- ✓ *Co byłoby Panu/Pani/Państwu potrzebne, by poradzić sobie z tą sytuacją? (pytanie o zasoby)*

Podczas pierwszego kontaktu należy pamiętać o:

- przekazaniu osobie/rodzinie podstawowych, zwięzłych informacji na temat OPS,
- wyjaśnieniu zasady współpracy klienta z pracownikiem socjalnym,
- poinformowaniu o możliwych formach pomocy, w tym pracy socjalnej i możliwości współpracy z pracownikami innych instytucji, jeżeli problemy i potrzeby wykraczają poza możliwości OPS,
- wyjaśnieniu roli pracownika socjalnego w procesie udzielania pomocy, w tym możliwości i uprawnień w danej sprawie (przepisy prawa i procedury danego OPS, jeżeli takie są przyjęte).

To konieczny element poznania się stron, które będą kluczowym ogniwem w procesie wdrażania zmiany potrzebnej, aby osoba/rodzina pokonała swoją trudną sytuację życiową.

W przełamaniu oporu i niechęci osoby lub rodziny oraz zwiększeniu motywacji do współpracy i w efekcie zawiązaniu pomyślnej relacji z osobą/rodziną, mogą pomóc działania realizowane zgodnie z ideą *empowerment*.

Rekomendacja

Stworzenie relacji z osobą/rodziną w oparciu o wzajemne zaufanie i akceptację ma **wpływ na ilość i jakość zebranych informacji, ich właściwą interpretację, a także na dalszą współpracę i realizację wspólnych celów**. Podstawą właściwej relacji jest nawiązanie prawidłowej komunikacji (aktywne słuchanie ze zrozumieniem, prawidłowy język rozmowy, sposób zadawania pytań – pytania otwarte a nie zamknięte, samo sformułowanie pytania – o kierunki zmian a nie o problem i przyczyny, ton głosu, pantomimika – otwarta postawa ciała, cierpliwość – danie czasu na odpowiedź).

3. Diagnoza wstępna

- **Wstępna diagnoza może składać się z kolejno następujących po sobie kroków:**
 1. Rozpoznanie trudności osoby/rodziny i związanych z nimi niezaspokojonych potrzeb i oczekiwań – pracownik socjalny na tym etapie określa podstawowe trudności osoby/rodziny, które spowodowały zgłoszenie do systemu pomocy społecznej oraz związane z nimi potrzeby i oczekiwania, których zaspokojenie może przyczynić się do poprawy jej sytuacji.
 2. Rozpoznanie i wzmacnianie poziomu motywacji osoby/rodziny do współpracy z pracownikiem socjalnym, tj. chęci, gotowości, możliwości współpracy, jej doświadczeń w samodzielnym przezwyciężaniu trudnej sytuacji oraz opinii na temat skuteczności pomocy społecznej – pracownik socjalny poprzez pytania otwarte ma możliwość poznać opinie osoby wspomaganej na temat jej starań i prób samodzielnego wyjścia z trudnej sytuacji oraz opinie na temat użytecznych działań przedstawicieli służb społecznych. Pracownik socjalny poznaje i wzmacnia poprzez parafrazę wartości, aspiracje, nadzieje, wizje przyszłości preferowanej przez wspieraną osobę, by móc zmotywować ją to udziału w procesie pomocowym oraz w dalszym działaniu połączyć cele osoby/członków rodziny z celami instytucji.
 3. Ocena sytuacji i funkcjonowania osoby lub rodziny, polega na zestawieniu wszystkich rodzajów jej potrzeb, oszacowaniu ich ważności, wstępnym określeniu możliwości ich zaspokojenia w oparciu o jej zasoby własne, najbliższego środowiska i/lub innych instytucji oraz wskazaniu barier utrudniających dotarcie do nich. Pozwoli to pracownikowi socjalnemu na podjęcie decyzji o dalszych działaniach, których celem jest wzmocnienie osoby/rodziny i zmiana statusu jej dotychczasowej sytuacji poprzez zaspokajanie konkretnych potrzeb.
- **Ocena sytuacji osoby/rodziny opiera się na opisie dokonanym przez osobę, jej najbliższych krewnych i znajomych, współpracujących z nią do tej pory specjalistów, danych zawartych w dokumentach i bierze pod uwagę sytuację społeczną, w jakiej znajduje się osoba lub rodzina. Skupia się nie tylko na potrzebach i problemach, które należy rozwiązać, ale wyłania zasoby osoby i jej najbliższego otoczenia.**
- Diagnoza dotyczy kluczowych obszarów bio-socjo-psychicznych funkcjonowania osób i rodzin, uwzględniając zgodnie z założeniami *empowerment* określenie posiadanych przez osobę/rodzinę zasobów. Ich wykorzystanie, doskonalenie (zwiększanie), będzie określać główne kierunki prowadzonej pracy socjalnej. Interpretacja potrzeb osób i rodzin jest jedną z podstawowych przesłanek do **podjęcia decyzji o powołaniu ZZK**.
- Narzędziem rekomendowanym w modelu do wstępnej oceny sytuacji osoby lub rodziny jest **wywiad środowiskowy** poszerzony o analizę **SWOT** oraz fakultatywnie narzędzia ze standardów pracy socjalnej, przygotowanych przez WRZOS (np. narzędziem służącym rozpoznaniu sieci wsparcia osoby/rodziny jest ekogram).

Wywiad środowiskowy powinien być rozbudowany o analizę SWOT. Główne założenia wykorzystania analizy SWOT to: unikać zagrożeń, wykorzystywać szanse, wzmocnić słabe strony, opierać się na mocnych stronach. W tworzeniu analizy SWOT przyjmuje się, że mocne i słabe strony są czynnikami wewnętrznymi, a szanse i zagrożenia to elementy zewnętrzne wobec osoby/rodziny, która poszukuje odpowiedzi na pytania: *Jakie są moje zalety? Co jest moją wadą? Nad czym muszę popracować? Co może pomóc mi w osiągnięciu celu?* Poniżej przedstawiona została ramka, zawierająca przykładowe pytania do analizy SWOT.

Analiza SWOT z przykładowymi pytaniami²⁴

Mocne strony:

- *Co dobrego może Pan/Pani powiedzieć na temat swoich umiejętności, wykształcenia?*
- *Co Pana/Panią wyróżnia spośród innych osób?*
- *W czym według siebie jest Pan/Pani lepszy/a od innych?*
- *Co dobrego mógłby powiedzieć o Panu/Pani Pana/Pani [opcjonalnie] szef, kolega z pracy, mąż/zona, sąsiedzi itp.?*
- *Jakie silne strony widzą w Panu/Pani inni?*
- *Na jakich cechach swojej osobowości może Pan/Pani polegać w życiu?*
- *Z których osobistych osiągnięć jest Pan/Pani najbardziej dumny/a?*
- *Co się Panu/Pani najbardziej w życiu udało?*

Słabe strony:

- *Jakich rzeczy woli Pan/Pani unikać, w obawie, że nie potrafi tego wykonać poprawnie?*
- *Co według Pana/Pani znajomych jest jego/jej największą słabością?*
- *Co chciałby Pan/Pani u siebie udoskonalić?*
- *Jakie są Pana/Pani wady?*
- *Które z Pana/Pani wad mogą najbardziej zagrozić osiągnięciu obranego przez Pana/Panią celu?*

Szanse:

- *Jakie cele mógłby Pan/Pani zrealizować, dzięki naszej współpracy?*
- *Jakie korzyści odniesie Pan/Pani dzięki naszej pomocy?*
- *W jaki sposób może Pan/Pani wykorzystać wsparcie ze strony OPS?*
- *Z pomocy jakich innych instytucji może Pan/Pani skorzystać?*
- *Czy ma Pan/Pani w okolicy rodzinę bądź osobę, która może być dla Pana/Pani wsparciem?*

Zagrożenia:

- *Co Pan/Pani odbiera w swoim środowisku jako zagrożenia swojej sytuacji?*
- *Jakie są według Pana/Pani przeszkody w osiągnięciu wybranego celu?*
- *Czego obawia się Pan/Pani najbardziej w podjętych działaniach?*

²⁴Pracownik socjalny przeprowadzając analizę SWOT może także samodzielnie dokonywać oceny osoby i rodziny i jej sytuacji np. *Jakie są zalety klienta? Co klient robi dobrze? Jakie zalety dostrzegają inni ludzie lub co może być usprawnione, czego powinno się unikać? Czy pracownik dostrzega słabe strony, których klient nie widzi?*

Na etapie diagnozy wstępnej pracownik socjalny pogłębiając wiedzę o specyficznych obszarach funkcjonowania osoby i rodziny, **może wykorzystywać zasoby kadrowe OPS.**

W zależności od składu osobowego OPS w jej proces mogą zostać zaangażowani psycholog, asystent rodziny, doradca, specjaliści pracy socjalnej, prawnik. Etap ten obejmuje również superwizję koleżeńską.

Stroną inicjującą kontakt ze specjalistami w ramach struktury OPS jest zawsze pracownik socjalny, a inne osoby mają jedynie głos doradczy. Odwołanie się do bezpośrednich relacji i wzajemnej pomocy specjalistów OPS oszczędza czas i jest instrumentem poprawy jakości oferowanej pomocy, a jednocześnie ogranicza zakres problemów, które wymagają decyzji o powołaniu ZZK.

Na etapie diagnozy warto pamiętać także, że:

- uczestnictwo członków rodziny w diagnozie oznacza, że mają oni prawo do oceny swojego życia ze swojego punktu widzenia. Osobista ocena własnych trudności, potrzeb, oczekiwań, wizji zmian, konstruktywnych doświadczeń, aspiracji jest najwartościowszym fragmentem oceny sytuacji, niezależnie od poziomu umysłowego i rodzaju dysfunkcji osoby;
- ocena/diagnoza jest zawsze tymczasowa i musi być gotowa do aktualizacji lub uzupełnienia. W toku projektowania działań w oparciu o Model, członkowie ZZK muszą tę diagnozę/ocenę modyfikować i uaktualniać;
- uzyskiwany subiektywny obraz sytuacji osoby/rodziny powinien być poddawany weryfikacji w odniesieniu do pojawiających się faktów, zdarzeń, dokumentów w celu wywołania zmiany punktu widzenia przez osobę/rodzinę w zakresie obszarów wymagających poprawy.

Pomoc świadczona osobom i rodzinom jest działalnością specyficzną, nieszablonową, wymagającą indywidualnego podejścia, której zasady współpracy określa przede wszystkim OPS w zależności od zaproponowanej formy wsparcia. Zgodnie z art. 45 ust. 3 u.p.s. w pracy socjalnej wykorzystuje się właściwe tej działalności metody i techniki, stosowane z poszanowaniem godności osoby i jej prawa do samostanowienia. Istotne jest zatem, aby pracownik socjalny po identyfikacji trudności, z jakimi borykają się osoby/rodziny, zweryfikował kryteria decydujące o wyborze dalszej ścieżki postępowania.

4. Przesłanki wyboru pracy z osobą lub rodziną w ramach ZZK

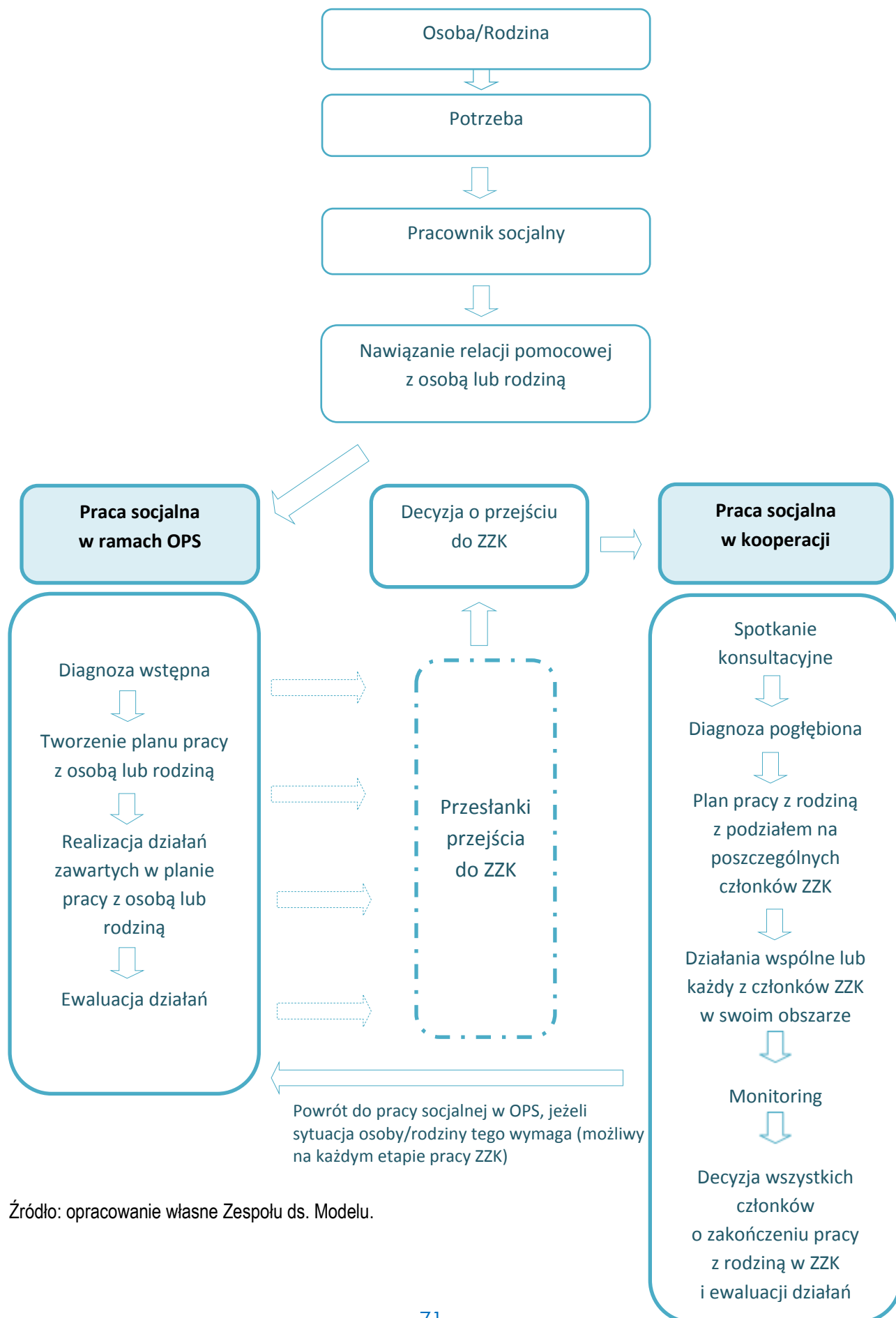
- Pracownik socjalny powinien podjąć decyzję, czy wobec zdiagnozowanych potrzeb i problemów osoby/rodziny będzie on w stanie sam zrealizować *Plan pracy*, czy zaproponuje rodzinie zwrócenie się o wsparcie do innych pracowników, wykorzystując zasoby OPS lub powołanie zadaniowego zespołu kooperacyjnego (ZZK).
- **Kryteriami, które mogą pomóc pracownikowi socjalnemu w wyborze ścieżki multiprofesjonalnej, wykorzystującej zasoby środowiskowe (przede wszystkim usługi) mogą być w szczególności:**
 - zauważona mnogość trudności z jakimi mierzy się odbiorca wsparcia (np. występujące w jednej rodzinie jednocześnie trudności w obszarze wychowawczym, wielodzietność i niepełnosprawność oraz problem alkoholowy opiekunów) – tzw. wielopropblemowość,
 - sytuacja, gdy zasoby OPS wydają się być niewystarczające do skutecznego wsparcia osoby/rodziny,
 - sytuacja, gdy osoba/rodzina współpracuje lub objęta jest równoległe wsparciem innych specjalistów, ale stosowane działania są niewystarczające, nieefektywne, nieadekwatne do potrzeb lub występuje ich dublowanie,
 - uzyskana sugestia w ramach superwizji, zespołu konsultacyjnego lub efekt inspiracji współpracowników posiadających większe doświadczenie zawodowe.

Pracownik socjalny może zaproponować osobie/rodzinie powołanie ZZK zawsze kiedy uzna, że potrzebna jest pomoc i wsparcie w działaniach ze strony służb, instytucji, specjalistów innych niż ci, dostępni w strukturach OPS. **Decyzja ta może być podjęta na każdym etapie metodycznej pracy socjalnej.** Skierowanie procesu pomocowego do ZZK odbywa się zarówno w przypadku zawarcia kontraktu socjalnego, jak i wyrażonej, potwierdzonej w protokole rozmowy z klientem woli współpracy [**NARZĘDZIE 14: Przyjęcie wniosku – protokół**].

- Na tym etapie odbywa się również wstępna identyfikacja partnerów, biorąc pod uwagę potrzeby osoby/rodziny, pracowników, którzy już pracują z osobą/rodziną oraz zasoby PZK.

Opis wybranych przesłanek przejścia do pracy z osobą/rodziną w formule ZZK na poszczególnych etapach metodycznego działania zawarto w **ZAŁĄCZNIKU 4**

Rysunek 9. Etapy metodycznego działania w ramach pracy socjalnej w OPS oraz w kooperacji (ZZK)

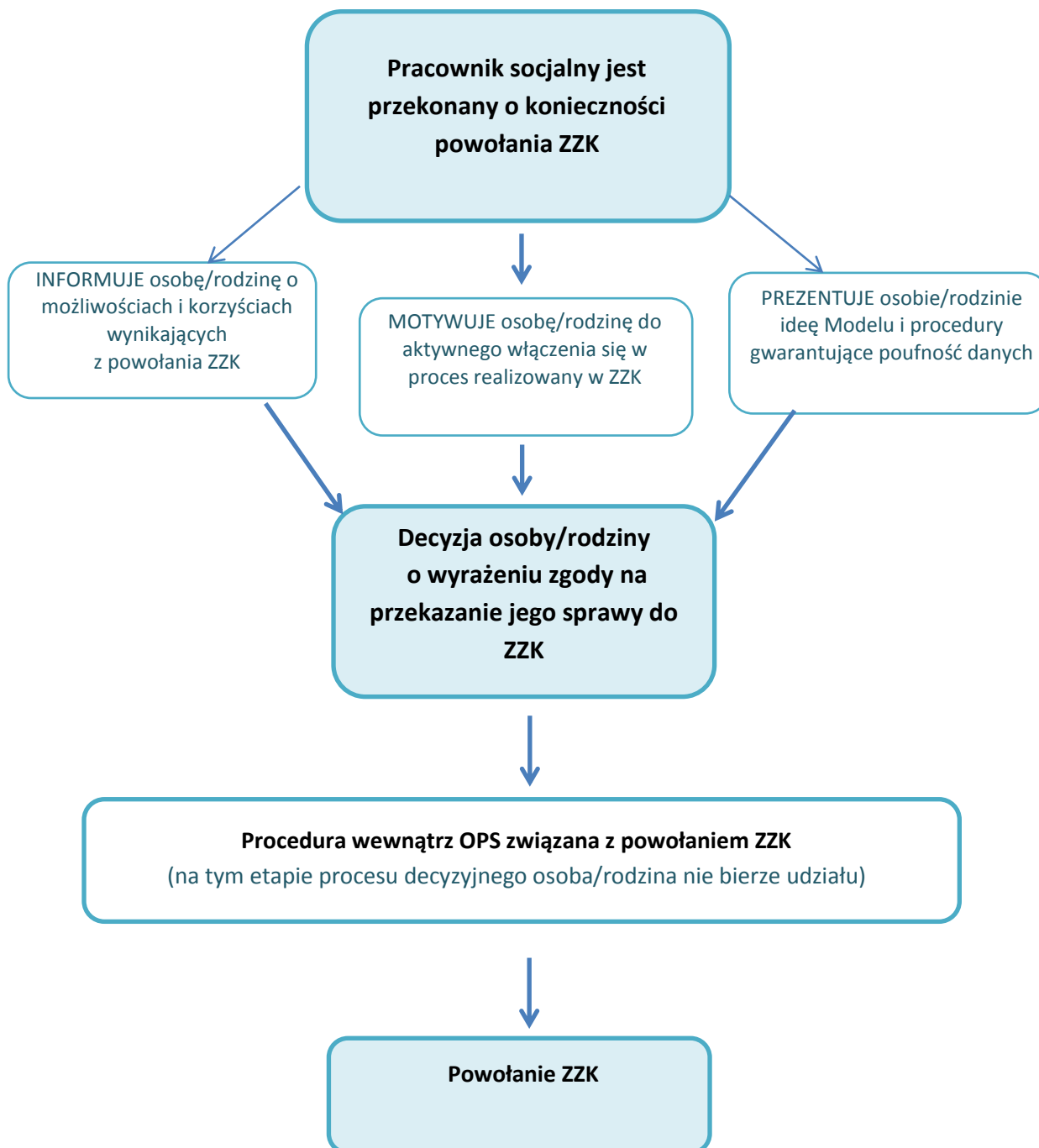


Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

5. Propozycja wsparcia i pomocy osobie lub rodzinie z wykorzystaniem zasobów ZZK – informowanie, motywowanie

- **Działania pracownika socjalnego na tym etapie to przede wszystkim:**
 - zaprezentowanie osobie/rodzinie zasad i organizacji działania ZZK,
 - poinformowanie o wymogu wyrażenia pisemnej zgody na powołanie ZZK, ale przy jednoczesnym pozostawaniu w bieżącym kontakcie z pracownikiem socjalnym, który dotychczas z nim/nią współpracował,
 - zagwarantowanie poufności danych udostępnianych partnerom kooperacji,
 - omówienie z osobą/rodziną korzyści i obaw w związku z pracą w formule multiprofesjonalnej,
 - wstępne przedstawienie lokalnego koszyka usług. (Metodykę budowania indywidualnego koszyka usług w oparciu o lokalny koszyk przedstawiono na stronie 83-85)
 - identyfikowanie i przełamywanie subiektywnych barier, dotyczących kontaktu osoby lub rodziny z partnerami kooperacji.

Rysunek 10. Schemat działań pracownika socjalnego prowadzących do powołania ZZK.



Źródło: opracowanie własne Zespołu ds. Modelu.

Opis koncepcji *Dialogu motywującego*, pomocnej w budowaniu wewnętrznej motywacji i wzmacnianiu potencjału osób objętych wsparciem pracownika socjalnego zawarto poniżej.

DIALOG MOTYWUJĄCY

W pracy socjalnej bardzo pomocne jest zastosowanie koncepcji Dialogu motywującego (DM). Służy on budowaniu wewnętrznej motywacji i wzmacnianiu potencjału osób objętych wsparciem pracownika socjalnego.

Zdaniem Jadwigi Jaraczewskiej „istota pracy socjalnej prowadzonej w ujęciu DM polega na działalności, której celem jest wzbogacanie potencjału ludzkiego. Przyjmuje się, że człowiek znajdujący się w życiowym kryzysie nie jest pozbawiony możliwości zmiany – jest na ważnym etapie procesu zmiany. DM polega na takim oddziaływaniu, które wzmacnia w kliencie jego własne efektywne zaangażowanie w pracę nad sobą. Dopiero takie zaangażowanie umożliwia i ułatwia klientowi dokonanie zmian w życiu, które on sam uważa za swoje, za ważne i do których sam jest wewnętrznie przekonany”²⁵.

Motywacja do zmiany powstaje na skutek ujawnionej rozbieżności pomiędzy obecnym zachowaniem a ważnymi osobistymi celami lub wartościami osoby. Pracownik socjalny starając się zrozumieć punkt widzenia osoby, stosuje tzw. „słuchanie odzwierciedlające” z parafrazą i pytaniami otwierającymi, podsumowaniami, docenianiem. Unika kłótni, konfrontacji. Nie naciska na zmianę, gdyż jest świadomy tego, że osiągnie wynik przeciwny do zamierzonego – osoba zacznie się jej przeciwstawiać. Konsultant akceptuje opór, który rozumie jako formę współpracy. Kiedy osoba się opiera, należy zrobić coś innego, zmienić taktykę. Cała rozmowa polega na wybiórczym reagowaniu na wypowiedzi tak, aby rozwiązać ambiwalencję (pragnę zmiany, ale widzę też korzyści ze stanu obecnego), wydobyć język zmiany i przybliżyć go do realizacji celów. Jednakże pomagający nie musi rezygnować z roli eksperta, to on prowadzi rozmowę. Poza tym może podzielić się z osobą informacjami dotyczącymi świadczeń, usług dostępnych w OPS lub poza nim, itp. Pracownik socjalny powinien unikać argumentowania na rzecz zmiany, odpowiedzi i rozwiązania powinny wychodzić przede wszystkim od osoby. Osoba pomagająca słucha uważnie i z empatią, aby zrozumieć położenie osoby. Pyta, jakie możliwości działania rozważała, wspólnie omawia ich wady i zalety. Mimochodem przypomina kilka faktów dotyczących osoby lub ludzi i ich związków w ogóle, odnosi się do jej celów i wartości, pyta o aspiracje, relacje z innymi ludźmi. Nie zapomina, że ostatecznie sprawa dotyczy życia drugiej osoby, decyzja należy do niej. Kiedy rozwiązanie zaczyna się klarować w umyśle osoby, pracownik pomaga jej podążać w kierunku, który został przez niego wybrany. Parafrazuje, podsumowuje, docenia konstruktywne wypowiedzi ²⁶.

Jak widać dialog motywujący jest opartym na współpracy stylem rozmowy, która służy umocnieniu u osoby jej własnej motywacji i zobowiązania do zmiany. To, na ile osoba będzie gotowa podjąć działania zmierzające do zmiany, zależy od tego, na ile pracownik będzie w stanie pracować nad jej umacnianiem. Konieczne jest wywołanie rozmowy z osobą na temat tego, co chciałaby osiągnąć, jej umiejętności, powodów i potrzeb związanych ze zmianą zachowania.

To dobry moment na wskazywanie możliwości i kompetencji innych pracowników z kooperujących instytucji, które mogą zostać wykorzystane na potrzeby zmiany sytuacji osoby lub jej rodziny.

²⁵J.M. Jaraczewska: *Główne idee, inspiracje i założenia Dialogu motywującego* W: *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i terapii*. J.M. Jaraczewska, I. Krasiejko (red.). Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń 2012, s. 20.

²⁶Szerzej: *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie...* dz. cyt.

6. Uzyskanie zgody osoby/rodziny

- Niezbędne dla zawiązania zadaniowego zespołu kooperacyjnego jest **uzyskanie zgody osoby lub rodziny dla przekazania sprawy do ZZK**. Stanowi to priorytetowe zadanie pracownika socjalnego od momentu, gdy on sam doszedł do przekonania, że będzie to najlepsze rozwiązanie.
- **WAŻNE!**
Włączenie osób/rodzin w procesy decyzyjne na wszystkich etapach realizacji wsparcia, jest ważną gwarancją ich upodmiotowienia.
- Zgoda rodziny wyrażona jest na piśmie.

Pracownik socjalny na każdym z etapów metodycznego działania dokumentuje spotkania z osobą lub rodziną oraz wszelkie swoje czynności związane z pracą socjalną z daną osobą/rodziną (czynności bezpośrednie) oraz na jej rzecz (czynności pośrednie).

NARZĘDZIE 15: *Karta działań w pracy socjalnej* z osobą lub rodziną jest rekomendowanym narzędziem, które może służyć dokumentowaniu wszystkich etapów metodycznego postępowania. Narzędzie to jest spisem działań wykonanych przez pracownika socjalnego oraz ich rezultatów.

1.2. Podjęcie decyzji o powołaniu ZZK

Dysponując pisemną zgodą osoby lub przedstawiciela rodziny pracownik socjalny podejmuje działania w celu powołania ZZK. Po uzyskaniu zgody, jej relacje z ZZK nadal są traktowane jako fakultatywne i to ona podejmuje decyzje, co do zakresu korzystania z usług proponowanych przez Zespół. Oznacza to, że osoba/rodzina na każdym etapie realizacji *indywidualnego planu współpracy* może zrezygnować ze współpracy z ZZK i powrócić do tzw. regularnej pracy socjalnej, prowadzonej wyłącznie przez pracownika socjalnego w OPS.

W przypadku, gdy potrzebę pracy z osobą lub rodziną w ramach ZZK stwierdzi pracownik kooperanta inny niż pracownik socjalny, np. pedagog szkolny czy kurator, przedstawia taki wniosek pracownikowi socjalnemu OPS w sposób uzgodniony w regulaminie PZK (e-mailem, telefonicznie bądź pisemnie). Pracownik socjalny po rozeznaniu sytuacji (nawiązaniu relacji pomocowej, diagnozie wstępnej), potwierdzeniu przesłanek udzielenia wsparcia w formule multiprofesjonalnej i uzyskaniu zgody osoby lub rodziny, podejmuje działania prowadzące do uruchomienia ZZK.

1. Procedura powoływania ZZK

• Decyzja o powołaniu i jej formalne umocowanie

Pracownik socjalny przed podjęciem działań zmierzających do powołania ZZK upewnia się, że:

- dysponuje wstępną diagnozą sytuacji osoby, rodziny obejmującą w szczególności ustalenie z osobą, rodziną potrzeb, których zaspokojenie ma wpływ na zmianę jej sytuacji,
- posiada wiedzę o usługach świadczonych przez kooperantów i wstępną koncepcję ich wykorzystania w celu poprawy sytuacji osoby/rodziny,
- posiada zgodę osoby, rodziny na omówienie jej sytuacji i potrzeb z pracownikami kooperantów, których działania mogą zwiększyć skuteczność udzielonej pomocy.

Pracownik socjalny zgłasza potrzebę powołania ZZK pracownikowi ds. sieci, który prowadzi ewidencję funkcjonujących ZZK.

• Ustalenie partnerów i zaproszenie ich do współpracy

W tym celu wykorzystuje się przede wszystkim wiedzę o potrzebach osób i rodzin zdobytą podczas diagnozy wstępnej. Wykorzystując **lokalny koszyk usług** pracownik socjalny może wspólnie z osobą/rodziną ustalić listę instytucji oferujących niezbędne usługi, a następnie listę specjalistów, posiadających odpowiednie kompetencje do zaspokojenia potrzeb osoby/rodziny poprzez pracę planowanego Zespołu. Koszyk usług służy wtedy jako baza pomocna w odnalezieniu i odpowiednim dobraniu specjalistów spośród instytucji w nim zawartych.

Metodykę budowania indywidualnego koszyka usług w oparciu o lokalny koszyk przedstawiono na stronie 83-85.

Gdy osoba/rodzina jest objęta już wsparciem konkretnych instytucji i specjalistów to są oni brani pod uwagę jako potencjalni partnerzy do współpracy w ramach ZZK. Oprócz tego warto uwzględnić także te podmioty, które posiadają potrzebne zasoby lub mogą świadczyć przydatne usługi, kierując się kryterium użyteczności.

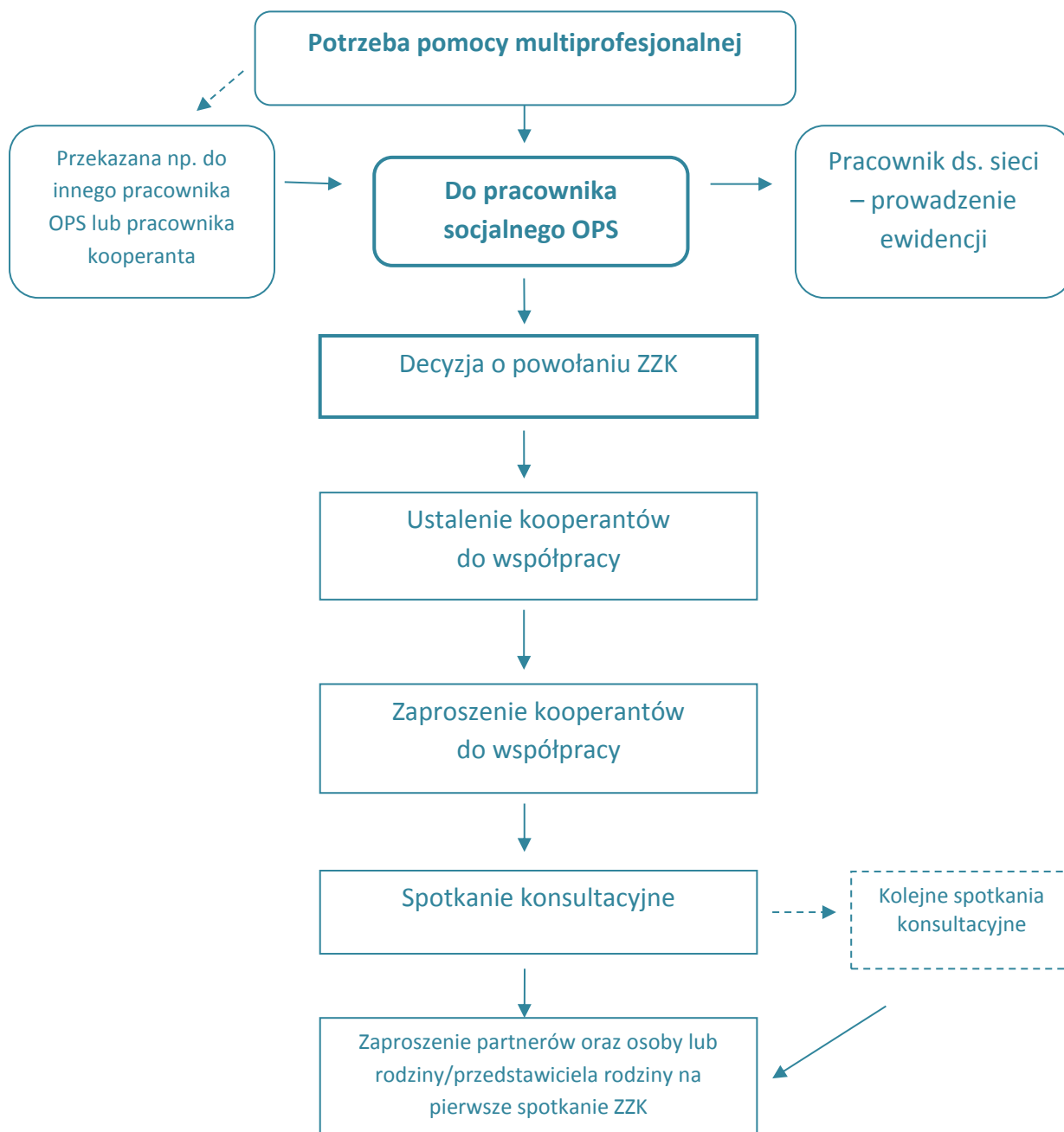
• Spotkanie konsultacyjne, przygotowanie wstępnego planu

współdziałania - to nawiązanie kontaktu z pracownikami kooperantów w celu omówienia zasad wzajemnego działania w ramach ZZK.

Spotkanie konsultacyjne, przygotowanie wstępnego planu współdziałania

Zamierzając powołać ZZK, **pracownik socjalny nawiązuje kontakt, w sposób uzgodniony w regulaminie PZK z pracownikami kooperantów** w celu ustalenia terminu spotkania konsultacyjnego. Nawiązanie kontaktu może odbywać się pisemnie, e-mailowo, telefonicznie. Po uzgodnieniu terminu, pracownik socjalny organizuje spotkanie zaproszonych pracowników kooperantów. Procedura powoływania ZZK została zaprezentowana na poniższym schemacie (rysunek 11).

Rysunek 11. Procedura powoływania ZZK – od rozpoznania potrzeby pomocy multiprofesjonalnej



Źródło: Opracowanie własne Zespołu ds. Modelu

Spotkanie konsultacyjne to spotkanie specjalistów zaproszonych przez pracownika socjalnego do współpracy z osobą/rodziną i na jej rzecz, odbywające się **bez udziału rodziny**. Spotkanie konsultacyjne pełni w Modelu wiele pożytecznych funkcji, poprzez to, że prowadzący je pracownik socjalny:

- stwarza przestrzeń „pierwszego spotkania” specjalistów pracujących z daną rodziną, jednak wcześniej nie kontaktujących się ze sobą bezpośrednio,
- pomaga wyjaśnić ewentualne trudności, pojawiające się uprzednio w relacji współpracy między osobą/rodziną, pracownikiem socjalnym i innymi specjalistami,
- omawia potrzebę i korzyści wspólnego działania dla dobra osoby lub rodziny, przy wykorzystaniu wszystkich sił i środków dostępnych w jej otoczeniu,
- zapoznaje specjalistów z formułą i działaniami ZZK, tj. założeniami opartymi na idei *empowerment* i strukturą organizacyjną,
- informuje, iż osoba lub członkowie rodziny będą zaproszeni do uczestnictwa w pracach i posiedzeniach Zespołu,
- wzmacnia motywację innych specjalistów do uczestnictwa w ZZK, wyjaśniając jednocześnie ewentualne wątpliwości uczestników związane z procedurami organizacyjnymi, zakresem i intensywnością prac ZZK,
- prosi o przedstawienie usług realizowanych przez danego członka ZZK oraz zatrudniającej go instytucji, w celu późniejszego stworzenia indywidualnego koszyka usług.

Jeżeli uczestnicy wyrażą postulat organizacji kolejnego spotkania (kolejnych spotkań) w formule konsultacyjnej, należy go uwzględnić, mając jednakże na uwadze cel, jakim jest jak najszybsze rozpoczęcie procesu wsparcia w ramach ZZK.

Spotkania konsultacyjne mogą odegrać także ważną rolę na dalszych etapach współpracy z osobą i rodziną w formule ZZK, a także po jej zakończeniu. Może to mieć miejsce w następujących sytuacjach:

- gdy osoba lub członkowie rodziny mimo ustaleń nie zgłaszają się na spotkanie/spotkania ZZK. Pracownik socjalny wraz ze specjalistami zaproszonymi do ZZK mogą ustalić strategię zachęcenia rodziny do dalszej współpracy;
- w przypadku sytuacji interwencyjnych lub gdy członkowie rodziny są w kryzysie (np.: gdy dorośli członkowie rodziny przerwali abstynencję), specjaliści w ramach spotkania konsultacyjnego mogą opracować plan działań interwencyjnych;
- w sytuacji rezygnacji osoby lub rodziny ze współpracy w formule ZZK, pracownik socjalny wraz z innymi specjalistami może ustalić strategię dalszego postępowania na rzecz osoby i rodziny, ustalić rekomendacje do dalszej współpracy, dokonać podziału zadań lub podjąć decyzję o rozwiązaniu ZZK.

Spotkania konsultacyjne mogą także być przestrzenią wymiany informacji o **usługach** zawartych w koszyku usług, pomiędzy specjalistami, pracownikiem socjalnym i pracownikiem do spraw sieci. Uczestnicy spotkania konsultacyjnego mogą zgłosić pracownikowi do spraw sieci potrzebę wprowadzenia do koszyka nowej usługi.

Spotkania konsultacyjne mogą być dokumentowane w postaci protokołu ze spotkania.

Na zakończenie spotkania konsultacyjnego warto ustalić formy kontaktu pomiędzy członkami ZZK i o ile to możliwe, uzgodnić termin pierwszego posiedzenia Zespołu (termin nie powinien być odległy).

W trakcie spotkania konsultacyjnego można przeprowadzić ewaluację wstępną **NARZĘDZIE 16 A: Kwestionariusz ewaluacji wstępnej współpracy (ex-ante)** wraz z Instrukcją (załącznik 5).

2. Zaproszenie partnerów oraz osoby lub rodziny na pierwsze spotkanie ZZK

- Proponujemy wykorzystanie **NARZĘDZIA 17: Przewodnik po działaniach niezbędnych do zorganizowania pierwszego spotkania partnerów w ramach ZZK.**
- Inicjatorem pierwszego spotkania Zespołu jest OPS. Kolejne, jeśli zapadną takie ustalenia, mogą odbywać się w siedzibach innych podmiotów. Taka procedura sprzyja integracji członków Zespołu, może także stać się okazją do zapoznania się z działaniami i specyfiką kooperujących instytucji. Pracownik socjalny zapraszający potencjalnych członków ZZK wraz z zaproszeniem przekazuje agendę spotkania, zawierającą jego czas i miejsce oraz proponowany zakres merytoryczny.

WAŻNE!

Pisemna informacja o powołaniu Zespołu i zakresie jego działań wraz z zaproszeniem na jego spotkanie jest przekazana osobiście lub listownie do osoby/rodziny, której jest poświęcone za pośrednictwem pracownika socjalnego. Na spotkanie można też zaprosić, za zgodą osoby/rodziny, jej dalszych krewnych, przyjaciół i inne ważne dla niej osoby.

Rekomendujemy, by pracownik socjalny spotkał się z osobą lub rodziną z odpowiednim wyprzedzeniem i przedstawił raz jeszcze jej znaczącą rolę w pracach ZZK oraz korzyści, które może odnieść współpracując w tej formule.

ETAP 2

DIAGNOZA, PLANOWANIE I REALIZACJA WSPARCIA W RAMACH ZADANIOWEGO ZESPOŁU KOOPERACYJNEGO

Zakładamy, iż **czas trwania pierwszego spotkania ZZK** może wynosić ok. 1,5 godziny. Sprawy proceduralne, konieczność zbudowania relacji, możliwość pojawienia się lęków i obaw przed prezentacją własnych opinii na forum, nowe role pracownika socjalnego (moderator, sprawozdawca), czas potrzebny na uruchomienie procesów grupowych, wreszcie udział rodziny, mogą spowolnić proces i wydłużyć czas konieczny na ustalenia końcowe. Przy planowaniu pierwszego spotkania (i kolejnych) należy **brać pod uwagę tempo pracy Zespołu z uwzględnieniem udziału w spotkaniu osoby lub rodziny**, które zależy m.in. od:

- zaangażowania osób/rodzin we współpracę ze specjalistami,
- wielkości rodziny lub grupy i relacji w niej panujących,
- ilości i stopnia trudności problemów, z jakimi mierzą się osoby/rodziny oraz ich rodzaju,
- oceny specjalistów, w jakim tempie zmiany te mogą być przeprowadzane z korzyścią dla rodzin,
- harmonogramu działań zaplanowanych w ramach ZZK.

W PROCESIE KOOPERACJI WAŻNY JEST ZARÓWNO PRODUKT, JAK I PROCES

Pierwsze spotkanie i wyniesione z niego doświadczenia w obu obszarach są istotne. Prowadzący powinien na początku spotkania (a jeszcze lepiej w agendzie) zaproponować czas trwania spotkania i czuwać nad jego wykorzystaniem, jednocześnie dbając o proces, czyli wzajemne relacje.

Ważne jest jednak, by spotkanie (również pierwsze) zakończyło się konkretnymi ustaleniami, podziałem zadań między uczestnikami, włączając w to także beneficjenta ZZK, czyli osobę, grupę czy rodzinę. Konieczne jest zaproponowanie terminu i miejsca kolejnego spotkania. Uczestnicy powinni mieć świadomość, iż zacznie się ono od omówienia powierzonych zadań.

W przypadku, gdy z różnych przyczyn rodzina jako całość nie jest w stanie uczestniczyć w spotkaniu ZZK, możliwe jest wydelegowanie przedstawiciela, który będzie reprezentantem jej interesów.

Przedstawiciel rodziny:

- informowany jest o wynikach oceny – diagnozy sytuacji jego rodziny,
- wzbogaca diagnozę o własną perspektywę postrzegania zasobów i ograniczeń,
- definiuje w imieniu swoim i rodziny potrzeby, cele, środki i oczekiwane rezultaty,
- ustala działania do realizacji i dzieli się zadaniami na najbliższy okres,
- podejmuje decyzję o ewentualnym zaproszeniu do współpracy kolejnych specjalistów,
- współdecyduje o włączeniu innego/kolejnego przedstawiciela rodziny do prac w ramach Zespołu,
- wspólnie ze specjalistami opracowuje koncepcję planu działania, w tym określa potrzebę poszerzenia wsparcia o usługi określone w lokalnym koszyku usług.

2.1. Pierwsze spotkanie ZZK

- Pierwsze spotkanie ZZK z osobą, rodziną powinno odbyć się w warunkach zapewniających poczucie bezpieczeństwa i dyskrecji, umożliwiających prowadzenie spokojnej rozmowy kilku osób na temat dróg wyjścia z trudnej sytuacji życiowej.
- **Rekomendujemy, w szczególności w początkowym okresie realizacji wsparcia osób i rodzin, organizowanie spotkania pracowników kooperantów z ok. 15-minutową rozmową poprzedzającą spotkanie z osobą/rodziną, w celu usunięcia ewentualnych rozbieżności w ocenie sytuacji i możliwych rozwiązań, które zostaną zaproponowane.**
- Scenariusz pierwszego spotkania rekomendujemy w postaci **NARZĘDZIA 18: Scenariusz pierwszego spotkania ZZK.**
- Pracownik socjalny w ramach spotkań ZZK pogłębia wraz z partnerami wiedzę na temat potrzeb rodziny, wyodrębnia istotne obszary potrzeb i celów, które rodzina chciałaby zrealizować, a także ponownie dokonuje ich weryfikacji pod kątem ich wpływu na sytuację rodziny. Ponadto, wraz z osobą lub rodziną w ramach działania ZZK określa hierarchię potrzeb oraz ich ważność dla poprawy sytuacji.
- Przy weryfikacji informacji otrzymanych od rodziny i specjalistów warto:
 - wyłonić najważniejsze potrzeby osoby, rodziny (np. potrzeba bezpieczeństwa dzieci, poprzez wzmocnienie umiejętności opiekuńczo-wychowawczych i zapanowanie nad impulsami rodzica, znalezienie większego mieszkania w lepszej dzielnicy),
 - określić wartości (np. dobro dzieci, samostanowienie, godne życie),
 - określić cele główne i szczegółowe, nadać im hierarchę pod względem chęci, gotowości, możliwości osoby/rodziny do ich realizacji, zasobów istniejących w OPS i u partnerów ZZK,
 - określić skuteczne działania osoby/rodziny i pozytywne doświadczenia z korzystania z pomocy społecznej.
- W ramach pierwszego spotkania ZZK może być sporządzona **diagnoza pogłębiona**. Nie jest to jednak wiążący dla Zespołu moment jej sporządzenia. Sytuacja osoby, rodziny może zdecydować o jej przeprowadzeniu na kolejnych spotkaniach Zespołu. Pracownik socjalny, zgodnie z ideą empowermentu, przy współudziale rodziny rozpoznaje wraz z członkami Zespołu sytuację życiową osoby lub rodziny w obszarze zawodowym, materialnym, opiekuńczo-wychowawczym, mieszkaniowym, zdrowotnym, itd., a także bada ponownie zasoby, które można uruchomić w procesie pomagania. Do etapu diagnozy pogłębionej rekomendujemy **narzędzia** ze standardów pracy socjalnej opracowanej przez WRZOS.
Rekomendujemy także dwie istotne zasady diagnozowania:
 - pierwsza wiąże się z partycypacją osoby/rodziny w diagnozowaniu samych siebie – wynika stąd potrzeba dostarczenia osobie i rodzinie większej liczby informacji dotyczących usług, z których może korzystać. Osoby uczestniczące w diagnozie muszą mieć możliwość wyrażenia własnego punktu widzenia i wpływu na formułowane wnioski;
 - druga wyraża się w multidyscyplinarności diagnozy – dużo informacji o możliwości rozwiązania trudności w różnych aspektach życia rodziny można uzyskać często wyłącznie od innych specjalistów.
- Celem pierwszego spotkania Zespołu jest oprócz diagnozy ustalenie z osobą, rodziną **indywidualnego planu współpracy** z uwzględnieniem działań, które będą podejmowane przez członków ZZK i osobę lub rodzinę.
Indywidualny plan współpracy zawarty jest w protokole posiedzenia ZZK.

Indywidualny plan współpracy oraz indywidualny koszyk usług

Aby ustalić indywidualny plan współpracy²⁷, pracownik socjalny:

- stwarza możliwości osobie lub rodzinie przedstawienia oceny sytuacji z jej perspektywy przed członkami ZZK,
- prezentuje wypracowaną przez siebie wstępną diagnozę, a także cele, jakie zostały wcześniej określone oraz, jeśli były już podejmowane działania, także formy pracy, stosowane narzędzia i efekty osiągnięte we współpracy z osobą lub rodziną,
- następnie uczestnicy dokonują analizy sytuacji rodziny lub osoby z perspektywy własnej wiedzy i doświadczeń i ustalają wraz z osobą lub rodziną cele do osiągnięcia (główne i szczegółowe),
- odnosząc się do celów szczegółowych opracowują konkretne działania, ich kolejność i możliwość realizacji w pierwszych etapach prac ZZK.

²⁷ Indywidualny plan współpracy zawarty w protokole ze spotkania jest rodzajem porozumienia i pełni funkcję kontraktu socjalnego.

METODYKA BUDOWANIA INDYWIDUALNEGO KOSZYKA USŁUG W OPARCIU O LOKALNY KOSZYK USŁUG

Podstawą tworzenia indywidualnego koszyka usług jest wiedza pracownika socjalnego o zasobach organizacji kooperujących, tworzących PZK oraz o zasadach funkcjonowania i korzystania z **lokalnego koszyka usług**.

1. Tworzenie, udostępnianie i aktualizacja lokalnego koszyka usług

Koszyk usług to praktyczne narzędzie zawierające spisany zbiór różnorodnych, uporządkowanych, przydatnych rodzajów wsparcia – to **baza usług społecznych** będących do dyspozycji pracownika socjalnego, jego współpracowników oraz osoby, rodziny lub grupy korzystającej ze wsparcia.

Członkowie PZK, w tym przedstawiciele innych sektorów, resortów, organizacji – wspólnie rozpoznają i badają dostępne zasoby lokalne i wypracowują bazę usług w postaci lokalnego koszyka usług.

Koszyk usług jest aktualizowany na poziomie PZK co najmniej raz do roku lub w sytuacji zauważonej zmiany w obszarze zasobów lokalnych (np. gdy pojawi się nowa usługa lub gdy dana usługa przestanie być dostępna). Baza ta jest upowszechniana w formie elektronicznej pracownikom wszystkich instytucji uczestniczących w partnerstwie. W wymiarze praktycznym koszyk usług może być zawarty w ogólnodostępnym pliku (np. w formacie *Excel*), zamieszczonym na stronach internetowych instytucji uczestniczących w kooperacji. **Narzędzie 11:** *Lokalny koszyk usług w formacie Excel*. Metodyka budowania lokalnego koszyka usług opisana została na stronach 55-56.

2. Kiedy i jak korzystać z koszyka usług?

Pracownik socjalny (lub w przypadku reorganizacji pracownik ds. pierwszego kontaktu) po wstępnym rozpoznaniu potrzeb osoby, rodziny lub grupy może poinformować o możliwości skorzystania z usługi oferowanej w ramach lokalnego koszyka usług. Udzielenie informacji o usłudze w ramach poradnictwa socjalnego na etapie pierwszego kontaktu pracownik socjalny lub pracownik ds. pierwszego kontaktu zapisuje na protokole przyjęcia klienta [**NARZĘDZIE 14:** *Przyjęcie wniosku – protokół*].

Pracownik socjalny może posługiwać się lokalnym koszykiem usług na etapie planowania działań na rzecz osoby, rodziny lub grupy na przykład w sytuacji, gdy wraz z przedstawicielem rodziny, po analizie i wstępnej diagnozie potrzeb rodziny uzna, że rozwiązanie problemu (zaspokojenie potrzeby) nie jest możliwe przy wykorzystaniu zasobów OPS.

Pracownik socjalny korzysta z lokalnego koszyka usług na etapie poszukiwania partnerów do składu ZZK po podjęciu decyzji o jego utworzeniu.

Lokalny koszyk usług jest wykorzystywany na **etapie tworzenia wraz z osobą, rodziną w ramach ZZK indywidualnego planu współpracy** [**NARZĘDZIE 19:** *Protokół posiedzenia ZZK*], zawierającego usługi dla danej osoby/rodziny.

Przykład: *Konieczne jest objęcie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu wsparciem specjalistycznym. Wykorzystując uporządkowaną bazę zawartą w lokalnym koszyku usług, pracownik socjalny wraz z osobą lub przedstawicielem rodziny odnajdują lokalne instytucje świadczące psychologiczno-pedagogiczne poradnictwo specjalistyczne. Dzięki lokalnemu koszykowi usług pracownik i osoba/rodzina uzyskują także informację o dostępności i warunkach skorzystania z usługi. Na podstawie tych informacji tworzony jest indywidualny koszyk usług dla osoby lub rodziny, stanowiący podstawę działań realizowanych przez pracownika socjalnego, w tym tworzenia indywidualnego planu współpracy podczas spotkań ZZK (przy udziale osoby/rodziny i w terminach z nią uzgodnionych).*

Usługi zawarte w indywidualnym planie współpracy tworzą indywidualny koszyk usług.

3. Jak aktualizować koszyk usług we współpracy z PZK?

Lokalny koszyk usług powinien być aktualizowany i uzupełniany o nowe usługi przez PZK co najmniej raz w roku. Lista kooperantów i oferowanych przez nich usług powinna mieć otwarty charakter, być regularnie weryfikowana stosownie do sytuacji i potrzeb środowiskowych.

Może się okazać, iż pracownik socjalny dysponuje wiedzą o usłudze, mogącej być znaczącym uzupełnieniem oferowanego wsparcia. W tej sytuacji za pośrednictwem pracownika ds. sieci, który jest łącznikiem z PZK, **zgłasza „do koszyka” nową usługę, bądź potrzeby i niedobory w tym względzie.**

Zadaniem pracownika socjalnego w ramach swoich codziennych czynności jest także **monitorowanie usług ofertowanych w sąsiedztwie**, zwłaszcza gdy mają one nowatorski charakter albo odpowiadają na konkretne potrzeby macierzystego środowiska. Rekomenduje się, aby indywidualny koszyk usług **był uzupełniany także o usługi samopomocowe**, np. kluby samopomocowe, grupy wymiany usług, grupy wsparcia, grupy AA.

Pracownik kreujący współpracę i efektywne wzajemne korzystanie z koszyka usług powinien inaugurując swoje działania uzyskać informacje o:

- trybie i sposobie komunikowania się z PZK,
- sposobie raportowania o sugerowanych potrzebach i zmianach w tym obszarze,
- udzielaniu informacji zwrotnych PZK na temat jakości usług zawartych w oferowanym koszyku.

4. Koprodukcja usług

Koprodukcja rozumiana jako świadomy i celowy współdział osób, rodzin i grup we współtworzeniu, tworzeniu i świadczeniu usług publicznych, w zdecydowany sposób przyczynia się poprawy ich jakości i efektywności. By koprodukcja mogła być stosowana w praktyce społecznej i miała sens, powinna wymagać od służb publicznych gotowości do zachęcania obywateli do rozwijania ich koprodukcyjnego potencjału i wkładu, od obywateli zaś dobrowolnej aktywności.

Usługi pomocy społecznej są świadczone po to, by wpłynąć na zmianę (poprawę) sytuacji klientów OPS. Pracownik socjalny może dostarczać osobie/rodzinie zachętę, wspierać ją i edukować, ale z punktu widzenia końcowej skuteczności, podstawowe znaczenie ma udział i zaangażowanie osoby lub rodziny.

Podczas realizacji zadań w ramach ZZK możemy mieć do czynienia z następującymi przykładami koprodukcji:

- w sytuacji, gdy członkowie ZZK zauważając konkretną potrzebę podejmują współpracę z jednostkami organizacyjnymi i instytucjami (które posiadają odpowiednie zasoby ludzkie i techniczne) w wytworzeniu usługi, odpowiadającej na tę potrzebę. PRZYKŁAD: *Istnieje potrzeba zagospodarowania czasu wolnego dzieci w czasie ferii/wakacji – w środowisku funkcjonuje placówka wsparcia dziennego, która bazując na posiadanych zasobach rzeczowych i lokalowych oraz obecnie zatrudnionych pracownikach, będzie w stanie zorganizować półkolonie w tym czasie. Z oferty placówki może wtedy skorzystać rodzina współpracująca w ramach ZZK;*
- w sytuacji, gdy instytucje wraz z osobami, rodzinami lub grupami organizują się (np. w ramach ZZK) po to, by stworzyć usługę lub zwiększyć ilość bądź jakość istniejących usług (przy wsparciu i koordynacji działań przez służby publiczne). PRZYKŁAD: *Istnieje potrzeba zaktywizowania osób starszych mieszkających w danej dzielnicy. Osoba współuczestnicząca w pracach Zespołu, korzystając z inspiracji i wsparcia ZZK inicjuje grupę wsparcia dla osób starszych lub tworzy jako lider tak zwany „bank czasu”. Instytucje współpracujące zapewniają bazę lokalową na spotkania członków „banku czasu”.*

Model zakłada kreatywne korzystanie z obecnie dostępnego koszyka usług, zebranego i uaktualnianego w środowisku lokalnym. Usługi te są „personalizowane”, dopasowywane do jednostkowych potrzeb osoby/rodziny. Może się jednak okazać, iż zaspokojenie popytu na konkretne usługi jest możliwe dopiero po uruchomieniu procesu koprodukcji. Jeżeli w lokalnej społeczności zlokalizuje się grupę podmiotów, mających wolę współpracy i mogących wnieść zasoby ludzkie, techniczne i kwalifikacje, składające się na wypracowanie usługi, stanie się ona **warunkowo dostępna** dla odbiorców Modelu. Dzięki współdziałaniu, wspólnie stworzona usługa może okresowo zaspokoić potrzeby osób/rodzin lub przy wsparciu innych podmiotów na stałe zasilić koszyk usług lokalnych.

Z najtrudniejszą sytuacją mamy do czynienia w wypadku deficytu podmiotów i zasobów niezbędnych do realizacji usługi. W takiej sytuacji należy poszerzyć pole diagnozy i dokonać analizy na szerszym obszarze, jednocześnie rozważając szanse na przyjęcie rozwiązań pośrednich:

- nawiązania kontaktów z podmiotami poza lokalnymi (np. ze specjalistą poza powiatem),
- wymiany usług i specjalistów,
- połączenia zasobów lokalnych i ponadlokalnych,
- barteru,
- sfinansowania usługi z różnych źródeł.

Protokół posiedzenia ZZK

Sporządzona na pierwszym spotkaniu ZZK ocena sytuacji osoby lub rodziny, a także wszystkie późniejsze ustalenia (np. opis ustalonej zespołowo diagnozy pogłębionej), które zapadną podczas posiedzeń ZZK, są **odnotowywane w protokole posiedzenia ZZK** [rekomendowane **NARZĘDZIE 19: Protokół posiedzenia ZZK**]. W protokole zapisany jest także **indywidualny plan współpracy**, gdzie są odnotowane działania osoby lub członków rodziny, podział zadań pomiędzy członków ZZK, sposób, forma oraz terminy monitorowania i ewaluacji działań. Indywidualny plan współpracy pełni **funkcję kontraktu socjalnego**.

Protokół posiedzenia ZZK (indywidualny plan współpracy) a kontrakt socjalny

Protokół z posiedzenia ZZK zawierający plan współpracy stanowi formę kontraktu socjalnego, czyli jest porozumieniem pomiędzy osobą/rodziną, pracownikiem socjalnym i innymi specjalistami, co do celów i sposobów działań, miejsca, terminów wykonania ustalonych czynności i osób odpowiedzialnych za ich realizację.

Jeśli zaś pracownik socjalny wcześniej pracował z osobą/rodziną w oparciu o kontrakt socjalny w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej, to aktualizuje go, uzupełniając cele i działania ustalone na spotkaniu ZZK, które dotyczą wyłącznie obszaru jego pracy z osobą/rodziną.

Kopię protokołu posiedzenia otrzymuje każdy członek Zespołu oraz osoba lub rodzina.

Całość dokumentacji ZZK, niezależnie na terenie jakiej instytucji odbywa się spotkanie, prowadzi pracownik socjalny. Uczestnicy wspólnie ustalają terminy kolejnych spotkań, które powinny być uzależnione od zaplanowanych działań i terminów ich realizacji.

Projekt socjalny

Na tym etapie współpracy z rodziną członkowie ZZK mogą (fakultatywnie) podjąć decyzję o opracowaniu koncepcji a **następnie realizacji projektu socjalnego**.

Projekt socjalny stanowi formę realizacji pracy socjalnej z osobą, rodziną lub grupą. Zgodnie z przyjętą ustawowo definicją²⁸, jest zbiorem działań, mających na celu poprawę sytuacji życiowej osób, rodzin grup zagrożonych ubóstwem, marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Z kolei art. 45 us. 2 u.p.s. określa, że praca socjalna może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny lub projekt socjalny.

Projekt socjalny to interdyscyplinarne przedsięwzięcie prowadzące do osiągnięcia zaplanowanego celu zgodnie z określoną specyfikacją, przy użyciu określonych zasobów, tj.: czasu, zespołu, budżetu. Rezultatem projektu jest przewidywalna zmiana. Przy tak sformułowanej definicji możliwa jest realizacja projektów socjalnych na różnych płaszczyznach:

1. *projekty socjalne systemowe* – dotyczące rozwiązywania pewnego problemu określonej grupy społecznej (np. problemu bezrobocia na terenie gminy);
2. *projekty socjalne instytucjonalne* – związane z realizacją projektu w ramach konkretnej jednostki organizacyjnej, np. świetlicy, którego odbiorcami będą osoby zagrożone określonym problemem korzystające ze wsparcia danej jednostki;
3. *projekty socjalne indywidualne* – będące narzędziem pracy socjalnej z osobą i rodziną.

Projekt socjalny charakteryzuje się następującymi cechami:

- jest niepowtarzalny – za każdym razem inna grupa osób, inny budżet, inne zasoby,
- służy rozwiązywaniu problemu – czynnikiem generującym jego tworzenie jest chęć rozwiązania problemu, czyli dokonania zmiany,
- służy dokonaniu zmiany – projekt kończy się wykonaniem czegoś,
- jest ograniczony – tzn. ma określony czas trwania, określoną datę rozpoczęcia i zakończenia, ograniczoną liczbę zasobów oraz określony budżet,
- charakteryzuje go interdyscyplinarność – wykorzystuje zasoby ludzkie i środowiskowe,
- zakłada aktywną postawę (wkład) osób, rodzin i grup w nim uczestniczących.

W ramach Modelu **rekomendujemy realizację indywidualnego projektu socjalnego** (IPS), będącego odpowiedzią na zdiagnozowane potrzeby osoby, rodziny lub grupy, w ramach którego zakłada się interdyscyplinarny charakter udzielanego wsparcia. Oznacza to, że poza osobą, rodziną i pracownikiem socjalnym w opracowaniu i realizacji projektu uczestniczą inni specjaliści reprezentujący różne kompetencje, a także instytucje i organizacje.

Zadaniowe Zespoły Kooperacyjne (ZZK) są doskonałym, multiprofesjonalnym potencjałem, który można wykorzystać do konceptualizacji i realizacji projektu socjalnego.

Decyzja o realizacji projektu socjalnego

Decyzję o opracowaniu koncepcji, a następnie realizacji indywidualnego projektu socjalnego, mogą podjąć członkowie ZZK już na etapie pierwszego spotkania ZZK. Jednak właściwe sformułowanie koncepcji projektu może nastąpić dopiero w wyniku wypracowania pogłębionej diagnozy sytuacji osoby/rodziny. Projekt socjalny może być także naturalną kontynuacją współpracy osoby, rodziny oraz specjalistów po zakończeniu współpracy ZZK.

Kryteria pomocne w podjęciu decyzji o realizacji projektu socjalnego

- osoba, rodzina lub grupa jest zdolna i chętna do współdziałania,
- przyczyna trudnej sytuacji wymaga aktywności osoby lub rodziny w jej przezwyciężeniu,
- zasoby ośrodka/gminy wydają się być niewystarczające do skutecznego wsparcia osoby, rodziny lub grupy osób,

²⁸ Art. 6 ust. 18 Ustawy o pomocy społecznej – Dz.U. z 2016 poz. 930 z późn. zm.

- w ofercie wsparcia ośrodka nie ma usługi mogącej wesprzeć konkretną osobę/rodzinę/społeczność,
- osoba lub rodzina wykazuje dużą determinację w podejmowaniu działań.

Etapy realizacji projektu socjalnego

Realizacja projektu socjalnego odbywa się w trzech fazach:

- I. Faza konceptualizacji** (opracowywania koncepcji) – ma charakter procesualny, czyli nic nie jest gotowe z góry, również cele, do których sformułowania dochodzi się dopiero po pewnym czasie analiz i dyskusji. Osoba lub rodzina ma możliwość zredefiniowania potrzeb i celów w wyniku lepszego zrozumienia swojej sytuacji w kontakcie z określonymi specjalistami, jak również zmiany własnych oczekiwań.

W opracowywaniu koncepcji projektu socjalnego pomocne jest **NARZĘDZIE 20: Karta projektu socjalnego**.

Projekt socjalny jako spisany dokument powinien zawierać następujące elementy:

- wykaz osób realizujących projekt socjalny (to osoby, które uczestniczą we wszystkich fazach projektu – osoba rodzina, pracownik socjalny, inni specjaliści),
- opis sytuacji rodziny (ocena/diagnoza – rekomenduje się wykorzystanie pogłębionej diagnozy opracowanej w ramach ZZK),
- zauważone potrzeby/obszary problemowe (wyodrębnione z diagnozy, istotne z punktu widzenia osoby, rodziny, specjalistów),
- cele projektu – cel główny i szczegółowe wraz z określeniem przewidywanych efektów działań projektowych (cel projektu socjalnego to cel osoby lub rodziny - czyli to do czego on dąży w swej przyszłości, wyobrażona, zwerbalizowana i zapisana pozytywna zmiana sytuacji życiowej, którą osoba lub rodzina chcą osiągnąć),
- zadania i harmonogram ich realizacji (plan realizacji projektu socjalnego zawierający informację kto, co i kiedy realizuje działania zaplanowane w projekcie. Zadania są przypisane do konkretnych osób/rodzin tylko spośród uczestników danego projektu socjalnego – nigdy nie są to osoby z zewnątrz, które nie wiedzą o przypisanym im zadaniu, które przy ich realizacji mogą współpracować także z innymi osobami),
- koszty realizacji poszczególnych działań lub zadań i źródła ich finansowania (jeżeli dane zadanie wymaga nakładów finansowych i wiadomo skąd będą pochodziły środki finansowe),
- formy monitorowania i ewaluacji działań (określenie, co i kiedy będzie oceniane i jakie narzędzia oceny będą wykorzystywane),
- załączniki (dokumentacja zdjęciowa, kopie dokumentów diagnostycznych, itp.).

Data sporządzenia koncepcji projektu socjalnego to data ostatecznego podpisania projektu przez wszystkich jego uczestników (sam proces przygotowywania projektu może być uzgadniany wieloetapowo i rozłożony w czasie).

Egzemplarze karty projektu socjalnego powinno być tyle, aby każdy z uczestników/realizatorów projektu miał własny egzemplarz z oryginalnymi podpisami wszystkich jego uczestników/realizatorów. Kartę projektu socjalnego podpisują wszystkie osoby zaangażowane w jego realizację – zespół projektowy.

Wykorzystanie koszyka usług

W ramach projektu socjalnego – tworząc w gronie realizatorów projektu koncepcję działań (na karcie projektu socjalnego), wykorzystanie ewentualnych usług, sposób i termin kontaktu z usługodawcą oraz wskazanie osoby do kontaktu z usługodawcą zawarte będą w punkcie 3.4 w tabeli harmonogramu realizacji zadań. Rozliczenie z ustalenia dokonane będzie na karcie monitoringu i ewaluacji projektu socjalnego w części poświęconej opisowi przebiegu realizacji celów.

- II. Faza operacjonalizacji** to etap realizacji projektu, czyli wdrożenia zaplanowanych działań oraz sukcesywne osiąganie celu głównego i pozostałych celów.

Członkowie zespołu projektowego spotykają się zgodnie z terminami określonymi w harmonogramie działań. Ustawowo przypisanym realizatorem i jednocześnie koordynatorem działań w ramach projektu jest pracownik socjalny. Może on w miarę potrzeb kontaktować się z poszczególnymi realizatorami projektu oraz

zwoływać (poza harmonogramem) spotkania zespołu projektowego, celem ustalenia, czy pomyślnie przebiega realizacja działań zaplanowanych w projekcie.

Pracownik socjalny na tym etapie monitoruje i dokumentuje przebieg realizacji indywidualnego projektu socjalnego przy użyciu **karty monitoringu i ewaluacji projektu socjalnego** (**NARZĘDZIE 20: Karta projektu socjalnego**).

W razie potrzeby członkowie zespołu projektowego dokonują zmian w projekcie w obszarze celów i zadań do realizacji. Specjaliści pracujący w ramach Modelu oraz specjaliści zewnątrzni, bazując na zasobach, w maksymalnym stopniu mobilizują osoby oraz przedstawicieli rodziny do aktywnego uczestnictwa w rozwiązywaniu trudnej sytuacji. W trakcie realizacji projektu socjalnego pracownik socjalny oraz inni specjaliści mają możliwość zaangażowania się we współpracę z osobą lub rodziną i udzielenia bezpośredniego wsparcia w zakresie realizacji zadań.

III. Monitoring i ewaluacja – stanowi ocenę stopnia osiągnięcia zamierzonych celów poprzez przyglądanie się zakładanym rezultatom/przewidywanym efektom działań projektowych. Ocena dotyczy osiągnięcia celów, zastosowanych metod, uzyskanych efektów oraz dokonanych zmian u uczestników projektu socjalnego.

Pracownik socjalny na karcie monitoringu i ewaluacji projektu socjalnego dokonuje zapisu przebiegu realizacji zadań określonych w projekcie socjalnym. W przypadku zmian w sytuacji osoby lub rodziny, pracownik socjalny zapisuje na karcie monitoringu co należy zmienić w projekcie (cele lub zadania). W sytuacji, gdy projekt realizowany jest zgodnie z ustaleniami, po opisie dotychczasowych działań, pracownik socjalny zaznacza na karcie, iż projekt nie wymaga zmian. W sytuacji, gdy zrealizowano zaplanowane działania, po opisie przebiegu realizacji celów, pracownik socjalny zaznacza na karcie, iż projekt został zrealizowany.

Kartę monitoringu i ewaluacji projektu socjalnego podpisują wszystkie osoby zaangażowane w jego realizację.

Czas trwania projektu socjalnego

Czas trwania projektu jest istotny ze względu na przewidywane zaangażowanie osoby lub rodziny. Zakłada się, iż realizacja projektu socjalnego nie powinna trwać dłużej niż rok, począwszy od momentu ukończenia jego konceptualizacji.

Zakończenie projektu socjalnego

Decyzja o zakończeniu projektu socjalnego, podobnie jak w przypadku ZZK, powinna zostać omówiona i podjęta interdyscyplinarnie – w składzie uwzględniającym obecność osoby lub przedstawiciela rodziny oraz udokumentowana na karcie monitoringu i ewaluacji projektu. Zakończenie współpracy z rodziną w ramach projektu socjalnego może nastąpić, gdy:

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

W każdym przypadku współpraca z osobą lub rodziną metodą projektową może zostać wznowiona.

NARZĘDZIE 20: Karta projektu socjalnego.

2.2 Kolejne spotkania ZZK

- Kolejne spotkania ZZK służą wymianie informacji, jakie udało się zdobyć w minionym czasie, ewaluacji ustalonych wcześniej działań (przy wykorzystaniu części protokołu ZZK, dotyczącej monitoringu i ewaluacji), przedstawieniu przeszkód w realizacji ustalonych zadań, zebraniu diagnoz sporządzonych przez poszczególnych specjalistów (np. w formie pisemnej) i na tej podstawie zaktualizowaniu planu współpracy z osobą/rodziną.
- W ramach kolejnych spotkań członkowie ZZK:
 - wspólnie z rodziną mogą zmodyfikować plan współpracy, dostosowując go do aktualnych potrzeb, czyli np. uzupełnić go o inne usługi z dostępnego koszyka usług, określić potrzebę podjęcia współpracy z kolejnymi specjalistami zewnętrznymi lub partnerami,
 - mogą podjąć decyzję o opracowaniu koncepcji a następnie realizacji projektu socjalnego [*Projekt socjalny* – opis na stronie 87-89; **Narzędzie 20: Karta projektu socjalnego**].
 - ustalają działania do realizacji i dzielą się zadaniami na najbliższy okres,
 - dokumentują spotkania na druku protokołu spotkania ZZK,
 - ustalają terminy kolejnego spotkania i ewaluacji ustalonych działań.
- **Ocena efektów działań zaplanowanych przez pracownika socjalnego i członków ZZK powinna odbywać się systematycznie podczas kolejnych spotkań.**
- Pracownik socjalny na druku protokołu [**NARZĘDZIE 19: Protokół posiedzenia ZZK** - część dotycząca monitoringu i ewaluacji działań] zapisuje, co zostało zrealizowane przez poszczególnych członków i z jakim skutkiem. Zapis na karcie monitoringu powinien odnosić się także do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w indywidualnym planie współpracy z osobą/rodziną.
- Jeśli chodzi o **przebieg kolejnych spotkań**, to opis zmian zostaje rozpoczęty przez osobę/rodzinę, w dalszej kolejności przez osobę prowadzącą spotkanie i poszczególnych kooperantów. Jeśli któryś z członków ZZK nie może być obecny, to warto, by przesłał swoją pisemną opinię, chociażby drogą mailową.
Istotna jest konstruktywna, motywująca do dalszej pracy ocena okresowa realizacji działań: Które z zaplanowanych działań zostały zrealizowane? Przez kogo? Jeśli któreś nie, to co innego zostało zrealizowane zamiast poprzednio zaplanowanego działania? Jakich zasobów zabrakło do realizacji danego, niewykonanego działania? Czy jest możliwe ich zdobycie? W jakim stopniu zostały osiągnięte poszczególne cele? Jakie są efekty zrealizowanego planu współpracy? Czy cele niezrealizowane są nadal ważne, czy też wyłoniły się inne potrzeby, bardziej w tym momencie priorytetowe? Wnioski osoby/rodziny i przedstawicieli służb zaangażowanych we współpracę.
- Jako scenariusz kolejnych spotkań – po dostosowaniu do etapu pracy – można wykorzystać [**NARZĘDZIE 21: Scenariusz drugiego i kolejnych spotkań ZZK**].
- W czasie 3-4 spotkania można przeprowadzić ewaluację bieżącą **NARZĘDZIE 16B: Kwestionariusz ewaluacji bieżącej współpracy (on-going)** wraz z Instrukcją (**Załącznik 5**)

Przy organizacji procesu współpracy w ramach ZZK ważne jest by pamiętać, iż **inicjatorem współpracy może być każdy ze wskazanych na poziomie PZK partnerów**, co może wpływać na zwiększanie zaangażowania poszczególnych partnerów w proces budowania współpracy, sprzyjąc delegowaniu zadań, a z pewnością przyczynia się do odciążenia pracownika socjalnego.

W ZZK współprowadzenie kooperacji może przejawiać się tym, iż **każdy z partnerów oraz osoba/rodzina, może zgłosić potrzebę zwołania ZZK** i zainicjować posiedzenie we współpracy z pracownikiem socjalnym oraz udostępnić lokal na spotkanie. **Jednak to pracownik socjalny prowadzi i archiwizuje całą dokumentację osoby/rodziny i udostępnia kopię z posiedzenia Zespołu osobie/rodzinie i innym kooperantom.**

Kolejne spotkania ZZK mogą odbywać się na terenie OPS lub w innym dogodnym do tego miejscu (np. szkoła, placówka wsparcia dziennego, stowarzyszenie). W wyjątkowych sytuacjach, np. jeśli jakieś zadanie jest zlecone przez gminę innemu podmiotowi niż OPS, ZZK powołuje pracownik socjalny, a spotkanie może prowadzić pracownik pełniący kluczową rolę we współpracy z osobą lub rodziną (np. gdy pracę z rodziną z dziećmi realizuje zespół placówek wsparcia rodziny lub organizacja pozarządowa, to spotkanie ZZK może prowadzić asystent rodziny lub jego przełożony w miejscu ich zatrudnienia).

**Przesłanki do
zawieszenia
ZZK
oraz
przesłanki
do powrotu
do pracy
w formule ZZK**

- Formuła ZZK zakłada dobrowolny i świadomy udział osoby lub rodziny we wszystkich planowanych spotkaniach. Nie da się jednak wykluczyć sytuacji, gdy, mimo złożenia wstępnej deklaracji współpracy osoba lub rodzina nie zgłasza się na kolejne zaplanowane spotkania Zespołu. Pracownik socjalny ma możliwość – działając w porozumieniu z innymi specjalistami – **zawiesić współpracę ZZK. Przesłankami do zawieszenia mogą być sytuacje, gdy:**

- napotkano na opór rodziny w podejmowaniu współpracy z ZZK,
- rodzina utrudnia kontakt z Zespołem,
- rodzina dyskredytuje inicjatywy współpracy, kwestionuje podejmowane ustalenia lub sabotuje podejmowane działania,
- rodzina nie wyraża zgody na dalsze uczestnictwo w formule zespołowej,
- uczestnictwo osoby lub rodziny w spotkaniach zespołu jest niemożliwe i nie jest to jednorazowa sytuacja (np. ze względu na długotrwałą chorobę).

- **W sytuacji, gdy wystąpiły przesłanki do zawieszenia współpracy w formule ZZK, pracownik socjalny wraz z zespołem podejmują następujące działania:**

- kontaktują się z osobą lub rodziną i ustalają przyczyny braku gotowości do współpracy w formule ZZK (o ile nie są znane),
- pracownik socjalny oraz inni specjaliści kontynuują współpracę na rzecz rodziny w ramach spotkań konsultacyjnych – ustalają m.in. plan pomocy, uwzględniający wspólne wzmocnienie partycypacji rodziny we współpracy lub pracownik socjalny podejmuje decyzję o powrocie do formuły indywidualnej pracy z rodziną – ustala plan pomocy uwzględniający wzmocnienie partycypacji rodziny we współpracy.

WAŻNE!

Na każdym etapie pracy z rodziną praca ZZK może zostać wznowiona.

- **Przesłankami do wznowienia współpracy w ZZK jest np. sytuacja, gdy:**

- rodzina deklaruje udział w pracach ZZK,
- jest otwartość na współpracę,
- rodzina ma gotowość do spotykania się z Zespołem,
- rodzina rozumie cele współpracy i współpracuje w ich wyznaczaniu,
- rodzina współuczestniczy w podejmowaniu ustaleń,
- rodzina realizuje powzięte działania.

- W sytuacji, gdy rodzina deklaruje udział i pracę w ZZK, pracownik socjalny wraz z Zespołem podejmują dalsze działania, mające na celu pomoc osobie/rodzinie w przezwyciężaniu trudnej sytuacji.

2.3 Zakończenie pracy z osobą lub rodziną w ramach ZZK

- **Decyzja o zakończeniu pracy ZZK** powinna zostać omówiona i podjęta multiprofesjonalnie – w składzie uwzględniającym obecność osoby, rodziny lub przedstawiciela rodziny oraz udokumentowana na karcie protokołu ZZK [**NARZĘDZIE 19: Protokół posiedzenia ZZK**].
- Praca ZZK może zakończyć się jeżeli:
 - zostaną zrealizowane cele współdziałania ZZK z osobą, rodziną w celu przezwyciężenia jej trudnej sytuacji,
 - uzyskano ocenę szerszego grona specjalistów, że zmiany w sytuacji osoby/rodziny są na tyle utrwalone, że można zakończyć współpracę,
 - wyczerpią się możliwości wsparcia multiprofesjonalnego,
 - osoba lub rodzina, mimo wyrażonej i zadeklarowanej współpracy, nie realizuje wspólnych ustaleń,
 - osoba lub rodzina zrezygnuje z udziału we współpracy,
 - nie może być kontynuowana po stronie osoby/rodziny z przyczyn naturalnych (np. śmierć), losowych lub innych trwałych przeszkód.
- **Rekomendacja**
W końcowej fazie współpracy powinna być przeprowadzona ankieta ewaluacyjna, podsumowująca współpracę lub fakultatywnie pogłębiony wywiad swobodny. [**NARZĘDZIE 16C: Kwestionariusz ewaluacji końcowej współpracy (ex-post) wraz z Instrukcją (Załącznik 5)**]
Wyczerpanie formuły ZZK nie musi jednak zakończyć współpracy.
- Członkowie ZZK mogą także na tym etapie podjąć decyzję o opracowaniu koncepcji i współrealizowaniu projektu socjalnego [*Projekt socjalny – opis w Modelu, NARZĘDZIE 20: Karta projektu socjalnego*].

MONITORING I EWALUACJADZIAŁAŃ W MODELU

EWALUACJA PRACY Z OSOBĄ I RODZINĄ

Zadaniem monitoringu i ewaluacji jest sprawdzenie, czy robione jest wszystko, by cele powołania ZZK zostały osiągnięte, czy stosowane są optymalne rozwiązania, czy podjęte są właściwe decyzje. Monitoring i ewaluacja pozwalają skoordynować kolejne działania tak, by jak najlepiej wykorzystywać ograniczone środki, które są do dyspozycji w pomocy społecznej i innych resortach.

Korzyści z prowadzenia ewaluacji

- pozwala na przyjęcie postawy refleksyjnej wobec dotychczas podejmowanych działań,
- umożliwia poszerzenie wiedzy, zwiększenie świadomości w zakresie tego, co działa w obszarze pomocy społecznej i pracy socjalnej,
- pozwala na zainicjowanie dyskusji, dotyczącej przyszłego kierunku ewaluacji w sektorze pomocowym,
- umożliwia wprowadzenie ewentualnych zmian w sposobie funkcjonowania instytucji pomocy społecznej,
- wzmacnia poczucie współodpowiedzialności, przez zwiększenie skuteczności i wydajności działań pomocowych,
- wzmacnia partnerstwa i poczucie współwłasności przez realizowanie zasady *empowerment*, aktywizuje i wzmacnia powiązania, relacje współpracy, interakcji między uczestnikami określonego przedsięwzięcia.

Cele monitoringu i ewaluacji ZZK w Modelu

Cele monitoringu i ewaluacji w praktycznym wymiarze zastosowania współpracy w formule ZZK są następujące:

1. W obszarze współpracy z osobą i rodziną:

- określenie przez osobę/rodzinę zmian, jakie zaszły w ich rodzinach poprzez rozwiązanie trudności zdiagnozowanych na początku pracy oraz określenie korzyści, jakie rodziny wyniosły w związku z udziałem w pracach Zespołu,
- określenie stopnia efektywności usługi (wartości osiągniętych rezultatów) w zakresie rozwiązania zgłaszanych problemów/obszarów pracy z rodziną i zdiagnozowania potrzeb rodziny, co do przedłużenia wsparcia i dalszej współpracy z poszczególnymi specjalistami.

2. W obszarze współpracy między członkami ZZK:

- oceny pracy zespołu multiprofesjonalnego, tj. mocnych stron oraz słabych stron, informacji na temat tego, czego zabrakło w ramach pracy Zespołu,
- określenie przez odbiorców wsparcia zmian, jakie zaszły w ich rodzinach poprzez pracę ZZK, określenie korzyści, jakie rodziny wyniosły w związku z udziałem w pracach ZZK,
- określenia stopnia efektywności współdziałania członków ZZK, a także członków PZK w korelacji z ZZK,
- określenie stopnia efektywności proponowanych przez ZZK usług (wartości osiągniętych rezultatów).

Z dobrze sformułowanego celu ewaluacji musi wynikać zmiana, która będzie widoczna w relacjach/współdziałaniu pracowników poszczególnych organizacji, co będzie przekładać się na efektywność procesu pomocowego

Wymiary monitoringu i ewaluacji

Monitoring i ewaluacja na poziomie ZZK odnosi się do dwóch wymiarów:

- I. Monitoring i ewaluacja **efektów współpracy specjalistów z osobą/rodziną** (w kontekście zrealizowanych celów). Status: obligatoryjna, w gestii pracownika socjalnego i specjalistów, rekomendowane **NARZĘDZIE 19: Protokół posiedzenia ZZK (w części dotyczącej monitoringu/ewaluacji działań ZZK)**.
- II. Ewaluacja **współpracy specjalistów w formule multiprofesjonalnej** – na potrzeby określenia zasobów i ograniczeń realizowanej w ramach ZZK współpracy (nie dotyczy ewaluacji pracy z konkretną rodziną).

Wymiar I: Monitoring i ewaluacja efektów współpracy specjalistów z osobą/rodziną

W gestii: pracownika socjalnego i specjalistów.

Rekomendowane NARZĘDZIE 19: *Protokół posiedzenia ZZK (w części dotyczącej monitoringu/ewaluacji działań ZZK)*.

Monitoring i ewaluacja działań zaplanowanych przez uczestników ZZK wraz z osobą lub rodziną odbywa się systematycznie, podczas kolejnych spotkań Zespołu z osobą lub rodziną. Pracownik socjalny w protokole posiedzenia ZZK [**NARZĘDZIE 19: Protokół posiedzenia ZZK**] w części dotyczącej monitoringu/ewaluacji działań ZZK zapisuje, co i z jakim skutkiem udało się zrealizować osobie/rodzinie i poszczególnym członkom Zespołu. Zapis na karcie monitoringu/ewaluacji powinien odnosić się także do skuteczności zrealizowanych działań oraz ewentualnej konieczności modyfikacji założeń zawartych w planie współpracy.

Ocena rezultatów działań polega na analizie „drogi”, jaką przeszła osoba, rodzina i przedstawiciele służb podejmujący działania w ramach pracy w formule ZZK w przewyciężeniu trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny. W końcowej ocenie chodzi o porównanie zmian, jakie nastąpiły w sytuacji osoby lub rodziny między początkiem a zakończeniem metodycznego działania. Istotne jest, aby przy dokonywaniu końcowej oceny była obecna osoba/rodzina i byli wszyscy profesjonaliści zaangażowani w działania na rzecz wyjścia osoby/rodziny z trudnej sytuacji życiowej. Końcowa ewaluacja działań kierowanych do osoby lub rodziny objętej wsparciem w ramach Zespołu, ma na celu zbadanie, w jakim stopniu zrealizowane zostały cele.

Istotnym zagadnieniem jest kwestia **monitorowania sytuacji osoby i rodziny po zakończeniu wsparcia**. To pewnego rodzaju porównywanie stanu początkowego sytuacji klienta, do stanu obecnego. Praca socjalna z osobą i rodziną jest zazwyczaj procesem długofalowym. Działania nie mogą skończyć się z momentem usamodzielnienia rodziny, konieczne jest prowadzenie ciągłego wsparcia w postaci monitorowania aktualnej sytuacji. Jest to praca z osobą lub rodziną oraz współpraca z innymi podmiotami i instytucjami. Konieczne jest ciągle wzmacnianie kompetencji i podnoszenie możliwości rozwojowych klienta, również po zakończeniu współpracy.

Ponadto, monitorowanie sytuacji jest niezwykle ważne dla prawidłowego funkcjonowania osoby/rodziny. Poprawa, która sugeruje zakończenie współpracy może być tylko chwilowa, w związku z tym konieczne jest utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną lub osobą, by mieć ogólny obraz bieżącej sytuacji. Monitorowanie ma również na celu zapobieżenie powrotowi klienta do momentu, w którym był przed udzieleniem wsparcia.

Osoba lub rodzina wyraża zgodę na monitorowanie swojej sytuacji po zakończeniu wsparcia już w momencie, gdy zaakceptowała przekazanie jej sprawy do ZZK i uzyskała wsparcie. Niezwykle istotne jest to, aby w proces monitorowania włączeni zostali wszyscy, którzy brali udział w działaniach na rzecz jej sytuacji. Częstotliwość monitorowania powinna wynikać z analizy indywidualnego przypadku, który trafia do ZZK. W modelu przyjmuje się, że proces monitorowania rodziny będzie odbywał się nie rzadziej jak raz na miesiąc przez okres pół roku. W uzasadnionych przypadkach może istnieć potrzeba częstszego monitorowania procesu zmiany lub proces ten może trwać przez dłuższy okres czasu. W sytuacji, gdy zidentyfikowane potrzeby zostaną całkowicie zaspokojone i nie będzie przesłanek do kontynuacji dalszej pracy z osobą lub rodziną będzie można także wcześniej zakończyć proces monitorowania. Wskazanie częstotliwości i czasu trwania monitorowania oraz fakt wcześniejszego jego zakończenia winny być jednoznacznie potwierdzone w protokole prac ZZK.

Wymiar II: Ewaluacja współpracy specjalistów w formule multiprofesjonalnej

W gestii: pracownika socjalnego i specjalistów

Opcja 1: **Ankieta ewaluacyjna podsumowująca współpracę** – obligatoryjna.

*Może to być prosta ankieta zawierająca trzy zagadnienia, np.: najbardziej wartościowe aspekty współpracy, słabe strony współpracy w ramach ZZK i sugestie dotyczące ZZK, które mogłyby posłużyć udoskonaleniu tej formuły współpracy. Może to być także narzędzie [np. wzór **NARZĘDZIE: 16C**: Kwestionariusz ewaluacji końcowej współpracy (ex-post) wraz z Instrukcją (**Załącznik 5**)]*

Opcja 2: **Pogłębiony wywiad swobodny** (*in depth interview*) – fakultatywny.

Sprowadza się do bezpośredniej, zaplanowanej rozmowy pracownika socjalnego z pojedynczymi członkami ZZK. Pracownik socjalny może posłużyć się scenariuszem wywiadu, który będzie zawierał spis wątków do omówienia lub/oraz wykaz szczegółowych pytań. Poniżej przedstawiono kilka pytań pomocniczych, które mogą pomóc w ustaleniu jakości i efektywności dotychczasowej współpracy:

- Jakie wspólne działania oceniasz jako najbardziej wartościowe?
- Czy Twoim zdaniem działania te zakończyły się sukcesem? Dlaczego? Co na to wskazuje?
- Jak Twoim zdaniem przebiegała współpraca partnerów przy realizacji wyznaczonych celów?
- Czy dostrzegasz trudności we współpracy? Czy jest coś, co się nie udało? Dlaczego?
- Co ułatwiało współpracę?
- Czy widzisz obszary, gdzie współpraca wymaga jeszcze poprawy? Co konkretnie warto zmienić/poprawić?

Opcja 3: **Kwestionariusze ewaluacji wstępnej, bieżącej i końcowej** – fakultatywne

Do przeprowadzenia ewaluacji w tym obszarze rekomenduje się: **NARZĘDZIE: 16A:** Kwestionariusz ewaluacji wstępnej współpracy (*ex-ante*) **NARZĘDZIE: 16B:** Kwestionariusz ewaluacji bieżącej współpracy (*on-going*) **NARZĘDZIE: 16C:** Kwestionariusz ewaluacji końcowej współpracy (*ex-post*) wraz z Instrukcją (**Załącznik 5**).

Powyższe narzędzia dają możliwość na:

- zapoznanie się z doświadczeniami w zakresie kooperacji potencjalnych uczestników Zespołu przed rozpoczęciem ich prac w ZZK (ankieta ewaluacji wstępnej),
- zestawienie potrzeb i oczekiwań członków ZZK z późniejszymi doświadczeniami,
- analizę wstępnych doświadczeń z pracy w ZZK (ankieta ewaluacji bieżącej),
- ocenę jakości realizacji działań ZZK,
- podsumowanie prac w ramach działań kooperacyjnych (ankieta ewaluacji końcowej).

Zebrane materiały pozwolą na: ocenę poziomu współpracy kooperacyjnej, wskazanie problemów i potrzeb ZZK oraz pozwolą sformułować rekomendacje do pracy w formule ZZK.

W okresie realizacji Projektu Kooperacje 3D i wdrażania Modelu wykorzystane zostaną NARZĘDZIA 16A, 16B i 16C

WYKAZ NARZĘDZI

Narzędzie 1A	Instytucje kultury – ocena zasobów
Narzędzie 1B	Instytucje rynku pracy – ocena zasobów
Narzędzie 2	Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej cz.1
Narzędzie 3	Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników ośrodka pomocy społecznej cz.2
Narzędzie 4	Wzór upoważnienia
Narzędzie 5	Scenariusz spotkania inicjującego PZK
Narzędzie 6	Kwestionariusz oceny współpracy międzysektorowej, międzyresortowej i międzyorganizacyjnej pracowników kooperantów w ramach PZK
Narzędzie 7 A-H	Karta usług kooperanta (przykładowe wersje)
Narzędzie 8	Deklaracja przystąpienia do PZK - wzór
Narzędzie 9	Ramowy Regulamin PZK - wzór
Narzędzie 10	Scenariusz spotkania formalizującego PZK
Narzędzie 11	Lokalny koszyk usług w formacie Excel
Narzędzie 12	Scenariusz spotkania PZK
Narzędzie 13	Ewaluacja partnerskich zespołów kooperacyjnych – pytania ewaluacyjne
Narzędzie 14	Przyjęcie wniosku / protokół
Narzędzie 15	Karta działań w pracy socjalnej
Narzędzie 16A	Kwestionariusz ewaluacji wstępnej współpracy (ex-ante)
Narzędzie 16B	Kwestionariusz ewaluacji bieżącej współpracy (on-going)
Narzędzie 16C	Kwestionariusz ewaluacji końcowej współpracy (ex-post)
Narzędzie 17	Przewodnik po działaniach niezbędnych do zorganizowania pierwszego spotkania partnerów w ramach ZZK
Narzędzie 18	Scenariusz pierwszego spotkania ZZK
Narzędzie 19	Protokół posiedzenia ZZK
Narzędzie 20	Karta projektu socjalnego
Narzędzie 21	Scenariusz drugiego i kolejnych spotkań ZZK

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

- Załącznik 1** Warunki wdrożenia Modelu Kooperacji 3D w OPS – procedury komunikacji. Poszerzenie tematyki
- Załącznik 2** Warunki wdrożenia Modelu Kooperacji 3D w OPS – zasoby kadrowe w Modelu. Poszerzenie tematyki
- Załącznik 3** Warunki wdrożenia Modelu Kooperacji 3D w OPS – wzmacnianie współpracy międzypracowniczej. Poszerzenie tematyki
- Załącznik 4** Wybrane przesłanki przejścia do pracy z osobą/rodziną w formule ZZK na poszczególnych etapach metodycznego działania. Poszerzenie tematyki
- Załącznik 5** Monitoring i ewaluacja na poziomie ZZK w modelu Kooperacji 3D – Instrukcja do przeprowadzania badań ewaluacyjnych

SPIS RYSUNKÓW

- Rysunek 1.** Poziomy współpracy w Modelu Kooperacji 3D..... 21
- Rysunek 2.** Relacje pomiędzy poszczególnymi aktorami Modelu Kooperacji 3D..... 22
- Rysunek 3.** Zakres zmian po wprowadzeniu Modelu Kooperacji 3D..... 23
- Rysunek 4.** Rozproszenie usług społecznych w środowisku lokalnym..... 29
- Rysunek 5.** Rola ROPS w Modelu Kooperacji 3D..... 31
- Rysunek 6.** Powołanie i funkcjonowanie partnerskich zespołów kooperacyjnych (PZK)..... 39
- Rysunek 7.** Okresowy plan działań PZK 44
- Rysunek 8.** Powołanie i funkcjonowanie zadaniowych zespołów kooperacyjnych zaangażowanych w pomoc osobie lub rodzinie 62
- Rysunek 9.** Etapy metodycznego działania w ramach pracy socjalnej w OPS oraz w kooperacji (ZZK)..... 71
- Rysunek 10.** Schemat działań pracownika socjalnego prowadzących do powołania ZZK. 73
- Rysunek 11.** Procedura powoływania ZZK – od rozpoznania potrzeby pomocy multiprofesjonalnej 77