



W TROSCE O GODNOŚĆ I DOBROSTAN CZŁOWIEKA

Wymiana doświadczeń na rzecz zmiany praktyki

Praktyka pracy z osobami bezdomnymi
dotkniętymi problemami zdrowia psychicznego.
Poradnik



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Tytuł projektu Erasmus+: DIGNITY & WELL-BEING: Exchange for changing (2016-1-PT01-KA202-022970 ERASMUS+)

Polski tytuł projektu: W TROSCE O GODNOŚĆ I DOBROSTAN CZŁOWIEKA. Wymiana doświadczeń na rzecz zmiany praktyki

Tytuł dokumentu: Practical Approaches to working with Homeless People with Mental Health Problems

Polski tytuł dokumentu: Praktyka pracy z osobami bezdomnymi dotkniętymi problemami zdrowia psychicznego. Poradnik

Autorzy

Elias BARRETO, Psycholog, CHPL

António BENTO, Psychiatrya, CHPL

Luigi LEONORI, Psycholog, SMES-Europa

Silvia RAIMONDI, Psycholog, SMES-Europa

Philip TIMMS, Psychiatrya, SMES-Europa

Pierre RYCKMANS, Lekarz, IdR, SMES-Europa

Preben BRANDT, Psychiatrya, Projekt UDENFOR

Per GLAD, Pracownik socjalny, Projekt UDENFOR

Gitte AALBÆK, Pracownik socjalny, Projekt UDENFOR

Panagiota FITSIOU, Psycholog, EKP&PSY

Niki DARMOGIANNI, Edukator, EKP&PSY

Sofoulis TATARIDIS, Realizator projektów, EKP&PSY

Renia POURNARA, Adwokat, MfA, EKP&PSY

Jacopo LASCIALFARI, Menadżer projektów, Fondazione Devoto

Andrzej CZARNOCKI, Kierownik placówki, Caritas AW

Anna BOCZKOWSKA, Psycholog, Caritas AW

Victor SOTO, Psychiatrya, PSSJD

Isabel M^a MARTÍNEZ, Pielęgniarka psychiatryczna, PSSJD

Inés CAMPO, Pielęgniarka psychiatryczna, PSSJD

Tony O'RIORDAN, Dyrektor, Midland Simon

John MCEVOY, Menadżer projektów, Sophia

Partnerzy projektu: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Koordynator, (Portugalia); Santé Mentale Exclusion Sociale SMES-Europa (Belgia), Etairia Koinonikis Psixiatrikis kai Psixikis Ygeias (Grecja), Projekt UDENFOR (Dania), Istituto Andrea Devoto (Włochy), Caritas Archidiecezji Warszawskiej (Polska), Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Hiszpania) i Midlands Simon Community (Irlandia) z udziałem Infirmiers de rue, Belgia, jako gościa Smes-Europa.

Miejsce wydania wersji polskiej: Warszawa, PL

Data wydania wersji polskiej: Maj 2019

Miejsce wydania wersji angielskiej: Lizbona, PT

Data wydania wersji angielskiej: Czerwiec 2019

“

Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, art.25.

SPIS TREŚCI

Wstęp	06
Rozdział 1. Pomoc socjalna	11
Rozdział 2. Zdrowie	25
Rozdział 3. Mieszkanie	41
Rozdział 4. Zdrowienie – integracja	57
Rozdział 5. Wyjście do potrzebującego – <i>outreach</i>	67
Rozdział 6. Sieć pomocy – <i>networking</i>	81
Rozdział 7. Troska o personel	95
Program szkolenia	107
Słowniczek	119
Odniesienia do literatury	125

Wstęp

Praca z osobami borykającymi się zarazem z bezdomnością, jak i szeroko pojętymi obciążeniami psychicznymi, jest zadaniem wymagającym, do którego nikt nie jest w pełni wyposażony. Wielorakie problemy tych ludzi, problemy z dotarciem do nich, ze współpracą z innymi podmiotami pomocowymi, konieczność właściwego zadbania o personel wykonujący tę pracę – wszystko to sprawia, że żadna pojedyncza osoba, dyscyplina czy służba nie jest w stanie unieść całego zakresu spraw. Bardzo często osoby podejmujące pracę w tym obszarze stają wobec własnych ograniczeń i czują potrzebę wyjścia poza zwykłe sposoby postępowania i dotychczasową wiedzę, by lepiej uczynić zadość ludzkim potrzebom i lepiej współpracować z innymi.

Nieodparcie powraca poczucie, że to, czego nauczyliśmy się na studiach i kursach, to ciągle za mało.

W tym obszarze pracy kluczowe znaczenie ma wyciąganie wniosków z własnego i cudzego doświadczenia, refleksyjna praktyka nieustannie szukająca adekwatnych odpowiedzi dla niepowtarzalnych sytuacji. Kopiowanie gotowych rozwiązań nie wystarcza.

Niniejszy poradnik ma na celu pomóc osobom zawodowo czynnym na tym polu w rozwijaniu umiejętności skutecznego zbliżania się do potrzebującego pomocy, ma zarysować kontekst, który pozwoli pomagającym lepiej uświadomić sobie „wielowyzwaniowość” i wielowymiarowość ich pracy, jak również nakreślić zasady, według których powinna się realizować dobra praktyka.

„Praktyka pracy z osobami bezdomnymi dotkniętymi problemami zdrowia psychicznego” jest rezultatem trzyletniego projektu (2017-2019) sfinansowanego przez program Erasmus+.

Projekt ten wziął początek od wcześniejszego projektu SMES-Europa pod nazwą „Dignity and Well-being” realizowanego w latach 2015-2016, w ramach którego pochodzący z różnych krajów pracownicy pomocowi różnych profesji dyskutowali między sobą konkretne przypadki osób bezdomnych pozornie odmawiających przyjęcia pomocy. Jednocześnie wizytowano lokalne placówki pomocowe, wymieniano się uwagami na temat praktyk i metod. Odbyły się trzy warsztaty – w Warszawie, Atenach i Kopenhadze – w wyniku których dokonano analizy ponad 50 indywidualnych przypadków i opublikowano ją w formie zbioru ścieżek pomocy i interwencji (Fabio Bracci, 2017; SMES-Europa we współpracy z Fondazione Istituto Andrea Devoto).

Projekt Erasmus+ pod nazwą “Dignity and Well-Being- exchange for changing” (W trosce o godność i dobrostan człowieka: Wymiana doświadczeń na rzecz zmiany praktyki) posłużył się tą samą rozwiniętą przez SMES-Europa metodologią (dyskusji nad indywidualnymi przypadkami i wizyt studyjnych) dla osiągnięcia nowego celu: przygotowania curriculum szkolenia i poradnika dla osób trudniących się pomaganiem ludziom w sytuacji bezdomności i obciążeń (problemów) psychicznych.

Projekt wystartował spotkaniem w dniach 9-10 grudnia 2016 w Brukseli. Był to czas planowania i rozważania dróg osiągnięcia zamierzonych rezultatów.

Pierwsze warsztaty odbyły się w Lizbonie, w dniach 14-18 marca 2017. Realizatorzy rozpoczęli wspólną refleksję nad wcieleniem projektu w życie. Pozostając przy metodologii wizyt studyjnych i dyskusji nad przypadkami dodaliśmy jeszcze jeden wymiar. Każdy z realizatorów miał się zastanowić, jakiej brakowało mu wiedzy i umiejętności, kiedy zaczynał pracę na rzecz osób bezdomnych, i do jakich umiejętności w międzyczasie doszedł. Rozpoczęła się grupowa dyskusja połączona z analizą indywidualnych wypowiedzi.

Była to jednocześnie okazja, by przyjrzeć się usługom pomocowym funkcjonującym w Lizbonie oraz zapoznać się z ich nowatorską organizacją i koordynacją pod auspicjami NPISA – nowopowstałej centralnej jednostki planującej i realizującej działania w stosunku do osób bezdomnych. Podczas dwóch ostatnich dni warsztatów miała miejsce zwołana przez SMES-Europa konferencja, na którą przybyli uczestnicy z 15 krajów. Wykłady i warsztaty koncentrowały się wokół tematyki usług socjalnych, zdrowotnych, mieszkaniowych i integracyjnych.

Kolejne warsztaty odbyły się w Irlandii w dniach 25-29 października 2017 – po części w Dublinie, po części w Athlone. Mieliśmy możliwość zapoznania się z usługami mieszkaniowymi adresowanymi do osób bezdomnych w dużym i mniejszym mieście oraz wysłuchania ekspertów oraz osób zajmujących odpowiedzialne stanowiska w obszarze administracji i polityki.

Poza dyskusją nad przypadkami te warsztaty przyniosły także „burzę mózgów” na temat najistotniejszych i nieuniknionych wymiarów pracy w obszarze bezdomności i zdrowia psychicznego. Powstała pewna struktura myślowa, która poprowadziła nas w realizacji projektu i która znalazła wyraz w siedmioczęściowej strukturze poradnika: pomoc socjalna, zdrowotna, mieszkaniowa, integracyjna, wyjście ku potrzebującemu (outreach), współpraca z innymi podmiotami (networking) i troska o personel. Z chwilą zaistnienia tej konstrukcji grupa mogła rozpocząć pracę nad tekstem i pierwszym szkicem poradnika.

Spotkanie ewaluacyjne “w połowie drogi” odbyło się we Florencji w dniach 19-20 lutego 2018. Była to okazja do spotkania z ekspertami i akademikami, którzy pomogli nam krytycznie spojrzeć na cele i kierunek naszej pracy. W toku warsztatów grupa pracowała nad wyklarowaniem najistotniejszych treści, które miały znaleźć się w każdym z rozdziałów, co pomogło w rozwinięciu drugiego już szkicu poradnika.

Kolejne warsztaty odbyły się w Atenach w dniach 7-12 maja 2018. Odwiedziliśmy kilka kluczowych placówek pomocy, wysłuchaliśmy relacji ekspertów na temat sytuacji osób bezdomnych oraz kryzysu migracyjnego rozgrywającego się w Grecji.

Była to też okazja do przyjrzenia się powstałym już tekstom i nadania im jednolitej struktury, powtarzającej się w każdym rozdziale. Poszczególne warsztaty dotyczyły kolejnych obszarów tematycznych (w sumie siedmiu). W ramach każdego warsztatu temat dyskutowany był w dwóch podgrupach. W wyniku dyskusji każda podgrupa wydała dokument, scalony następnie w jeden tekst tematyczny. Odbyły się także otwarte dyskusje z udziałem beneficjentów usług, najważniejszych zaangażowanych podmiotów, przedstawicieli władz lokalnych i państwowych kształtujących politykę pomocy osobom bezdomnym, w tym szczególnym podgrupom tej kategorii, tj. migrantom, osobom obciążonym psychicznie. Podejmowano także problematykę networkingu, rzecznictwa i lobbyingu jako działalności wchodzących również w spektrum projektu.

Ostatnie warsztaty odbyły się w Barcelonie w dniach 22-26 października 2018. Znowu mieliśmy okazję odwiedzić kilku usługodawców, wymienić spostrzeżenia z ekspertami, zarówno badaczami, jak praktykami. Był to także czas zbierania reakcji na aktualny stan tekstów (bliski już finalnemu) i dyskusji nad nim.

Końcowe spotkanie ewaluacyjne miało miejsce w Brukseli w dniach 7-9 marca 2019. Była to okazja do rekapitulacji wszystkiego, co wydarzyło się w trakcie projektu, oraz przyjrzenia się w całości jego „rezultatom intelektualnym” – curriculum szkoleń oraz poradnikowi dobrych praktyk.

Momentem prezentacji ich ostatecznej wersji jest właśnie konferencja podsumowująca w Warszawie w dniu 9 maja 2019.

Wszystkie warsztaty były czasem intensywnej pracy, okazją do spotkania z lokalnymi ekspertami, przedstawicielami administracji i polityki – okazją do budowania i wzmocnienia europejskich więzi.

Dodatkowo ogrom pracy został wykonany pomiędzy warsztatami. Funkcjonowały podgrupy tematyczne, intensywnie korespondowano w ramach podgrup, między podgrupami, z redaktorem całości, w łonie całej grupy. Stanowi to o prawdziwie kolektywnym charakterze naszej pracy.

Opis poszczególnych faz projektu miał na celu wyjaśnienie procesu jaki zaowocował poradnikiem. Jego tekst to produkt destylacji wielu wizyt, wymian, dyskusji, pracy indywidualnej i skumulowanego doświadczenia partnerów. Wszyscy od wielu lat pracują z osobami bezdomnymi, przy czym każdy w innym środowisku profesjonalnym i kulturowym. Tę heterogeniczność wzmocnia jeszcze pochodzenie z ośmiu różnych krajów.

Jej właśnie zawdzięczamy bogactwo perspektywy, która ukształtowała dynamikę i proces pracy grupowej. Jednak z drugiej strony prezentowany poradnik charakteryzuje się zasadniczą spójnością myśli i jednością przekonań. W toku wspólnej 3-letniej podróży uczestnicy nauczyli się szanować wzajemne różnice jednocześnie dostrzegając przez nie wspólny grunt wartości i doświadczeń.

Poradnik podzielony jest na siedem rozdziałów, które można obrazowo porównać do czterech podpór i trzech poprzecznych belek scalających konstrukcję spójnego działania na rzecz osób bezdomnych:

1. Pomoc socjalna
2. Pomoc zdrowotna
3. Pomoc mieszkaniowa
4. Pomoc integracyjna
5. Wyjście do potrzebującego - *outreach*
6. Sieć pomocy - *networking*
7. Troska o personel

Cztery „podpory” to aspekt socjalny, zdrowotny, mieszkaniowy i integracyjny pomocy niezbędny dla poczucia godności i dla dobrostanu człowieka. Trzy „poprzeczne belki” – budowania mostów do potrzebującego, współpracy z innymi podmiotami i troski o personel – przenikają i scalają

aspekty „podporowe”.

Każdy rozdział zawiera wprowadzenie w tematykę, główne myśli i koncepcje, identyfikację oczekiwanych trudności, wskazanie dobrych praktyk, studium adekwatnego przypadku, a nadto słowniczek i odniesienia do literatury (także w internecie).

Pierwszy rozdział podnosi kwestie pomocy socjalnej, jako że bezdomność wpisuje się w tkankę społeczności i sieci społecznych powiązań działań. Ponieważ czynniki socjalne są w tej samej mierze częścią problemu co jego rozwiązanie, rozdział ten zarysowuje kontekst dla refleksji ma temat czynników społecznych, ochrony socjalnej i pracy socjalnej związanych z bezdomnością.

U osób bezdomnych jaskrawe są potrzeby zdrowotne z zarówno w obszarze zdrowia fizycznego, jak psychicznego. Drugi rozdział poświęcony jest wyzwaniom, jakie poważne problemy zdrowotne stawiają przed pomagającymi. Przeczytamy o ulicznych interwencjach medycznych, usługach ratunkowych, przyjęciach i wypisach ze szpitala, przymusowej hospitalizacji i dobrych praktykach w zakresie niesienia bezdomnym pomocy zdrowotnej.

Trzeci rozdział poświęcony jest pomocy mieszkaniowej – kluczowej w sytuacji bezdomności. Mowa w nim o wadze tych spraw, o procesie tworzenia „domu”, o postrzeganiu godnego miejsca zamieszkania w kategoriach praw człowieka, roli zamieszkania krótko- i długoterminowego i zasadach w pracy nad tworzeniem godnych warunków zamieszkania.

Czwarty rozdział traktuje o zdrowieniu, powrocie do społeczeństwa, integracji. Wyjaśnia, czym różni się od leczenia, wskazuje trudności i drogi radzenia sobie z nimi oraz dobre praktyki sprzyjające zdrowieniu.

Działalność na rzecz osób bezdomnych wygenerowała różnorodne formy wychodzenia ku tym ludziom. *Outreach* jawi się w tej pracy jako podstawowa metodologia. Rozdział piąty koncentruje się na tej tematyce ukazując praktykę outreachu w kategoriach uważnej, pełnej szacunku postawy, konkretnej usługi i modelu pracy. Mowa jest o fazach i profesjonalnych rolach w wychodzeniu ku potrzebującym, jak również o dobrych zasadach rządzących praktyką outreachu.

Praca z osobami bezdomnymi wymaga współpracy (sieciowania się) z innymi podmiotami i temu poświęcony jest rozdział szósty. Uświadamia on wagę networkingu jako podejścia na poziomie strukturalnym i operacyjnym. Mowa w nim o budowaniu i utrzymywaniu sieci współpracy, o tym jak radzić sobie z trudnościami i jakimi zasadami kierować się w praktyce.

Wreszcie, nie można zapominać o tym, że praca z osobami bezdomnymi stawia pomagających w obliczu dogłębnego ludzkiego cierpienia, wobec problemów stygmatyzacji i nierówności, co niewątpliwie rzutuje również na samopoczucie personelu i jakość jego pracy. Tak więc rozdział siódmy jest poświęcony trosce o personel oraz jego wykształcenie. Mowa w nim o zapobieganiu wypaleniu zawodowemu i rozwijaniu zdrowej kultury pracy i funkcjonowania zespołu.

Streszczona wyżej pokrótce zawartość poradnika jest odzwierciedleniem intelektualnej i rzeczywistej podróży, jaką odbyli partnerzy projektu. Możemy tylko sobie życzyć, by w jak największej mierze stała się ona udziałem jego czytelników.

Rozdział 1. Pomoc socjalna

Wprowadzenie

U podstaw wszelkich analiz i dyskusji dotyczących praw osób bezdomnych leży znajomość Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka a w szczególności artykułów nr 2, 22 i 25.

Ochrona socjalna jest powszechnie rozumiana jako "wszelkie inicjatywy pochodzące z sektora publicznego lub prywatnego mające na celu transfer dochodów i konsumpcji do osób ubogich, ochronę osób zagrożonych w swym utrzymaniu oraz wzmocnienie statusu społecznego i dostępu do praw osób doświadczających wykluczenia społecznego. Ogólnym celem tych działań jest poprawa sytuacji społeczno-ekonomicznej osób ubogich, zagrożonych i zmarginalizowanych" (Devereux & Sabates-Wheeler, 2004: i).

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka:

Artykuł 2. Każdy człowiek posiada wszystkie prawa i wolności zawarte w niniejszej Deklaracji bez względu na różnice rasy, koloru, płci, języka, wyznania, poglądów politycznych i innych, narodowości, pochodzenia społecznego, majątku, urodzenia lub jakiegokolwiek innego stanu. Nie wolno ponadto czynić żadnej różnicy w zależności od sytuacji politycznej, prawnej lub międzynarodowej kraju lub obszaru, do którego dana osoba przynależy, bez względu na to, czy dany kraj lub obszar jest niepodległy, czy też podlega systemowi powiernictwa, nie rządzi się samodzielnie lub jest w jakikolwiek sposób ograniczony w swej niepodległości.

Artykuł 22. Każdy człowiek ma jako członek społeczeństwa prawo do ubezpieczeń społecznych; ma również prawo do urzeczywistniania - poprzez wysiłek narodowy i współpracę międzynarodową oraz zgodnie z organizacją i zasobami każdego Państwa - swych praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, niezbędnych dla jego godności i swobodnego rozwoju jego osobowości.

Artykuł 25. Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny.

"Powyższa definicja jest zgodna z praktyką międzynarodową, ale może nieznacznie różnić się od założeń polityki socjalnej w państwach wysoko rozwiniętych. Ochronę socjalną z reguły zapewnia bowiem państwo. W teorii jest ona postrzegana jako umowa pomiędzy państwem a obywatelem, gdzie obie strony mają względem siebie określone prawa i obowiązki." (Harvey et al., 2007).

Pomoc społeczna to rodzaj ochrony socjalnej, z którym wiążą się konkretne działania i jasno określone cele. Zazwyczaj jest udzielana z ramienia państwa i finansowana z podatków. Równie ważnym czynnikiem w kontekście państw biedniejszych jest wsparcie darczyńców. Wpłaty mają charakter nieskładkowy, to znaczy kwoty wpłacane są bezpośrednio przez ofiarodawców. Niektóre z nich przeznaczone są na konkretne działania związane z trudną sytuacją poszczególnych kategorii osób potrzebujących a inne na szeroko zakrojone wsparcie grup o niskich dochodach. Budowanie usług publicznych na założeniu ochrony socjalnej automatycznie stwarza warunki do oferowania wsparcia socjalnego, podejmowania interwencji na rynku pracy, zarazem wspomagając rozwój nieformalnych sieci wsparcia finansowanego przez darczyńców,

organizacje charytatywne i lokalne społeczności.

Bezdomność to bardzo trudny stan, na który składa się szereg czynników, a ochrona socjalna bywa tu zarazem częścią problemu, kiedy barierą staje się brak środków, właściwej sieci socjalnej czy statusu danej osoby w danym kraju, jak i częścią rozwiązania, gdy mówimy o pozytywnych oddziaływaniach mogących pomóc w wyjściu z tego stanu.

Prawa socjalne jednostki zabezpiecza system ochrony socjalnej. System ten tworzy warunki zapobiegające procesom różnicowania i wykluczenia społecznego. Głównym celem ochrony socjalnej jest (i powinno być) zapobieganie. Niezależnie od szerokości geograficznej system pomocy społecznej tworzony jest po to, by chronić osoby zagrożone w swym utrzymaniu oraz wzmacniać status społeczny i dostęp do praw osób wykluczonych. Celem działań prewencyjnych jest zatem umożliwienie wyjścia z bezdomności i zapobieganie powrotowi do niej, przynajmniej w jej najdrastyczniejszej, „ulicznej” formie.



Działania na rzecz najbardziej pokrzywdzonych to działania na rzecz całej społeczności. Osoby żyjące w warunkach chronicznej socjalnej, fizycznej i psychicznej niestabilności są przejawem niemocy społeczeństwa i trwałym uszczerbkiem dla demokracji i spójności społecznej. Tylko społeczność zdolna usłyszeć głos najbardziej potrzebujących jest społecznością zdolną zadbać o samą siebie. Wykluczenie osób bezdomnych dotkniętych problemami zdrowia psychicznego dzieli społeczność na tych, którzy cieszą się posiadaniem praw, przywilejów i relacji oraz tych, którzy są tego pozbawieni. Społeczeństwo oparte na prawach człowieka nie może pozwolić sobie na włączanie jednych i wykluczanie drugich. Społeczność to środowisko, w którym jest miejsce dla każdego, które bierze odpowiedzialność za wszystkich, także tych, którzy nie potrafią być produktywni i samodzielni. I jest to kwestia nie tylko dobrostanu poszczególnych osób ale i zdrowia całej społeczności.

W tym kontekście wyzwaniem jest nowa europejska rzeczywistość, w której w związku z otwarciem granic różnice w ustawodawstwie poszczególnych państw utrudniają zabezpieczenie praw socjalnych osób przebywających poza granicami własnego kraju.

Główne myśli

Pracownicy pomocowi jako pośrednicy usług

Niezależnie od kraju czy sprawowanej funkcji, główną rolę w procesie udzielania wsparcia socjalnego odgrywa pracownik pomocowy. Ogólnie rzecz ujmując „praktyka socjalna na rzecz osób zmarginalizowanych dzieli się na pracę z indywidualnym przypadkiem oraz bezpośrednią realizację określonych usług, które możemy określić mianem „opieki socjalnej”. Niektórym udaje się łączyć obie funkcje”. (Louise Christensen 2018). Pracownik pomocowy jako pierwszy nawiązuje bezpośredni kontakt z osobą bezdomną, mediuje w jej imieniu i jest łącznikiem pomiędzy nią a systemem wsparcia. Nierzadko osoby bezdomne bywają całkowicie odcięte od świata. Uzyskanie dostępu do określonych świadczeń czy infrastruktury wykracza poza ich możliwości. Z tego powodu działania pracowników pomocowych, począwszy od osób które jako pierwsze nawiązują kontakt (zob. rozdział „Outreach – wyjście do potrzebującego”) a na pracownikach instytucjonalnych kończąc, mają fundamentalne znaczenie. W tej perspektywie pracownicy pomocowi stają się swego rodzaju przewodnikami osób bezdomnych, którzy tłumaczą, jak poruszać się w ramach systemu opieki i pomagają uzyskać dostęp do świadczeń będących szansą na wyjście z bezdomności. Płynna komunikacja pomiędzy pracownikami pomocowymi różnych szczebli oraz wzajemne uznanie formalnych i nieformalnych form wsparcia to niezbędne czynniki przecierające ścieżki pomocy.

- Profesjonalizm
- Kontakt bezpośredni
- Praca z przypadkiem
- Mediator
- Tłumacz
- Animator sieci pomocy
- Współpraca z różnymi służbami

Prawa i wolna wola człowieka

Wypracowanie sensownych ścieżek postępowania w dialogu z, a nie tylko na użytek, osób bezdomnych cierpiących na zaburzenia psychiczne to wyzwanie, które może wydawać się niewykonalne. Pracownik pomocowy powinien zawsze pamiętać, że głównym rozgrywającym jest osoba bezdomna i że żaden zewnętrzny menadżer, żaden „lepiej wiedzący”, nie rozwiąże za nią jej problemów. Poszanowanie godności oraz wolności wyboru osób korzystających ze wsparcia może stawiać pracowników pomocowych wobec trudnych konfliktów. W prawa jednostki wpisana jest bowiem wolna wola, w prawo - sprawiedliwość. Dobre ścieżki pomocowe wielokrotnie natrafiają na bariery prawne (np. legalność pobytu), innym razem pełne zaspokojenie potrzeb nie jest możliwe z powodu niedostatku środków. Z drugiej strony nie można nikogo zmusić do korzystania z własnych praw. Prawa człowieka, ludzka wolna wola, prawo oraz sprawiedliwość to czynniki nieustannie oddziałujące na pracę personelu pomocowego. Jedynym celem tej pracy jest

przywrócenie godności osobom bezdomnym i spowodowanie, by wzięły swoje życie we własne ręce. Pomoc musi być zatem dopasowana do konkretnych potrzeb jednostki.

Również osoby bezdomne chcą mieć prawo wyboru i możliwość wpływania na bieg własnego życia zarówno na poziomie indywidualnym jak też kolektywnym za pośrednictwem własnych stowarzyszeń. Coraz więcej jest akceptacji dla poglądu, iż należy brać pod uwagę opinie takich stowarzyszeń na temat działań pomocowych oraz oczekiwań kierowanych pod adresem personelu i instytucji pomocowych.

- Poszanowanie godności
- Prawo wyboru

Przywracanie indywidualnej sieci wsparcia

Urządzenia systemu ochrony socjalnej są z natury rzeczy sztuczne. Choć niezbędne do tworzenia możliwości wychodzenia z bezdomności, są sztucznym dziełem systemu. Realne życie jednostki to zupełnie inna historia. Bardzo często osoba bezdomna podążając szlakiem schronisk, jadłodajni i ogrzewalni dziennych domów opieki, żyje w swego rodzaju świecie równoległym. Pociąga to za sobą ryzyko chronicznej zależności od systemu wsparcia. Co więcej, relacje z pracownikami pomocowymi są zdeterminowane przez ich zawodowe role, co może być przeszkodą w doświadczeniu prawdziwej przyjaźni. Niebezpieczeństwem polega na odbudowywaniu życia w ramach programów wsparcia, co w istocie może zwiększać zależność i prowadzić np. do niekończącej się „aktywizacji zawodowej”. Wiele osób bezdomnych z problemami zdrowia psychicznego nie może nadążyć za społeczeństwem ze względu na deficyty produktywności, autonomii i zdrowia. W tej sytuacji ważne jest związanie ich z własną siecią wsparcia – krewnymi, znajomymi, jakimś zajęciem itp. Ważne jest danie im możliwości realnego życia w odinstytucjonalizowanym świecie, w którym słabsze i zagrożone jednostki otrzymują wsparcie od lokalnej społeczności.

- Ryzyko chronicznej bezdomności
- Relacje
- Odbudowywanie relacji
- Sieć wsparcia

Trudności

Ubóstwo

W krajach europejskich ceny nieruchomości (ich zakupu i najmu) są często niedocenianym a więc i pomijanym w programach prewencji i interwencji czynnikiem bezdomności. Być może też spycha się je na dalszy plan, ponieważ ubóstwo i ceny nieruchomości uwikłane są w sposób nieodwracalny w system praw rządzących polityką i tradycją. Istnieją już badania dotyczące tych zależności,

- Ubóstwo względne
- Badania

Presja interwencji na skutek sprzeciwu społecznego a brak środków

“Badania pokazują, że mimo iż czynniki zdrowotne, brak odpowiedniego wsparcia i kwestie behawioralne, szczególnie w okresie dorastania, mają istotny związek z bezdomnością we wczesnej dorosłości, to powiązanie to nie wyjaśnia tak wiele jak powiązanie z ubóstwem”.

I dalej: “Należy jednak stwierdzić, że związek pomiędzy tymi czynnikami ‘społecznego wsparcia’ a bezdomnością jest słabszy niż związek z ubóstwem materialnym i statusem ekonomicznym” (Glen Bramley & Suzanne Fitzpatrick, 2018).

Bрудna i zaniedbana osoba leżąca na ulicy, wykorzystująca otoczenie do załatwiania potrzeb fizjologicznych, przejawiająca zachowania antyspołeczne, budzi społeczny sprzeciw. Zachodzi tu konflikt pomiędzy potrzebami jednostki a potrzebami społeczeństwa. Gdzie jest granica? Jak długo człowiek może spać na klatce schodowej albo pod czymś sklepem - nawet jeśli jest chory i potrzebujący? Pracownicy pomocowi bardzo często stają

w obliczu sprzeciwu społecznego wywoływanego obecnością osób bezdomnych. Z jednej strony grozi im sprzeciw ważnych dla nich podmiotów, w tym decydentów politycznych finansujących ich pracę, z drugiej – mają twardą ścianę własnej etyki zawodowej. Stosowna interwencja powinna uwzględniać interesy obu stron, co nie zawsze jest możliwe. Z pozoru łatwiej stanąć po stronie osoby bezdomnej, zwłaszcza pracownikowi pomocowemu, ale to nie zawsze jest właściwa droga. Sprzeciw społeczny może skłonić polityków do strategii ukierunkowanych raczej na porządkowanie przestrzeni miejskiej niż na działania pomocowe ukierunkowane na osobę.

Kolejnym trudnym aspektem, z którym mierzą się pracownicy pomocowi jest czas. Wyprowadzenie osoby chorej psychicznie ze stanu bezdomności trwa, społeczeństwo zaś oczekuje szybkiego „rozwiązania problemu”, czyli usunięcia osoby z ulicy. Aby tego dokonać niezbędny jest długofalowy plan działania, tymczasem procedury schroniskowe czy niedobór środków wymuszają działania przyspieszone. A przecież nie da się w kilka miesięcy diametralnie odmienić życia osoby od lat mieszkającej „na ulicy”.

- Potrzeby jednostki a potrzeby społeczeństwa
- Niezbędny proces wymaga czasu

Diagnozowanie

Pokutuje powszechne przekonanie, że większość osób bezdomnych żyje „na ulicy” z własnej woli. Rozpoznanie, czy ten sposób życia jest rezultatem indywidualnego wyboru stanowi kolejną trudność, tak samo jak rozpoznanie, czy antyspołeczne zachowanie wynika z choroby czy z charakteru. Diagnoza jest zawsze trudna. Bezdomność jest wynikiem wielu subiektywnych i obiektywnych czynników i rzadko da się ich precyzyjnie dociec. I może nie ma to aż takiego znaczenia.

- Własny wybór
- Diagnoza
- Mnogość czynników

Brak współpracy pomiędzy służbami medycznymi i socjalnymi

Ze względu na ścieżki pozyskiwania funduszy na działania pomocowe, osoby bezdomne często mają do czynienia z szeregiem podmiotów pomocowych, które się ze sobą nie komunikują (Dennis, Coccozza, & Steadman, 1998), (John R. Belcher & Bruce R. DeForge 2012). Jedną z największych trudności stanowi brak współpracy między usługami socjalnymi a medycznymi. Nie jest to wynik złej woli zaangażowanych podmiotów, lecz różnych trybów edukacyjnych, różnych używanych przez nie języków i różnych celów. Rzadko zdarza się interdyscyplinarny zespół ludzi zdolny odpowiedzieć na złożone potrzeby osoby bezdomnej cierpiącej na zaburzenia psychiczne. Oferowane wsparcie jest zazwyczaj fragmentaryczne i niedopasowane. Główną przyczyną takiej sytuacji są trudności ze wzajemnym rozpoznaniami i uznaniem się specjalistów z obu stron. Jednym ze sposobów na zniwelowanie tego dystansu mogłoby być rozszerzenie profesjonalnej psychiatrii o elementy psychiatrii społecznej opartej na ogólnohumanistycznych zasadach takich jak troska i zrozumienie. (Brandt, P., Proposal for a social psychiatry theory based on experiences from a programme for homeless mentally ill; 1996).

Brakuje też szkoleń ukierunkowanych na doskonalenie narzędzi traktujących problemy socjalne i zdrowotne osób bezdomnych w sposób holistyczny.

- Skomplikowana sieć usługodawców
- Zespół interdyscyplinarny
- Psychiatria społeczna

Mężczyźni i kobiety

Szacuje się, że blisko 80% osób bezdomnych to mężczyźni. Kobiety stanowią mniejszość i często ukrywają swoją bezdomność pozostając w relacji z mężczyzną. Mimo, iż często padają ofiarą przemocy fizycznej i seksualnej, nie potrafią odejść z powodu braku alternatywnego schronienia. Kobiety, które faktycznie nie posiadają dachu nad głową, zazwyczaj cierpią na zaburzenia psychiczne. Ze względu na specyficzne potrzeby, grupa ta wymaga kompleksowego wsparcia. Bezdomne kobiety często bowiem uważają się za przegrane życiowo, złe matki, itp.

Bezdomność kobiet w męskim świecie: "Dobra matka nie trafi do schroniska". Bezdomność kobiety zawiera w sobie osąd moralny, a jeśli masz dziecko ten osąd jest jeszcze surowszy".

- Mniejszość
- Zaniedbanie kwestii płci
- Specyficzne potrzeby

Nielegalni migranci

Coraz częściej spotyka się ludzi bezdomnych nie będących obywatelami kraju, w którym przebywają. Zgodnie z prawem nielegalni migranci nie posiadają dostępu do usług oraz infrastruktury oferowanej w ramach systemu pomocy społecznej. Problem dotyczy w szczególności osób bezdomnych z

Zalecenie Europejskiej Komisji przeciwko Rasizmowi i Nietolerancji: "Zaleca się Rządom ... respektować prawa wszystkich osób znajdujących się na terytorium państwa bez względu na ich status imigracyjny. Prawa te obejmują dostęp do edukacji, opieki zdrowotnej, mieszkania i wymiaru sprawiedliwości".

problemami zdrowia psychicznego podróżujących z kraju do kraju. W tych wszystkich przypadkach żadne działania integracyjne i włączeniowe nie są możliwe – interwencje muszą się ograniczyć do zaspokajania podstawowych potrzeb (wyżywienie, odzież, doraźne schronienie). Dotyczy to zarówno obywateli Unii Europejskiej jak i innych państw. Udzielanie pomocy tej specyficznej grupie jest

niezwykle problematyczne, ponieważ żadne państwowe ustawodawstwo nie gwarantuje tym ludziom wszystkich praw. Studium przypadku na końcu tego rozdziału ukazuje potrzebę transgranicznej współpracy między pracownikami pomocowymi na rzecz osób bezdomnych.

Osoby bezdomne o nieregulowanym statusie

- Podstawowe potrzeby
- Transgraniczna sieć wsparcia
- Transgraniczna współpraca

Stygmatyzacja

Samo nazwanie człowieka "bezdomnym" często ujmuje mu człowieczeństwa, kojarzy się z kimś niebezpiecznym, nieproduktywnym, osobiście winnym. Przełamywanie tych uprzedzeń nie jest łatwe, ale ma fundamentalne znaczenie dla integracji. Dostrzeżenie w osobie bezdomnej istoty ludzkiej z własnym potencjałem i zasobami jest zarazem barierą i jednym z największych wyzwań skutecznej pomocy.

- Osoby bezdomne to ludzie tacy jak my

Agresywne zachowania

Bycie blisko drugiego człowieka oznacza bycie blisko jego emocji, jego radości i bólu. Pracownicy pomocowi stają się niekiedy obiektem agresywnych zachowań ze strony osób bezdomnych. Stosowne przeszkolenie powinno im dawać narzędzia zapobiegające agresji, niekiedy jednak takie "wyładowania" są nagłe i nieprzewidywalne. Dawanie sobie rady z przemocą to jedno z największych wyzwań w tym zawodzie. Bezradność w tym względzie stanowi jedną z głównych przyczyn wypalenia zawodowego i dużej rotacji wśród pracowników pomocowych.

- Zapobieganie agresji
- Narzędzia do walki z agresją

Dobre praktyki

Poprawa jakości usług oferowanych osobom wykluczonym wymaga strategii ukierunkowanych na zmniejszanie i likwidację barier, jakimi są: ubóstwo, izolacja, fragmentaryczność świadczeń oraz wrogość społeczna. Jako pracownicy socjalni i medyczni mamy obowiązek wykorzeniać uprzedzenia, zapewniać niedyskryminacyjny dostęp do usług oraz ułatwiać dostęp do pomocy. Musimy dołożyć wszelkich starań, aby nasze działania wzmacniały autonomię podopiecznych a nie ich zależność od systemu.

Ciekawość

- Ciekawość to kluczowa cecha w obliczu tak skomplikowanej sytuacji, jaką jest bezdomność w połączeniu z problemami psychicznymi.
- Każdy człowiek ukształtowany jest pod wpływem różnorodnych wyborów, doświadczeń, sukcesów i porażek. Każdy człowiek ma też swoją wartość i godność niezależnie od sytuacji zdrowotnej czy społecznej. Okoliczności nierzadko wymagają od pracowników pomocowych podjęcia konkretnych działań, jednak czasem warto zwyczajnie zatrzymać się i z ciekawością posłuchać, co ma nam ktoś do powiedzenia.
- Nikt nie zna lepszej odpowiedzi na problem niż osoba, której on dotyczy. Czasem więc lepiej jest zatrzymać się i posłuchać niż działać.

Wybór metody, ocena jakości, dokumentacja wyników

- Ważne, aby pamiętać o potrzebie zachowania spójności pomiędzy metodą stosowaną przez organizację w pracy socjalnej a potrzebami osób, do których kierowana jest pomoc.
- Pragmatyczna metoda działania przyjęta w organizacji może mieć zastosowanie pod warunkiem, że istnieje świadomość, dlaczego i do czego zmierza. Można używać preferowanej metody, np. Housing First, jako podstawy w pracy. W każdym razie trzeba najpierw zgodzić się co do metody.
- Praca socjalna to praca z drugim człowiekiem, któremu jesteśmy winni ciągłe opieranie jej na celach jakościowych.
- Na każdym etapie działania powinna być prowadzona szczegółowa dokumentacja oparta na wyznaczonych celach pracy.

Postawa proaktywna i zorientowanie na przyszłość

- Postawa proaktywna wiąże się z działaniem nastawionym na konkretne wyniki a nie oczekiwaniem na rozwój sytuacji (reagowaniem). Osoba proaktywna identyfikuje i eksploruje innowacyjne rozwiązania, zapobiega problemom i zagrożeniom. Osoba reaktywna skupia się na tzw. "gaszeniu pożarów" i rozwiązywaniu już zaistniałych trudności. Proaktywność zorientowana jest na przyszłość, parcie do przodu i dynamiczne wprowadzanie zmian. Jest zaangażowaniem a nie biernym obserwowaniem, zarazem sposobem myślenia i działania.
- Osoba proaktywna to osoba z wizją, widząca już to, co można zrobić, i wyznaczająca stosowne cele. Potrafi antycypować problemy i zabezpieczać potrzebne środki, zanim będą potrzebne. Na przykład, oferując osobie bezdomnej schronienie, ustala kolejne kroki postępowania, nawet

jeśli podopieczny nie jest jeszcze na nie gotowy. Bierne czekanie za biurkiem na to, co się wydarzy ma bowiem tę właściwość, że zmusza do działania w trybie awaryjnym.

Komunikacja i widoczność

- Praca pomocowa i socjalna jest często niedostrzegana i niedoceniana. Zwiększenie jej widoczności to dobry środek zapobiegawczy przeciwko wrogim reakcjom otoczenia na osoby bezdomne. Dobra komunikacja na szczeblu politycznym pozwala ustalić strategię przeciwdziałania wykluczeniu osób bezdomnych cierpiących na zaburzenia psychiczne. Organizowanie różnego rodzaju wydarzeń, otwartych konferencji i seminariów umożliwia dotarcie do społeczeństwa z wartościami i celami pracy. I odwrotnie, otwieranie się na głosy i potrzeby społeczności, polityki, wszelkich innych zaangażowanych podmiotów pozwala wypracować wspólne strategie działania. Zazwyczaj obu stronom przyświecają podobne cele (np.: uwolnienie dworców kolejowych od bezdomnych), odmienne natomiast są motywacje (politycy chcą czystych dworców ze względu na pasażerów, pracownicy socjalni chcą zapewnić osobom bezdomnym godne warunki noclegu). Skoro obie strony dążą do tego samego, to lepiej połączyć siły i dostępne środki, zamiast ze sobą wojować. Komunikowanie problemu bezdomności przez promowanie, lobbowanie, uwrażliwianie i uświadamianie winno leżeć u podstaw wszelkiej działalności pomocowej.

Wybór, rozszerzanie wyboru

- W toku codziennej pracy powstaje pokusa sięgania po gotowe rozwiązania. Z drugiej strony jesteśmy świadomi, jak ważne jest oddawanie wyboru w ręce samego zainteresowanego. Nadrzędnym celem jest oczywiście ochrona życia, jednak wszystkie inne wybory powinny należeć do osoby wspieranej. Własne mieszkanie, pieniądze na spłatę rachunków itd. to nie jedyna możliwa i najlepsza przyszłość. Wybór należy pozostawić zainteresowanym – udostępniając wszelkie zasoby i możliwości powstrzymać się od popychania ich w kierunku tego czy innego rozwiązania.
- Z drugiej strony zdarza się, że dana osoba nie jest w stanie rozeznaczyć wszystkich otwierających się przed nią możliwości. Dlatego jest rzeczą równie ważną pracować nad rozszerzeniem spektrum wyboru tej osoby ukazując jej nowe możliwości. Tak jak w przypadku większości działań w sferze pracy pomocowej i socjalnej zadanie polega na znalezieniu właściwej równowagi między obiema postawami.

Pomoc szyta na miarę

- Przed udzieleniem wsparcia osobie bezdomnej, ważne jest okazać jej szacunek i dobrze poznać.
- Wszelkie świadczenia oraz dedykowana infrastruktura winny być stale dopasowywane do indywidualnych potrzeb. Przepisy, brak środków i czasu czynią system surowym i sztywnym. W rezultacie to osoby potrzebujące są dostosowywane do systemu a nie system do nich. Dopasowanie modelu wsparcia oraz infrastruktury do indywidualnych potrzeb wytycza wiarygodne i realistyczne ścieżki pomocy.
- Osoby bezdomne cierpiące na zaburzenia psychiczne rzadko kiedy wykazują zdolność dopasowywania się do specyficznych wymogów systemu wsparcia, co jest najczęstszą przyczyną wpadania przez nie w mechanizm „drzwi obrotowych”.

- W przypadku osoby przybyłej z zagranicy proces wsparcia powinien brać pod uwagę, czy i kiedy osobie tej należy pomóc w powrocie do własnego kraju.

Relacja osobowa

Pracownicy pomocowi w odróżnieniu od pracowników medycznych mają przywilej spędzania dłuższego czasu ze wspieraną osobą, co pozwala na zachowanie ciągłości relacji. Jest to nie tylko szansa na zbudowanie relacji opartej na wzajemnym zaufaniu, ale także na to, by poznać człowieka w sposób głębszy, wsłuchać się dobrze w jego potrzeby i przydać godności jego życiu. Być może to jest właśnie najważniejsze narzędzie pomocy: relacja dzień po dniu, wspólnie spędzany czas i wzajemna akceptacja.

Studium przypadku

Z bezpośredniej relacji pracownika pomocowego:

Znalazłem Claire późnym wieczorem. Siedziała na ławce na placu znanym jako Vesterbro Torv w modnej dzielnicy Kopenhagi - Vesterbro. Miała podarte ubranie i bose stopy. Nie ulegało wątpliwości, że nie myła się od wielu tygodni. Wyglądała na zagubioną i bezbronną. Głośno krzyczała i przeklinała przechodniów patrząc na coś, czego nikt inny nie mógł zobaczyć. Niskim, zdartym, monotonnym głosem powtarzała w kółko, niczym mantrę, trzy czy cztery zdania. Jej zachowanie bardzo rzucało się w oczy, przyciągała uwagę przechodniów, co czyniło ją jeszcze bardziej zagubioną i bezbronną. Podszedłem do niej, zaproponowałem papierosa i w ten sposób nawiązaliśmy kontakt. Zaskoczyło mnie, że Claire nie zachowała się wobec mnie lekceważąco. Mówiła po francusku, więc mieliśmy trochę problemów z komunikacją, ale zdołaliśmy porozumieć się na migi i z pomocą elektronicznego translatora. Wyraźnie odpowiadała jej moja obecność i była skora do rozmowy. Przez kilka kolejnych dni odwiedzałem Claire na jej ławce przynosząc najbardziej potrzebne rzeczy, takie jak buty czy śpiwór. Wieczorami zamawiałem jedzenie z naszej obwoźnej kawiarenki. Po jakimś czasie udało się znaleźć dla niej schronienie w „nocnej kawiarence” dla kobiet. Mimo, iż przysługuje on jedynie osobom z duńskim obywatelstwem, kierownictwo zgodziło się pójść nam na rękę, gdy obiecaliśmy szybko znaleźć dla Claire inne, trwalsze rozwiązanie. Podczas pobytu w kawiarence spotkaliśmy się z tłumaczem, dzięki któremu Claire mogła nam opowiedzieć, jak znalazła się w Kopenhadze, jakie ma plany na przyszłość i jakiej pomocy potrzebuje. W trakcie rozmowy, szybko stało się jasne, że cierpi z powodu myśli prześladowczych, co mocno wpływa na jej postrzeganie świata. Powiedziała, że we Francji była prześladowana przez mężczyzn arabskiego pochodzenia. Chce dotrzeć do rodziny w Norwegii, ale utknęła w Kopenhadze. Powrót do Francji, jej ojczystego kraju, nie wchodzi w grę. Powiedziała nam też, że jakiś czas temu była hospitalizowana w Oslo. W wyniku tego spotkania wraz z pracownikiem kawiarenki postanowiliśmy skonsultować przypadek Claire z interwencyjnym zespołem psychiatrycznym. To oni skontaktowali się ze szpitalem psychiatrycznym w Norwegii i wy pytali o historię Claire. Dowiedzieliśmy się, że faktycznie była hospitalizowana i że ma zakaz wjazdu do Norwegii. Okazało się, że Claire nie ma w Oslo żadnej rodziny i że to twierdzenie jest jednym z objawów jej choroby psychicznej. Po kilku spotkaniach z pielęgniarkami z zespołu psychiatrycznego zorganizowaliśmy większe spotkanie z udziałem Claire, obu pielęgniarek, psychiatry z zespołu interwencyjnego, pracownika kawiarenki, tłumacza i mnie. W wyniku tego spotkania Claire dobrowolnie zgodziła się na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w Kopenhadze. Po zakończeniu rozmowy poszedłem odprowadzić ją na oddział psychiatryczny. Po krótkiej konsultacji lekarskiej została przyjęta. Po tygodniu skontaktował się ze mną pracownik socjalny zatrudniony w szpitalu. Zorganizowaliśmy kolejne spotkanie z udziałem Claire, interwencyjnego zespołu psychiatrycznego, szpitalnego psychiatry, pielęgniarki, pracownika socjalnego i mnie. Kierownictwo szpitala uznało, że mogą wypisać Claire, ale chcieli wiedzieć, jaki jest wobec niej dalszy plan działania. Razem z interwencyjnym zespołem psychiatrycznym opowiedzieliśmy się za pozostawieniem Claire na długotrwałą hospitalizację w szpitalu psychiatrycznym do czasu, aż jej stan zdrowia ulegnie widocznej poprawie i będzie gotowa na powrót do Francji. Była to zresztą jedyna dostępna dla niej opcja. Claire pozostała w szpitalu przez dwa i pół miesiąca. Odwiedzałem ją przynajmniej raz w tygodniu. Z każdą kolejną wizytą jej stan widocznie się poprawiał i po dwóch miesiącach zgodziła się na powrót do Francji. W trakcie pobytu w szpitalu zespół interwencyjny i

pracownicy szpitala przy współpracy z francuskim konsulatem w Kopenhadze zdołali dowiedzieć się, że Claire ma rodzinę i mieszkanie we wschodniej Francji. Gdy leczenie w kopenhaskim szpitalu dobiegło końca, ustaliliśmy, że polecę razem z Claire do Genewy, gdzie spotkamy się z dwoma francuskimi przedstawicielami szpitala psychiatrycznego. Okazało się, że Claire miała z nimi wcześniejszy kontakt i z miejsca poczuła się bezpiecznie. Została przewieziona do szpitala w Alpach i kiedy zakończy leczenie, otrzyma pomoc, by wrócić do domu.

Pytania:

- Jakie były szanse i czynniki ryzyka w powyższej interwencji?
- Jakie były krytyczne momenty procesu?
- Bazując na własnym doświadczeniu – czy wyobrażasz sobie inny przebieg takiej interwencji ?
- Jeśli tak, to jaki?

Rozdział 2. Zdrowie

Wprowadzenie

Z bezdomnością ściśle wiążą się problemy zdrowia fizycznego i psychicznego. Ludzi bezdomnych dobrze jest postrzegać nie tyle jako osobną kategorię społeczną, co po prostu jako ludzi znajdujących się na samym końcu spektrum wykluczenia społecznego. Niektóre społeczne determinanty zdrowia zakorzenione są w nierównościach społecznych (Pickett and Wilson) i tym samym interwencje służb nie mają na nie wpływu.

Tak jak przedstawiciele innych wykluczonych grup bezdomni umierają młodziej. Częściej niż ogół populacji ulegają schorzeniom fizycznym i psychicznym (Fazel, 2014, Aldridge 2017). Migracja - istotne źródło bezdomności - wiąże się z całym szeregiem problemów zdrowotnych, w tym z problemami zdrowia psychicznego (EPRS, 2016). Tak jak inne grupy z najniższych rejonów drabiny społeczno-ekonomicznej bezdomni często podpadają pod działanie „odwrotnej reguły opieki” tzn. z dużym prawdopodobieństwem uzyskają mniej opieki niż inne grupy, mimo iż bardziej niż inne grupy opieki potrzebują.

Psychozy, skumulowana trauma, uzależnienia leżą często u podstaw bezdomności, podczas gdy reakcjami na bezdomność bywają: rozpacz, niepokój i depresja (Leng, 2007).

Problemy fizyczne mogą wynikać bezpośrednio ze szczególnych zagrożeń związanych z bezdomnością, z braku oczywiście w innych uwarunkowaniach socjalnej struktury wsparcia zdrowotnego, i dodatkowo ulegać pogorszeniu ze względu na brak dostępu do leczenia. Człowiekowi choremu na cukrzycę czy gruźlicę trudno jest na ulicy zadbać o zdrowie, ponieważ:

- Jest narażony na wahania temperatury, na zmoknięcie i na agresywne zachowania innych ludzi.
- Nie panuje nad swoim życiem w stopniu umożliwiającym wdrożenie podstawowych rutynowych czynności wspierających zdrowie. Mowa tu o zdrowym odżywianiu się, czystej odzieży, wypoczynku, bezpieczeństwie posiadanych rzeczy, prywatności. W tych warunkach nie da się również regularnie przyjmować leków.
- Nie jest zdolny zastosować się do szpitalnych wymagań – wiele służb i instytucji mając ograniczony kontakt z tą grupą nie dostosowuje swych usług do jej specyfiki.

Gremia europejskie niejednokrotnie wypowiadały się na temat ochrony zdrowia osób bezdomnych i wykluczonych społecznie. W roku 2016 Parlament Europejski wydał oświadczenie w kwestii usług medycznych dla uchodźców i osób ubiegających się o azyl polityczny nie rozróżniając między migrantami „legalnymi” i „nielegalnymi”.

W tym samym roku federacja Mental Health Europe (MHE, 2016) wydała dokument stanowczo argumentujący na rzecz pełnego dostępu do adekwatnych usług medycznych dla uchodźców i osób ubiegających się o azyl, zwłaszcza wówczas, gdy w grę wchodzi trauma.

Pomimo wszystkich tych wypowiedzi studium PROMO (Canavan et al, 2012) wykazało, iż dostęp do usług medycznych jest w przypadku osób bezdomnych w Europie pod wieloma względami bardzo problematyczny. W podsumowującym komentarzu stwierdza się, że: „Wykazano niski poziom udziału profesjonalnego personelu ze sfery ochrony zdrowia psychicznego, jak

również niski poziom wychodzenia ku klientowi i pozyskania informacji na temat konkretnych przypadków. Usługi świadczone poza sztywnymi godzinami pracy wydają się być nieadekwatne, ewidentnie spełniane są kryteria wykluczenia. Jako podstawowe bariery docierania z usługami do osób bezdomnych należy wskazać uprzedzenie służb w stosunku do osób bezdomnych, brak koordynacji między służbami oraz trudności w uzyskaniu przez osobę bezdomną ubezpieczenia zdrowotnego”.

Dodatkowo można zasadnie twierdzić, że w trakcie świadczenia usług zdrowotnych dochodzi do istotnej stygmatyzacji pewnych grup, w tym osób bezdomnych (Jeffrey, 1979).

Główne myśli

Dostępność

Bezpośredni dostęp do opieki i zasobów zdrowotnych ma podstawowe znaczenie – zwłaszcza dla ludzi pozbawionych formalnego statusu w danym kraju. Osoby bezdomne często doświadczają w jednym czasie wielu problemów zdrowotnych i łatwo bywają przez służby kwalifikowane jako „trudny”, a więc i niechciany klient. Jednocześnie osoby te często nie radzą sobie z barierami biurokratycznymi, z procedurą zapisów i skomplikowanymi programami terapii. Im ściślej uregulowana i skomplikowana jest dana usługa zdrowotna, tym większe jest prawdopodobieństwo wykluczenia lub zaprzestania korzystania z tej usługi przez osoby bezdomne. Służby medyczne powinny zdawać sobie sprawę z tego, że:

- Z „oswojeniem” programów terapii ma problemy większość populacji, a osobom bezdomnym jest jeszcze trudniej;
- Nie powinno się w żaden sposób utrudniać dostępu do usług – dostęp winien być łatwy i możliwie szybki (i to nie tylko dla osób bezdomnych);
- Ze względu na funkcjonujące w kręgach służb medycznych mity dotyczące uprawnień do usług zdrowotnych osoby bezdomne winny mieć wiedzę na temat swoich praw w tym względzie i stosowny dostęp do opieki;
- Specyficzne problemy pojawiają się na etapie opieki pochorobowej i następczej po wypisaniu ze szpitala. W sytuacji braku fizycznego domu i społecznej sieci wsparcia osoba bezdomna z dużym prawdopodobieństwem wraca we wrogie, niewspierające środowisko.
- Dlatego ważne jest, aby przygotować dla niej jasny i wyrazisty plan opieki. Bez takiego planu szybko zostaną utracone dobroczynne skutki opieki szpitalnej. Takich planów dla osób bezdomnych wypisywanych ze szpitala najczęściej się jednak nie sporządza.

Waga osobistej relacji

W pewnych sytuacjach i w odniesieniu do pewnych klientów adekwatna opieka i terapia może być świadczona bez budowania relacji między klientem/pacjentem a usługodawcą. W żadnym wypadku nie dotyczy to jednak osób bezdomnych. Tutaj jest to zasadnicza i niezbywalna część opieki. Efektywne działania w stosunku do osoby bezdomnej zasadzają się na dobrej indywidualnej relacji, choć czasem może wystarczyć również dobry kontekst grupowy.

Dobra indywidualna relacja i roboczy sojusz z osobą bezdomną to jedyny sposób na utrzymanie przez nią kontaktu z usługami i zoptymalizowanie skierowanych do niej działań.

Interpersonalny i relacyjny aspekt działań jest niemniej ważny od aspektu „technicznego”. Choć mówi się tu często o „miękkich” umiejętnościach, są to umiejętności przyswajalne, komunikowalne i mierzalne, w gruncie rzeczy więc nie mniej „twarde” niż te o oczywistszym „fizycznym” czy „technicznym” charakterze.

Umiejętność kreowania i utrzymywania relacji pomocowej należy postrzegać więc jako swoistą „technikę”. Działania prowadzone w kontekście grupowym mogą być również skuteczne budząc

poczucie przynależności i umożliwiające wspólnotową, niehierarchiczną edukację.

Wyjście do - *outreach*

Mowa o wychodzeniu ku potencjalnym pacjentom lub klientom, zazwyczaj bez zaproszenia, w odróżnieniu od oczekiwania, że sami do nas przyjdą.

Czy jest to postawa właściwa w kontekście uniwersalnej w medycynie tradycji reagowania na potrzeby zdrowotne jasno wyrażone przez zainteresowanego? Czy nie zachodzi tu niebezpieczeństwo podszytego paternalizmem narzucania się z niechcianą terapią? Tradycyjny model pomocy medycznej bazuje na dwóch założeniach. Po pierwsze na dostępności lekarza/pielęgniarki, po drugie na pełnej świadomości pacjenta nie podlegającej ograniczeniu ze względu na jakąkolwiek formę intoksykacji czy zaburzeń umysłowych. Zarówno praktyczny kontakt, jak badania populacji osób bezdomnych dowodzą, że w odniesieniu do tych osób najczęściej nie sprawdza się żadne z tych założeń. Są to ludzie albo niezdolni do uzyskania właściwych usług z powodów praktycznych lub kulturowych, albo niezdolni do wyegzekwowania należnych usług na skutek schorzeń lub odurzenia.

Wyjście do – *outreach* – może być strategią zarówno identyfikacji osoby potrzebującej pomocy, jak i opieki następczej i kontynuacji opieki (szerzej na ten temat w rozdziale „*Outreach* – wyjście do potrzebującego”).

„Wyjście do” ma zastosowanie zarówno do oceny stanu jak i do leczenia pacjenta w przypadku umysłowych i fizycznych problemów zdrowotnych.

Istnieje tu cała gama stylów – od proaktywnych i asertywnych w kierunku etapowości działań, stopniowego angażowania pacjenta i wyczerpania na jego reakcje. Style te mają związek ze konkretnymi uwarunkowaniami kulturowymi i ekonomicznymi, a także z obowiązującą doktryną w odniesieniu do schorzeń psychicznych i bezdomności. Ważne są też przepisy regulujące niektóre aspekty leczenia psychiatrycznego.

W rezultacie nie ma uniwersalnej „recepty” na to, jak praktykować *outreach*. Można jednak sformułować kilka ogólnych zasad nadających się do zastosowania w większości sytuacji (zob. rozdział „*Outreach* – wyjście do potrzebującego”)

W *outreach* w sferze medycznej mogą się angażować wszelkiego rodzaju profesjonaliści i nieprofesjonaliści w różnorodnych formach, np.:

- Przychodni mobilnych działających w terenie;
- Wyodrębnionych przychodni w istniejących instytucjach pomocy medycznej;
- Przychodni mobilnych dojeżdżających do funkcjonujących placówek dla osób bezdomnych, takich jak hostele, schroniska, noclegownie, ogrzewalnie;
- Gabinetów konsultacyjnych w niemedycznych organizacjach pracujących na rzecz bezdomnych;
- Indywidualnych wizyt pracowników służby zdrowia;
- Wsparcia i edukacji ze strony osób z podobnymi problemami (1:1 lub w grupach).

Intensywność i częstotliwość tego typu interwencji będzie zależała zarówno od dostępnych

środków, jak i postawy personelu (zob. fragment dotyczący hospitalizacji).

Sieć wsparcia - *networking*

Jest to zagadnienie bardzo istotne, ponieważ osoba bezdomna zazwyczaj stoi w jednym czasie w obliczu wielu problemów zdrowotnych i socjalnych. Jeśli podjęta zostaje jedna tylko kwestia zdrowotna, często zdarza się, że inne aktywne problemy niwelują korzyści wynikające z efektywnej skądinąd interwencji. W tej populacji krzyżowanie się problemów należy uznać raczej za normę niż wyjątek. W przypadku jednej osoby bezdomnej może to być cały szereg problemów somatycznych, problemy psychiczne, problemy z narkotykami i alkoholem.

Tak więc żadna profesjonalna czy nieprofesjonalna grupa o jednolitej specjalizacji nie jest w stanie o własnych siłach zapewnić właściwej opieki i wsparcia napotkanej bezdomnej osobie. Nawet zespoły multidyscyplinarne zazwyczaj nie posiadają zasobów niezbędnych do podjęcia wszystkich problemów. Oczywiście nie wszystkie problemy wymagają podjęcia w jednym czasie – trzeba się tu kierować tym, co jest priorytetem dla pacjenta oraz tym, co dla niego wykonalne lub do zniesienia. Jednak krytyczny zestaw umiejętności często nie jest dostępny w momencie, kiedy pacjent go potrzebuje.

Aktywny *networking* ma na celu rozwiązanie tego problemu przez skontaktowanie i skoordynowanie zasobów rozproszonych u różnych podmiotów w taki sposób, by zafunkcjonowały razem we właściwym momencie. Stworzenie i utrzymywanie takiej sieci współpracy umożliwia osobie lub placówce pomagającej osobom bezdomnym z problemami psychicznymi zaoferowanie tej pomocy w sposób najbardziej efektywny.

Placówki pomocy typu noclegowni, hosteli, schronisk, jadłodajni, ogrzewalni, łaźni powinny mieć zdolność włączania się w sieci podmiotów pomocowych skupionych na sytuacji konkretnego człowieka, polegając zarówno na formalnych uzgodnieniach pomiędzy organizacjami jak i nieformalnych kontaktach między poszczególnymi pracownikami.

W kategoriach konsekwentnej, planowej pracy „sieciowanie się” (*networking*), czyli współpraca z różnymi profesjonalistami i służbami, jest niezbędna do zbudowania kompleksowego (lub przynajmniej wieloaspektowego) planu pomocy obejmującego zarówno potrzeby podstawowe, jak i sensowną perspektywę przyszłości pacjenta.

Wszystkie osoby i służby pracujące na rzecz bezdomnych winny przejść przeszkolenie w zakresie nawiązywania i utrzymywania współpracy z innymi podmiotami (zob. rozdział „*Networking – współpraca z innymi*”).

Komunikacja telefoniczna i mailowa będzie tu oczywiście podstawą, jednak istotne dla budowania wzajemnego zaufania są również osobiste kontakty między przedstawicielami współpracujących podmiotów.

Towarzystwo/ budowanie mostów

Wiele osób bezdomnych ma za sobą – tak jak inne zmarginalizowane grupy - nienajlepsze doświadczenia z służbami medycznymi. Percepcja u wielu tych osób podlega ograniczeniom na

skutek problemów psychicznych, analfabetyzmu czy uzależnień. Dlatego reprezentowanie tych osób i udzielanie im emocjonalnego wsparcia w kontakcie z systemowymi służbami medycznymi i socjalnymi odgrywa ogromną rolę. W ten sposób możemy istotnie pomóc w ustanowieniu i wzmocnieniu relacji terapeutycznej pacjenta z konkretnym profesjonalistą lub zespołem.

Służby ratunkowe

Służby ratunkowe (pogotowie ratunkowe, szpitalne izby przyjęć, „ostre dyżury”) są dla osób bezdomnych istotnymi punktami dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Jednak osoba bezdomna zgłaszająca się na izbę przyjęć często jest traktowana podejrzliwie jako ktoś szukający po prostu dostępu do łóżka czy wyżywienia (Jeffery, 1979). Tego typu uprzedzenia ze strony personelu szpitalnego mogą skutkować przeoczeniem bardzo istotnych potrzeb zdrowotnych osoby bezdomnej.

Może się również zdarzyć, że osoba taka pojawi się na izbie przyjęć w wyniku długotrwałej pracy służb środowiskowych czy streetworkingu. Personel szpitalnych służb ratunkowych winien być świadomy istnienia i działania służb środowiskowych oraz pozostawać z nimi w aktywnym kontakcie.

Personel ten powinien mieć świadomość całej sieci pomocowej, którą można zaangażować na rzecz pacjenta. Wczesne podjęcie kontaktu z pracownikiem socjalnym lub pielęgniarką socjalną w środowisku pomoże w zaktywowaniu na czas usług środowiskowych.

Informacja

Klarowny zapis informacji socjalnej i medycznej jest oczywiście podstawą dla konsekwentnej i spójnej aktywności klinicznej oraz przesłanką profesjonalnej odpowiedzialności. Jest on również niezbędny dla opisu i oceny wykonanej usługi.

Terapia szpitalna, porady w przychodni, interwencje kryzysowe, dane socjodemograficzne i diagnostyczne – wszystkie te informacje winny podlegać rejestracji.

Identyczne standardy obowiązują w pracy z bezdomnymi - także tutaj wszystkie działania podlegają starannemu zapisowi. Dokumentować należy również ograniczenia, jakim podlega kontakt lub działania ze względu na specyficzne środowisko. Jest rzeczą oczywistą, że kontekst, w którym dochodzi do kontaktu z osobami bezdomnymi bywa daleki od ideału i że często nie da się w nim zrobić tyle, ile można byłoby zrobić w środowisku klinicznym .

Należy zwrócić uwagę na to, w jaki sposób odbywa się wymiana informacji między różnymi elementami systemu – oddziałami szpitalnymi, przychodniami, usługami środowiskowymi. W stosunku do osób bezdomnych zasada poufności informacji obowiązuje w tym samym stopniu co do innych pacjentów.

Pomocne może być wdrożenie jakiegoś typu funkcji „znakującej” lub „alarmowej”, która informowałaby wszystkie zainteresowane osoby o pojawieniu się w szpitalu osoby bezdomnej.

Przyjęcie do szpitala

Większość pracy z osobami bezdomnymi najlepiej wykonać w ramach sieci współpracy w środowisku. Jednakże hospitalizacja może być konieczna, kiedy pacjent:

- Potrzebuje pomocy medycznej, której nie da się zaoferować na bazie przychodni czy „wyjścia ku”;
- Utracił zdolność podejmowania sensownych decyzji w odniesieniu do swojego zdrowia, zaniedbuje zdrowie lub naraża się na niebezpieczeństwo;
- Stanowi bezpośrednie zagrożenie dla samego siebie lub innych (rzadkość).

Niekiedy zachodzi konieczność przymusowej hospitalizacji.

Pomocne może okazać się wypracowanie przez oddziały szpitalne, służby środowiskowe i lokalne służby pomocowe standardowego protokołu przyjęcia do szpitala.

Efektywna terapia szpitalna, która zakłada, że po wyjściu ze szpitala proces zdrowienia ma być kontynuowany, winna w pełni brać pod uwagę warunki, w jakich znajdzie się pacjent w razie powrotu na ulicę. Wypis na ulicę nie powinien zdarzać się nigdy.

W tym celu służby środowiskowe oraz pracownicy podmiotów pomocowych zaangażowani w pracę z daną osobą winni inicjować wymianę informacji z personelem szpitalnym. W odróżnieniu od „outreach” (wyjścia ku) można to nazwać „inreach” (wejściem ku).

Wypis ze szpitala bez przygotowania w postaci wcześniejszego podjęcia współpracy z służbami środowiskowymi będzie skutkował niewłaściwą kontynuacją leczenia lub jego całkowitym brakiem. Będzie to więc wypis nieuprawniony. Kontakt między personelem szpitalnym a środowiskowym winien zawsze mieć miejsce, zanim pacjent zostanie wypisany ze szpitala.

Służby pomocowe winny praktykować „wejście ku” personelowi szpitalnemu, zanim jeszcze ich klient opuści szpital.

W celu optymalizacji pobytu w szpitalu należy:

- Prowadzić sukcesywnie historię pacjenta, która pozwoli personelowi szpitalnemu szybko zapoznać się z jego problemami;
- Stosować „protokół przyjęcia” streszczający krótko jakie są powody hospitalizacji, co w przeszłości udało się, a czego nie udało się osiągnąć, i jakie są oczekiwane rezultaty hospitalizacji;
- Przeprowadzać regularne spotkania personelu pomocowego z personelem ogólnych służb;
- Utrzymać intensywność pracy socjalnej wokół klienta podczas jego pobytu w szpitalu;
- Odwiedzić klienta w szpitalu w ciągu 24 godzin od przyjęcia; będzie to nie tylko wsparcie dla niego, ale także gwarancja właściwego zrozumienia przypadku przez personel;
- Upatrywać w hospitalizacji nie tylko szansy terapii ale także szansy zmiany;
- Jasno zdefiniować zakres decyzyjny klienta w odniesieniu do podejmowania najważniejszych działań – na przykład co do pozostania w szpitalu czy przyjmowania medykamentów. Niewłaściwie zdefiniowany zakres decyzyjny może doprowadzić do nietrafnego wypisu lub niewdrożenia terapii.

Usługi nieszpitalne

Łatwy dostęp do tych usług jest bardzo ważny. Dobrym przykładem może być „otwarta grupa psychoterapeutyczna” czy „otwarte konsultacje lekarskie” – usługi oferowane systematycznie co tydzień bez potrzeby zapisu.

Koordinacja/ współpraca ze służbami socjalnymi

Współpraca z służbami socjalnymi ma zasadnicze znaczenie. Bez względu na przeciążenie systemu osoba bezdomna ma prawo korzystać z niego jak każdy inny człowiek. Służby socjalne potrzebują współpracy i doceniają ją przy rozpatrywaniu najtrudniejszych przypadków dotyczących osób z problemami psychicznymi. Z drugiej strony służby psychiatryczne potrzebują służb socjalnych dla przygotowania odpowiednich warunków dla osoby wypisywanej ze szpitala.

Koordinacja ze służbami medycznymi w kwestii przymusowego leczenia

Leczenie przymusowe jest zawsze (i być powinno) złożonym i trudnym procesem. Współpraca z służbami medycznymi może uczynić ten proces efektywniejszym i korzystniejszym dla pacjenta. Z chwilą, gdy ogólnodostępna służba zdrowia dostrzeże korzyści i skuteczność przymusowego leczenia osób bezdomnych, pozytywniej zacznie się odnosić do współpracy z służbami pomocowymi.

Prace badawcze, szkolenia i refleksja nad konkretnymi przypadkami

Te przedsięwzięcia winny wejść na stałe do życia każdego zespołu, a nie pojawiać się tylko okazjonalnie. Służą one nie tylko pokazaniu pracy służb pomocowych, lecz także mają wpływ na poziom satysfakcji i motywacji pracowników.

Trudności

„Trudny” klient

Ogólnodostępne służby często postrzegają osoby bezdomne jako „trudnych” klientów, ale ma to zazwyczaj związek z ich dostępem do podstawowych praw, niepewnością socjalną i barierami językowymi.

Skrzyżowanie problemów

Ogólnodostępne służby często wyraźnie i ściśle rozróżniają między usługami psychiatrycznymi czy dotyczącymi uzależnień. Wiele osób bezdomnych ma problemy w obydwu obszarach - i taki trend zaznacza się już również w ogólnej populacji.

Diagnoza uliczna

Ocena stanu przeprowadzana na ulicy w oczywisty sposób nie spełnia standardów poufności, komfortu, spokoju i niezbędnego czasu. Jest ona jednak absolutnie uprawniona, jeśli alternatywą dla niej jest brak jakiegokolwiek usługi.

Istnieje wiele trudności związanych z oceną stanu pacjenta na ulicy:

- Brak prywatności
- Konieczność przekonania klienta
- Niezrozumienie problematyki psychiatrycznej pacjenta przez inne podmioty (np. policję)
- Trudności w komunikowaniu się w hałaśliwym środowisku
- Niekiedy, zwykła niewygoda!

Jest więc rzeczą niezmiernie ważną, aby takiej oceny dokonywali doświadczeni profesjonaliści, zdolni rozeznaczyć często bardzo złożone sytuacje.

Diagnoza przymusowa

Ocena stanu prowadzona w celu przymusowej hospitalizacji jest trudnym i złożonym procesem. Personel funkcjonujący w ramach publicznego systemu pomocy i personel funkcjonujący poza nim może oceniać sytuację z bardzo różnych a nawet wykluczających się perspektyw. Może się zdarzyć np. że środowisko będzie bardzo zaalarmowane stanem zdrowia osoby bezdomnej, a osoba ta na izbie przyjęć będzie zachowywać się zupełnie normalnie nie wykazując żadnych istotnych problemów psychicznych.

Pacjent może podlegać bardzo poważnym obciążeniom, nie przekładającym się jednak na widoczne objawy. Jeśli punkt ciężkości położony zostanie wyłącznie na symptomy, może dojść do przeoczenia istotnych ograniczeń. Jest więc rzeczą godną zalecenia poddać ocenie zdolność danej osoby do podejmowania ważnych decyzji dotyczących jej sytuacji. Ta zdolność często bywa wyraźnie ograniczona, nawet wówczas, gdy nie ma widocznych objawów choroby psychicznej.

Komunikacja

Selektywna koncentracja na samym stanie zdrowia czy potrzebach socjalnych sprzyja brakowi właściwej komunikacji między personelem pomocowym, służbami publicznymi i niepublicznymi. Tak długo jak lekarze rozmawiają tylko z lekarzami a pracownicy socjalni tylko z pracownikami socjalnymi, nieporozumienia, niedostatek informacji, dublowanie się w pracy i mierne jej rezultaty będą na porządku dziennym. To samo dotyczy styku usług zdrowotnych szpitalnych i środowiskowych.

Różnice kulturowe

Wiele osób bezdomnych to migranci i uchodźcy z różnych części świata. Różne uwarunkowane kulturowo oczekiwania, zachowania i sposoby myślenia mogą utrudniać ocenę stanu psychicznego, zachowań i objawów, jak również sam proces terapeutyczny.

W wielokrotnych – na zasadzie tzw. „drzwi obrotowych” - hospitalizacjach niekoniecznie trzeba upatrywać problemu, jako że z drugiej strony są one czynnikiem budowania relacji. Najważniejsze, by z każdej hospitalizacji wyciągać wnioski prowadzące do wzbogacenia i usprawnienia opieki.

Dobre praktyki

Wyjście ku – *outreach*

Wychodzenie ku ludziom w potrzebie jest fundamentalną zasadą w pracy z ludźmi, którzy często mają za sobą historię unikania służby zdrowia lub negatywnych z nią doświadczeń (niedostępność, nieadekwatność). „Wychodzenie ku” winno uwzględniać zarówno potrzeby socjalne, jak i potrzeby zdrowia psychicznego i fizycznego.

Dostęp do usług powszechnych

Jednocześnie służby głównego nurtu winny się otwierać na ludzi bezdomnych. Dobrą metodą jest praktyka „otwartych drzwi” – bez zapisów i bez kolejek.

Hospitalizacja

Powinny funkcjonować jasne, uzgodnione i potwierdzone praktyką procedury hospitalizacji obejmujące:

- dostarczanie przed przyjęciem oceny stanu oraz historii pacjenta;
- aktywne zabiegi o łóżko, bez zdawania się na rezultaty działań służb ratunkowych;
- pozostawania zespołu pomocowego w stałym kontakcie ze szpitalem podczas pobytu pacjenta;
- spotkania zespołu szpitalnego i pomocowego poprzedzające wypis ze szpitala bez względu na wskazania do przyjęcia (fizyczne czy psychiczne), mające na celu zaplanowanie miejsca dalszego pobytu oraz zorganizowanie wyjścia ze szpitala i dalszego postępowania;
- szkolenie personelu w zakresie różnic kulturowych w podejściu do spraw zdrowia psychicznego, zwłaszcza w kwestii, jak patrzeć na te sprawy nie-Europejczycy i jak należy sobie z nimi radzić.

Współpraca z innymi profesjonalistami

Występowanie w interesie osób bezdomnych, dobra informacja i marketing w tym zakresie są nieodzowne do tego, by przewyciężyć nierzadkie u profesjonalistów różnych branż uprzedzenia i pesymizm w odniesieniu do osób bezdomnych. Tym samym ułatwiamy osobom bezdomnych dostęp do stosownych służb i usług.

Nie powinniśmy tutaj przyjmować postawy proszącej - to naprawdę droga do polepszenia warunków życia i pracy każdej z zaangażowanych stron, zwłaszcza zaś pacjenta: scenariusz obopólnego sukcesu.

Wiedzmy jednak, że nieraz trzeba się będzie skonfrontować ze stygmatyzującym stosunkiem zarówno do osób bezdomnych, jak i zajmujących się nimi specjalistycznych służb.

Przeszkolenie zawodowe

Dobłą metodą jest oferować staże w służbach pomocowych, czy to na polu medycznym, czy uzależnień, mieszkaniowym czy socjalnym. Większości studentów medycyny, pielęgniarstwa czy studiów socjalnych takie staże przynoszą ogromną satysfakcję, stają się glebą przyszłej wrażliwości na potrzeby osób bezdomnych i wpajają przydatne umiejętności.

Wspieranie personelu

Nie wszystkie historie mają happy end, więc w pracy na rzecz osób bezdomnych wypalenie jest zawsze możliwe. Dobre samopoczucie i efektywność personelu nie przychodzą darmo. Planowe superwizje i ogólnie troska o personel to niezbędny warunek dobrej pracy (zob. rozdział „Troska o personel”).

Zapobieganie (profilaktyka)

Zapobieganie opisuje się zasadniczo na trzy sposoby (WHO) jako:

Profilaktykę pierwszorzędową: „Podnoszenie poziomu zdrowia ogółu populacji”

Większość pierwszorzędnych czynników bezdomności umiejscowiona jest poza sferą usług zdrowotnych i pomocowych, choć można argumentować, że poprawa jakości i ciągłości leczenia zaburzeń psychicznych przez te służby może wpłynąć na zmniejszenie zjawiska bezdomności.

Profilaktykę drugorzędową: „Poprawę wykrywalności zaburzeń”

W Wielkiej Brytanii wydana ostatnio (2017) ustawa o zapobieganiu bezdomności obliguje służby socjalne i medyczne do powzięcia działań zapobiegawczych w odniesieniu do klienta zagrożonego bezdomnością. Z jakiegoś powodu nie dotyczy to przychodni i usług środowiskowych, ale z całą pewnością zachęca do większej asertywności w kwestii utrzymania mieszkania przez osoby podwyższonego ryzyka. We wcześniejszym okresie niektóre lokalne służby lokalowe pozostawały w formalnej łączności ze służbami zdrowia psychicznego, co skłaniało je do wzmożonych wysiłków w stosunku do osób zagrożonych utratą mieszkania.

Profilaktykę trzeciorzędową: „Poprawę w zakresie leczenia i reintegracji”

Zapewnienie osobom bezdomnym specjalistycznych usług w zakresie zdrowia psychicznego można postrzegać w kategoriach redukcji skutków problemów zdrowotnych, które spowodowały lub ciągle są powodem bezdomności, i tym samym w kategoriach dążenia do rozwiązania samego problemu bezdomności. Ten obszar jest bardziej sporny – profilaktykę trzeciorzędową można postrzegać również jako usługę zorientowaną na zminimalizowanie tylko wpływu problemu – czyli bezdomności – na dobrostan człowieka bez dążenia do jego ostatecznego rozwiązania. Czy wystarcza nam koncepcja naszej pracy jako pomocy w przetrwaniu w warunkach bezdomności, a nie jako pomocy do ostatecznego z niej wyjścia?

Studium przypadku

Relacje psychiatrów pracujących w zespołach psychiatrii ulicznej:

Rita

Rita była 54-letnią Finką, która samotnie przybyła do Barcelony. Z Finlandii wyjechała w 2017 roku po śmierci niektórych członków rodziny. W Helsinkach nadal mieszkał jej ojciec, przyrodnia siostra, syn oraz córka, ale zerwała z nimi kontakt rok przed przyjazdem do Barcelony. Twierdziła, że pracowała jako pielęgniarka we Francji oraz Szwecji, ale dawno temu rzuciła pracę. Według jej zeznań władała ośmioma językami, uwielbiała podróże, książki i muzykę. U Rity zdiagnozowano przewlekłą schizofrenię paranoidalną/zaburzenie schizoafektywne. W ciągu ostatnich 15 lat z powodu objawów psychotycznych była wielokrotnie hospitalizowana w kilku państwach europejskich. Dodatkowo zdiagnozowano u niej zaburzenia psychiczne i behawioralne towarzyszące uzależnieniu od alkoholu, uzależnienie i nadużywanie sunstacji psychoaktywnych, zażywanie heroiny między 17 a 27 rokiem życia, kilkakrotnie przeplatane detoksykacją i programami leczenia substytucyjnego metadonem i buprenorfiną; nadużywanie kokainy między 15 a 27 rokiem życia, okazjonalnie nadużywanej obecnie; zażywanie LSD i amfetaminy w młodości oraz nałogowe palenie. Inne problemy zdrowotne: serce płucne (cor pulmonale), astma, cukrzyca, HBV, pozytywny wynik zakażenia HCV, napady padaczkowe związane z leczonym w przeszłości guzem mózgu, jak również narkolepsja. **Grudzień 2017:** W wyniku samookaleczenia Rita zostaje odesłana ze schroniska pod opiekę naszego zespołu, jednak jeszcze przed pierwszym spotkaniem trafia na pogotowie z powodu przedawkowania opiatów. Z oddziału intensywnej terapii zostaje wypisana z powrotem do schroniska (nie została przyjęta na oddział psychiatryczny). Następnie trafia na oddział neurologiczny, a stamtąd z powrotem do schroniska, gdzie nasz zespół kontynuuje z nią pracę. **Luty 2018:** Rita zostaje odesłana na krótkotrwały pobyt na oddziale psychiatrycznym bez naszej wiedzy, zgodnie z zaleceniami oddziału neurologicznego, na którym przebywała wcześniej. Podczas pobytu na oddziale psychiatrycznym po raz kolejny trafia na neurologię z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, skąd zostaje wypisana z powodu braku planu leczenia. Wypisano ją również z krótkoterminowego pobytu na oddziale psychiatrycznym oraz ze schroniska. Z pomocą oddelegowanego pracownika opieki społecznej zdołaliśmy zorganizować dla niej pobyt tymczasowy w hostelu. **Marzec 2018:** Rita przebywa w hostelu (miejscu nieadekwatnym do jej stanu zdrowia z powodu objawów płucnych). **Kwiecień 2018:** Po raz kolejny zostaje przyjęta na oddział psychiatryczny po przedawkowaniu heroiny z domniemaną chęcią samookaleczenia. Trafia na oddział intensywnej terapii, a potem z powrotem na oddział psychiatryczny. **Lipiec 2018:** Rita zostaje wypisana i przyjęta do schroniska, w którym przebywała wcześniej (nie została przyjęta w żadnym innym miejscu). Od tego momentu nasz zespół rozpoczyna starania o odesłanie jej do ojczystego kraju. **Wrzesień 2018:** Kolejne przyjęcie na oddział neurologiczny. Po wypisaniu udało nam się zorganizować dla Rity pobyt rehabilitacyjny w celu ustabilizowania stanu płuc przed powrotem do Helsinek. **Październik 2018:** Z pomocą naszego zespołu Rita wraca do Helsinek.

Warto podkreślić:

- Jest to przykład osoby cierpiącej na wiele poważnych zaburzeń zdrowotnych, która zgadza

się na udzielaną pomoc, ale której proces leczenia wielokrotnie zostaje przerwany ze względu na czynniki zewnętrzne. W celu zapewnienia potencjalnego powrotu do zdrowia fizycznego i psychicznego niezbędne jest opracowanie długofalowego planu leczenia.

- Relacje Rity z innymi mieszkańcami schroniska oraz specjalistami były dobre. Często martwiła się fizycznym stanem swojego zdrowia. Motywowała ją idea powrotu do zdrowia psychicznego.
- W wyniku licznych procedur, które były jej udziałem, utraciła wszystkie rzeczy osobiste.
- Na żądanie Rity nawiązany został kontakt z rodziną. W Barcelonie odwiedziła ją przyrodnia siostra.
- Zalecane jest ustalenie długoterminowych działań następczych, niezależnie od tego, gdzie Rita zostanie umieszczona.
- Brak odpowiednio zakrojonej współpracy pomiędzy profesjonalistami różnych oddziałów, pomimo licznych maili telefonów i spotkań, utrudniał pracę.
- Głównym celem było opracowanie planu działania w oparciu o własne priorytety Rity oraz utrzymanie z nią relacji terapeutycznej.
- Problemy administracyjne wynikające z braku karty zdrowia pacjenta oraz brak dostępu do ważnych informacji znacząco utrudniał proces leczenia.
- Najprawdopodobniej piętno bezdomności oraz stan psychiczny Rity były przyczyną nieadekwatnego leczenia ze strony pracowników pulmonologii i spowodowały wypisanie jej na ulicę pod pretekstem braku odpowiedzi na leczenie.
- Brak odpowiednich protokołów postępowania dotyczących przebywania osób bezdomnych w instytucjach (np. przetrzymanie rzeczy osobistych przez czas leczenia i kontakt z opiekunem zanim zostanie podjęta decyzja o ich utylizacji).

Alan

Alan to 38-letni Anglik który od kilku lat mieszkał w dużej noclegowni dla bezdomnych położonej w południowym Londynie. Mimo iż przydzielono mu łóżko, wolał spać na szerokim parapecie w dużej sali na pierwszym piętrze. Zamiast koców oferowanych mu przez pracowników schroniska używał własnych szmat pobieranych z ulicy. Posiadał własne ubezpieczenie zdrowotne, więc przysługiwały mu wszelkie świadczenia. Koszty schroniska automatycznie pokrywało ubezpieczenie, jednak Alan nigdy nie upominał się o nic więcej. Mężczyzna nigdy się do nikogo nie odzywał i unikał kontaktu zarówno z pracownikami jak i innymi mieszkańcami noclegowni. Kiedy nie spał na parapecie, znikał wcześniej rano i wracał późną nocą. Nosił podarte ubrania, których nigdy nie prał. Nie korzystał z prysznicza a skórę na jego twarzy i rękach obrastał brud. Nigdy nie jadł w schronisku i właściwie nikt nie wiedział, jak zdobywa jedzenie. Z biegiem lat pracowników coraz bardziej martwiło jego ekstremalne izolowanie się, brak dbałości o siebie oraz utrata wagi. Z tego względu zaraportowali jego przypadek grupie START – psychiatrycznemu zespołowi interwencyjnemu pracującemu z osobami bezdomnymi.

Po raz pierwszy zbliżyliśmy się do niego wcześniej rano - w odpowiedzi wstał i bez słowa wyszedł. Zauważyliśmy, że pod skorupą brudu jego skóra jest niezwykle blada a w legowisku aż kłębi się od wszy. Nasze próby nawiązania kontaktu podjęliśmy trzykrotnie, lecz za każdym razem Alan po prostu wstawał i wychodził. Ekstremalny poziom zaniedbania oraz utrata wagi wskazywały na zaburzenie psychiczne, najprawdopodobniej psychozę. Z tego względu, powołując się na ustawę o zdrowiu psychicznym, zorganizowaliśmy dla niego badania przymusowe. Został przyjęty na oddział psychiatryczny. Podczas pierwszych oględzin okazało się, że całe jego ciało pokrywały ugryzienia insektów a poziom hemoglobiny wynosił 3g/dl (podczas gdy norma to 13-17 g/dl).

Oznaczało to, że z powodu zaawansowanej anemii grozi mu ślepotą. Przetoczono mu krew a potem zajęto się leczeniem choroby psychicznej. Ostatecznie został doprowadzony do stanu, w którym mógł zamieszkać w placówce pomocowej.

Warto zwrócić uwagę na to, że:

- Mężczyzna nigdy nie poprosił o pomoc - a właściwie aktywnie jej unikał.
- Jego zaawansowana choroba psychiczna nie została zdiagnozowana przez lata.
- Mimo, iż Alan w sposób ekstremalny izolował się społecznie, jego przypadek był znany pracownikom oraz wolontariuszom noclegowni.
- Mimo, iż Alan nigdy nie stanowił zagrożenia dla siebie lub innych, jego poziom zaniedbania stopniowo zaczął zagrażać jego zdrowiu a wszawica była problemem dla innych użytkowników noclegowni.
- Mimo iż Alanowi przysługiwały świadczenia, stan zdrowia psychicznego uniemożliwiał mu korzystanie z nich.
- Zespół interwencyjny podjął kilka prób nawiązania kontaktu z Alanem, zanim zdecydowano się na badanie przymusowe.
- Zespół do spraw zdrowia psychicznego blisko współpracował z osobami, które najlepiej znały Alana, czyli z pracownikami noclegowni.
- Nawiązanie kontaktu z tym mężczyzną było równoznaczne z udzieleniem świadczeń, których nie otrzymywał w poprzedzających dekadach.

Pytania:

- Jakie szanse i jakie ryzyka dostrzegasz w opisanych interwencjach?
- Które momenty były dla tych procesów kluczowe?
- Czy bazując na własnym doświadczeniu potrafisz wyobrazić sobie inny przebieg działań?
- Jeśli tak, to jaki?

Rozdział 3. Mieszkanie

Wprowadzenie

Mieszkanie jest ważną częścią pomocy, której wymaga osoba bezdomna z problemami zdrowia psychicznego. Na własne miejsce zamieszkania składają się dwie rzeczywistości niezwykle istotne dla każdej istoty ludzkiej. Pierwsza i bardziej oczywista to po prostu dach nad głową – wraz z tym, co z nim normalnie idzie w parze (właściwą temperaturą, bieżącą wodą, elektrycznością, umeblowaniem i stosownymi urządzeniami). Taka struktura umożliwia człowiekowi fizyczne przeżycie i fizyczny dobrostan. Druga rzeczywistość jest niewidzialna i bezpośrednio związana z psychicznym dobrostanem mieszkańca. Tę rzeczywistość w odróżnieniu od „dachu nad głową” można nazwać „domem”. „Dom” z istoty rzeczy zasadza się na fizycznej strukturze. „Dom” jest fizyczną strukturą wypełnioną zaangażowaniem mieszkańca. „Dom” zawiera w sobie fizyczną strukturę a nadto o wiele więcej. To w „domu” i przez „dom”, przez poczucie, że jest się „w domu”, „u siebie” człowiek realizuje potrzebę przynależności, prywatności i intymności, bycia „na luzie”, poczucia, że jest wolny. Potrzeby te wyrastają z godności każdej osoby ludzkiej. Ta struktura budowlana podniesiona do rangi „domu” tworzy przestrzeń zewnętrznego i wewnętrznego bezpieczeństwa. Wszystko to, odnosząc się do całego rodzaju ludzkiego, odnosi się w pełni do osób bezdomnych z problemami zdrowia psychicznego. Właśnie posiadanie miejsca, jakim jest „dom”, stwarza odpowiednie warunki do wychodzenia z tych problemów i właśnie posiadanie „domu” podnosi efektywność wsparcia udzielanego tej osobie.

Główne myśli

Mieszkanie jako prawo. Wiele państw Unii Europejskiej zakotwiczyło w konstytucji prawo obywatela do „schronienia” i prawo do „własnego domu”. Oczywiście samo w sobie nie stanowi to gwarancji, że taki dom zostaje udostępniony osobie potrzebującej, a interpretacja tego zapisu bywa bardzo płytka. Jednak jest rzeczą istotną i brzemienną w konsekwencje, by zacząć myśleć o godnym miejscu zamieszkania w kategoriach praw człowieka. Zmienia to postrzeganie problemu i motywuje do przekonywania innych. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej stwierdza w art. 34.3: „W celu zwalczania wykluczenia społecznego i ubóstwa, Unia uznaje i szanuje prawo do pomocy społecznej i mieszkaniowej dla zapewnienia, zgodnie z zasadami ustanowionymi w prawie Unii oraz ustawodawstwach i praktykach krajowych, godnej egzystencji wszystkim osobom pozbawionym wystarczających środków”.

Przyjęcie koncepcji prawa człowieka do godnego miejsca zamieszkania ma swoje konsekwencje:

Natychmiastowość. Koncepcji prawa do czegoś nie da się pogodzić z barierami. Człowiek winien otrzymać schronienie najszybciej, jak to jest możliwe (choćby tylko schronienie tymczasowe). Miejsce zamieszkania powinno być dostępne dla tych, którzy go „nie chcą”, tak samo jak dla tych, dla których „nie ma właściwego miejsca”. Oznacza to maksymalne obniżenie progu dostępności schronienia – oczywiście bez uszczerbku dla jego efektywności. W praktyce może to dotyczyć np. przyjmowania pod dach par czy osób ze zwierzętami.

Wybór. Osoba wspierana powinna mieć realny wybór. Z całą pewnością dotyczy to zamieszkania z długą perspektywą czasową. Postawienie człowieka przed alternatywą „albo tak, albo wcale” bez uwzględnienia jego preferencji nie sprzyja jego dobrostanowi ani zdrowiu psychicznemu. Możliwość wyboru jest ważna, nawet jeśli będzie on bardzo ograniczony. Osoba wspomagana powinna być angażowana w proces, otrzymywać pełną informację i mieć możliwość podejmowania samodzielnych decyzji. Opcje winny być zróżnicowane tak jak różne są potrzeby różnych osób. Należy także brać pod uwagę, że preferencje danej osoby mogą się z czasem zmienić, tak jak zmienia się z czasem jego sytuacja.

Przykład z praktyki: SLI Nua Apartments prowadzone przez Midlands Simon Community w Athlone w Irlandii zapewnia schronienie osobom, które doświadczyły bezdomności i wymagają w swoim miejscu zamieszkania wizytacyjnego wsparcia. Przed wprowadzeniem się oglądają mieszkanie, mają czas na zadanie pytań oraz na zastanowienie się, czy lokal odpowiada ich potrzebom. Tej procedury przestrzega się nawet wówczas gdy dana osoba mieszka w hostelu i nie ma innych realistycznych szans na mieszkanie. Wynika to z przekonania, że takie podejście uwzględnia w pełni godność człowieka.

Wsparcie. Nie ma sensownego zamieszkania dla osoby bezdomnej z problemami zdrowia psychicznego bez właściwego wsparcia dostosowanego do potrzeb danej osoby. Od wsparcia zależy wynik pomocy mieszkaniowej. Wsparcie winno zasadzać się na planie pomocy powstałym z udziałem beneficjenta i być udzielane tak długo, jak długo beneficjent go potrzebuje. Wsparcia najlepiej udzielać na zasadzie case-managementu; powinno obejmować wszelkie dyscypliny stosowne w danej sytuacji, a więc kwestie zdrowia psychicznego, uzależnienia, pomoc socjalną,

inne kwestie medyczne, codzienne sprawy związane z zamieszkaniem, kwestie prawne itd. Wsparcie powinno mieć charakter „otwarty” tzn. elastycznie adoptować się do zmieniających się potrzeb beneficjenta. Dużym wyzwaniem pozwolić na to, by wspierana osoba nadawała tempo procesowi pomocy. Oznacza to, że przejście z „ulicy” do mieszkania odbywa się tak szybko lub tak wolno, jak uzna to za stosowne beneficjent. Nie jest to bynajmniej łatwe podejście, zwłaszcza gdy finansowanie projektu związane jest z terminowym osiągnięciem pewnych celów. Trudno pogodzić cele finansującego z tempem zmian zachodzących u beneficjenta. Taki kredyt zaufania dla beneficjenta jest jednak bardzo ważny dla procesu reintegracji osoby bezdomnej z problemami zdrowia psychicznego.

Jakość zamieszkania. Miejsca zamieszkania oferowane w celach pomocowych powinny spełniać standardy jakości. I nie chodzi tu tylko o oczywiste sprawy techniczne. W usłudze mieszkaniowej powinno znaleźć odbicie właściwe podejście psychologiczne uwzględniające wielorakie traumy przebyte przez beneficjenta. I tak i otoczenie, i wnętrza miejsc zamieszkania – domów, hosteli, schronisk – powinno w maksymalnym stopniu emanować ciepłem i „domowością” w odróżnieniu od chłodnej, bezosobowej funkcjonalności (zob. *psychologically informed environment – PIE*). Pomocowe miejsca zamieszkania na pewno nie powinno stać się powodem nowej traumy. Dobrą praktyką jest „pakiet powitalny” przygotowywany dla nowego mieszkańca – miłe drobiazgi tworzące ciepłą, bezpieczną atmosferę.

Zapobieganie. Zapobieganie to istotna część strategii mieszkaniowej. Nie ma lepszego sposobu na zapewnienie człowiekowi realizacji jego prawa do godnego miejsca zamieszkania.

Pytania kontrolne dotyczące przyjęcia podejścia opartego na prawie do godnego miejsca zamieszkania:

- Czy usługodawcy formalnie przyjęli pogląd, iż każdy człowiek ma takie prawo?
- Czy funkcjonuje procedura w której opcje zamieszkania są przedstawiane i wyjaśniane przyszłemu beneficjentowi?
- Czy pracownicy pomocowi wspierający beneficjentów przeszli przeszkolenie w zakresie nieopresyjnej praktyki pomocowej?
- Czy po zamieszkaniu beneficjenta wsparcie dla niego ma charakter otwarty?
- Czy oferowane miejsca zamieszkania spełniają podstawowe standardy?
- Czy istnieją standardy profesjonalne, do których spełniania są zobowiązani pracownicy pomocowi?
- Czy miejsce zamieszkania jest przyjazne, emanujące ciepłem, czy praktykuje się „pakiet powitalny”?

Waga kwalifikacji personelu

Kluczowym uwarunkowaniem właściwego wsparcia są kwalifikacje personelu. Podejście oparte na „prawie do godnego miejsca zamieszkania” wymaga umiejętności działania stawiającego w centrum wspomaganą osobę. Potrzebny jest wysoki poziom empatii, okazywanie ciepła, postawa aktywnego słuchania, rozeznanie co do tego, kiedy doradzić i pokierować, a kiedy komunikować zrozumienie i bezwarunkową akceptację. Te umiejętności wymagają ich refleksyjnego praktykowania, komunikacji wewnątrz zespołu, możliwości korzystania z superwizji.

Osoby pracujące z ludźmi bezdomnymi lub zagrożonymi bezdomnością, obciążonymi problemami zdrowia psychicznego powinny przejść przeszkolenie w zakresie „nieopresyjnej praktyki pomocowej” (*anti-oppressive practice*). Jest to przeszkolenie dające wgląd w to, jak własne, nieuświadomione postawy i hierarchia wartości mogą negatywnie wpływać na jakość pracy pomocowej.

Pytania kontrolne dotyczące działania stawiającego w centrum wspomaganą osobę

- Czy personel został zapoznany/przeszkolony w działaniu stawiającym w centrum wspomaganą osobę?
- Czy personel posiadał umiejętność aktywnego słuchania?
- Czy personel został przeszkolony w zakresie nieopresyjnej praktyki pomocowej?
- Czy personel ma okazje do refleksji nad praktyką pracy z klientem i nad stosowaniem nieopresyjnej praktyki pomocowej?

W pracy z osobami z problemami psychicznymi należy w szczególności brać pod uwagę prawdopodobne traumy, przez które przeszły one w przeszłości. To podejście nosi nazwę „pomocy uwzględniającej traumę” (*trauma informed care - TIC*). Peter Cockersell w magazynie FEANTSA „Homeless in Europe” (zima 2017) ujmuje kwestię strauumatyzowania osób doświadczających bezdomności w taki sposób: *Każdy, kto pracował z osobami długofalowo spędzającymi noce w nieodpowiednich do tego miejscach, wie, że ogromna część z nich ma za sobą bardzo trudne życie, często naznaczone już we wczesnym dzieciństwie przemocą, zaniedbaniem, rozdzieleniem rodziców, śmiercią czy alkoholizmem, a później trudnymi przejściami w szkole, problemami z policją, z przemocą, narkotykami, alkoholem czy problemami psychicznymi (często bliżej nieokreślonymi) - niekiedy zaś z tym wszystkim naraz. Potem w życiu dorosłym stają w obliczu wykluczenia oraz ryzyka związanego z zamieszkiwaniem na ulicy. Tę powszechną wśród pracowników pomocowych wiedzę wielokrotnie potwierdziły badania naukowe prowadzone w Wielkiej Brytanii, w Europie i na świecie (Maguire et al, 2009; Cockersell, 2011). Cockersell nie argumentuje na rzecz patologizacji czy psychologizacji usług dla osób bezdomnych, lecz jest za tym, by osoby pracujące z osobami bezdomnymi były w sposób kompetentny świadome skutków traum i tym samym potrafiły udzielić skuteczniejszego wsparcia.*

Pytania kontrolne dotyczące „pomocy uwzględniającej traumę”

- Czy personel jest przeszkolony w tym modelu pomocy?
- Czy miejsca zamieszkania dla osób wspomaganych uwzględniają w widoczny sposób psychologiczne uwarunkowania mieszkańców?
- Czy tereny zewnętrzne i wspólne utrzymywane są z należytą dbałością?

Ponadto ważne jest przeszkolenie personelu w zakresie:

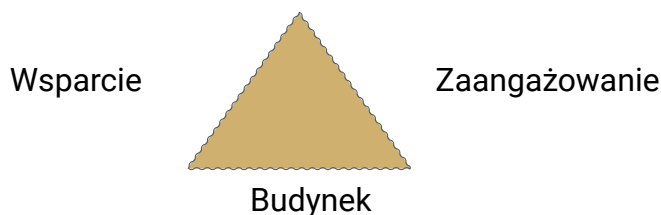
- procesu zmiany
- skutków traumy
- sposobów motywowania
- angażowania i wspierania ludzi.

Nieodzowna jest regularna (przynajmniej comiesięczna) formalna refleksja nad wykonywaną

pracą.

„Trójkąt domowy”

Wsparcie oferowane osobie ma „twardy” i „miękki” aspekt. Obydwa są nieodzowne, wzajemnie się uzupełniają i przenikają. Jest więc aspekt bezosobowy, obiektywny, nieelastyczny oraz aspekt osobisty, subiektywny dostosowujący się do aktualnych okoliczności. Obydwa są bardzo wyraźne w sferze mieszkalnictwa i bardzo istotne w kontakcie z osobą mającą problemy w sferze psychicznej. „Twarda pomoc” to uwarunkowania architektoniczne, wskazania medyczne, recepty, terminy, pomoc w jej oficjalnym, dokumentowanym wydaniu. „Miękka pomoc” to przestrzeń i możliwości personalizacji w ramach nieelastycznego kontekstu – ludzka strona interakcji zachodzącej między wspomaganą osobą a pracownikiem pomocowym, lekarzem, psychiatrą, psychologiem itd. Ten ludzki wymiar umożliwia istotną wymianę z daną osobą, buduje relację, skłania klienta do nawiązania kontaktu z samym sobą, do podejmowania rzeczywiście własnych decyzji. Jednym słowem miękka pomoc pobudza wspomaganego do uczestnictwa, zaangażowania. Uczestnictwo jest tym, co sprawia, że „dom” w sensie budowli staje się „domem” człowieka. To poprzez uczestnictwo, zaangażowanie człowiek zaczyna postrzegać miejsce, w którym mieszka jako „swoje”. Takie postrzeganie zmienia dom, mieszkanie w „mój dom”, „moje mieszkanie”. Można to przedstawić w postaci „trójkąta domowego”.



Zaangażowanie (uczestnictwo) osoby zamieszkującej jest w ogromnej mierze funkcją wsparcia udzielonego jej przez pracowników pomocowych.

Pomoc mieszkaniowa w swoich przejawach

Prześledźmy przejawy pomocy mieszkaniowej dla osób bezdomnych w realnym świecie. Opis postępuje od form najprostszych do bardziej skomplikowanych, ale nie należy tego rozumieć w sensie koniecznej chronologii. W istocie, podstawowym założeniem programów typu „Najpierw Mieszkanie” (*Housing First*) jest zaprzeczenie wszelkiej „schodkowej” chronologii. Pomoc nie powinna być udzielana w sposób schematyczny, ale być adekwatną ofertą w świetle potrzeb i możliwości danego człowieka. Jest zadaniem pracownika pomocowego wykorzystać dostępne zasoby pomocowe w sposób przynoszący największy pożytek konkretnej osobie w jej sytuacji.

„Domowe aluzje”. Istnieje możliwość dotarcia do człowieka z pojęciem „domu” pomimo całkowitego braku fizycznej struktury. Nie mamy tu jeszcze do czynienia z pomocą mieszkaniową, co jednak nie oznacza, że te pierwsze przejawy „domu” są bezużyteczne czy bez znaczenia. Pierwsza aluzja może przyjść w postaci streetworkera oferującego kubek kawy. Gorąca kawa – skromna namiastka bezpieczeństwa i bliskości drugiego – przywołuje bezpieczeństwo i bliskość, które tworzą „dom”.

W realnym świecie funkcjonują jadalnie i ogrzewalnie. To nadal nie mieszkanie, ale już szersza

przestrzeń komunikująca „dom”. Ten „dom” można zobaczyć w uśmiechu człowieka wydającego posiłek, w jakości samego posiłku, w możliwości uprania odzieży i to w sposób przypominający „dom” (zapach), w zaproszeniu na świąteczny posiłek, w przyjemnej aurze miejsca, w możliwości spędzenia czasu we „własnym” kącie. Takie delikatne, nienachalne aluzje do domowego ciepła mogą być w szczególnej cenie u osób z problemami zdrowia psychicznego.

Zamieszkanie doraźne. Zamieszkanie doraźne zasadniczo służy przetrwaniu. W szczególności odnosi się to do noclegowni zapewniających dach nad głową w nocy, ale na dzień zamykających drzwi. Noclegownia może jednak również posłużyć ważnemu celowi skontaktowania osoby bezdomnej z bardziej zaawansowanymi formami pomocy, w tym mieszkaniowej. To zależy od zakresu usług oferowanych w placówce (np. psychiatra, pracownik socjalny), zaangażowania personelu oraz funkcjonalnych ścieżek pomocy.

Całodobowe schronisko to pierwsza pomoc typu mieszkaniowego potencjalnie zawierająca znaczącą dozę „domu”. Na schronisko często patrzy się jako na nieadekwatną i przestarzałą formę pomocy w sytuacji bezdomności. Choć tę krytykę może często usprawiedliwiać typowa praktyka, najbardziej wątpliwe aspekty schroniska związane są bardziej z tym, jak jest ono prowadzone a nie z samą instytucją. Z całą pewnością żadna postać doraźnego zamieszkania nie powinna przechodzić w stan chroniczny. Jednakże schronisko może odegrać istotną rolę zapewniając bezdomnej osobie fizyczne i psychiczne przetrwanie oraz stabilizację, tworząc zainteresowanemu i pracownikom pomocowym przestrzeń i czas dla oceny sytuacji i dalszych opcji. Idealnie pobyt w schronisku winien być krótki, ale w rzeczywistości ze względu na wąskie spektrum możliwości, jak również własne postawy użytkownika opóźnienia mogą okazać się znaczące. Należy wspomnieć, że są osoby, które całkiem dobrze odnajdują się w schronisku. Uporządkowany dzień, zadania do wykonania, elementy dyscypliny, obfitość kontaktów międzyludzkich – wszystkiego tego, dostępnego w schronisku, może zabraknąć w zindywidualizowanym miejscu zamieszkania. Samotność, presja codziennych problemów, nieprzyjazne czy szkodliwe środowisko – dobre schronisko potrafi przed tym w znaczącej mierze chronić.

Właściwą tendencją jest poprawianie standardów zamieszkania w schronisku. W idealnym schronisku:

- Każdy mieszkaniec powinien mieć swój pokój;
- Prysznice i toalety powinny być dzielone z innymi maksymalnie w stosunku 2:1;
- Posiłki powinny być przygotowywane w konsultacji z mieszkańcami i spełniać ich wymogi dietetyczne;
- Pokoje powinny być dostępne dla mieszkańców w każdym czasie.

Wyższe standardy zamieszkania w schronisku nie powinny jednak odbierać mieszkańcom motywacji do samodzielnego zamieszkania, co może stać się problemem zwłaszcza wówczas, gdy opcji długoterminowego zamieszkania nie ma wiele.

Zamieszkanie długoterminowe. Dylemat wyboru pomiędzy – by ująć to najprościej – zamieszkaniem z minimalną dozą prywatności a zamieszkaniem z minimalną dozą towarzystwa, ma rozwiązanie w postaci elastycznie kształtowanego zamieszkania wspieranego. To jest forma zamieszkania, w której „trójkąt domowy” może zafunkcjonować w sposób pełny i twórczy, uwzględniający możliwości i potrzeby osoby bezdomnej z problemami zdrowia psychicznego.

Możliwych jest wiele rozwiązań opartych zasadniczo na potrójnym schemacie:

- Blok mieszkaniowy z mieszkaniami dla osób indywidualnych i par zapewniający zarazem warunki prywatności, jak wspólną przestrzeń socjalizacji, oraz codzienną obecność pracowników wspierających;
- Duże pojedyncze mieszkanie umiejscowione dowolnie w mieście, w którym każda osoba (lub para) mieszka w oddzielnym pokoju, a wspólne są urządzenia sanitarne i kuchenne oraz przestrzeń socjalizacyjna; takie mieszkania mogą mieć dowolną wielkość i liczbę izb a życie w nich ma dla mieszkańców charakter quasi-rodzinnej „wspólnoty mieszkaniowej”;
- Indywidualne mieszkania dla osób lub par.

Również wsparcie dla mieszkańców zasadza się na potrójnym schemacie:

- Wsparcie na miejscu przez pracowników obecnych codziennie (najodpowiedniejsze dla opisanego wyżej bloku mieszkaniowego);
- Wsparcie „wizytujące” z udziałem stosownych pracowników pomocowych (najodpowiedniejsze dla „wspólnoty mieszkaniowej”);
- Wsparcie na zasadzie *case-management* oferowane indywidualnym osobom lub parom przy maksymalnym wykorzystaniu usług ogólnie dostępnych.

Możliwe są oczywiście wszelkiego rodzaju modele pośrednie zarówno jeśli idzie o strukturę mieszkaniową, jak strukturę wsparcia. Ogólnie rzecz ujmując zarówno struktura mieszkaniowa, jak struktura wsparcia zmierza od większej do mniejszej dozy wsparcia i kontroli. To, czy osoba osiągnie dany status mieszkaniowy podążając drogą stopniowego postępu, czy też od razu „wskoczy” na odpowiedni poziom, nie ma większego znaczenia – jest tylko funkcją jej osobistych potrzeb i możliwości oraz możliwości i barier obiektywnych.

Przykład praktyczny: Organizacja „Sophia” w Irlandii ma w Dublinie scentralizowane usługi mieszkaniowe, zapewniające dach nad głową 18 parom mieszkańców z długą historią bezdomności. Ludzie ci nie mogliby mieszkać ze sobą w typowych placówkach dla bezdomnych. Wiele z tych osób jest uzależnionych i wykazuje różne inne problemy zdrowia psychicznego. „Sophia” zaoferowała im „własny kąt” nie stawiając uprzednio żadnych warunków z personelem wspierającym obecnym 24 godziny na dobę. Od roku 2015 w mieszkaniach tych mieszkało 36 osób, 32 z nich utrzymały mieszkanie.

„Najpierw Mieszkanie” (*Housing First*). Ten program jest praktyką pomocową wychodzącą z założenia, że człowiek doświadczający bezdomności powinien otrzymać miejsce zamieszkania jak najszybciej i bez spełniania szczególnych warunków w rodzaju zachowania trzeźwości czy stosowania się do terapii. *Housing First* to zmiana filozofii polegająca na tym, że zamiast procedować sprawę mieszkania w trybie typowej chronologii – od ulicy, przez schronisko, ku bardziej zindywidualizowanym formom – osobie bezdomnej udziela się od razu indywidualnego, wspieranego zamieszkania. Krótko mówiąc zainteresowany nie musi udowadniać, że dojrzał do zajęcia mieszkania. Decyduje sama potrzeba posiadania mieszkania. Programy typu „Najpierw Mieszkanie” są w szczególności stosowne w sytuacji problemów psychicznych. Oczywiście, jak podkreśla dr Sam Tsemberis (czołowy ekspert w tej dziedzinie), hasło „najpierw mieszkanie” nie oznacza „samo mieszkanie”. W swojej źródłowej pracy pt. *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* dr Tsemberis szczegółowo

przedstawia metody i interwencje niezbędne do tego, by z dobrym skutkiem wspierać wychodzenie z bezdomności osób z problemami psychicznymi. Istnieje spory zasób międzynarodowych badań potwierdzających, że ten model postępowania prowadzi do pozytywnych i trwałych efektów w odniesieniu do zamieszkania i zdrowia osób doświadczonych zarówno bezdomnością, jak i problemami psychicznymi. Ramy niniejszego poradnika nie pozwalają na pełniejsze omówienie modelu Housing First, ale jego etos i wartości można podsumować następująco:

- mieszkanie jako podstawowe prawo;
- szacunek, ciepło i współczucie;
- wsparcie tak długo, jak jest potrzebne;
- mieszkania rozsiane po mieście;
- mieszkania wynajmowane przez usługodawcę i podnajmowane beneficjentom;
- zorientowanie na integrację;
- redukcja szkód;
- „sztuka wizyty domowej”.

Z doświadczeń osób wdrażających Housing First wynika, że ten model pomocy sprawdza się doskonale, o ile dostatecznie zainwestuje się w wielodyscyplinarne działania wspierające (psychiatra, pielęgniarka psychiatryczna, opiekun mieszkania, terapeuta uzależnień, wsparcie peer to peer).

Kilka ważnych kwestii

Wizyta domowa. Wizyta domowa jest jednym z kluczowych działań w każdym typie zamieszkania wspieranego, włączając w to Housing First. Jest to moment, w którym osoba wspierająca spotyka się z osobą wspieraną w jej domowym otoczeniu. W tej nieformalnej scenerii dochodzi do kluczowej interwencji terapeutycznej. Następujące sprawy mają kluczowe znaczenie dla udanej wizyty domowej:

- Wizyta jest zaplanowana i zapowiedziana.
- Pracownik pomocowy jest do niej przygotowany i zapoznał się z kluczowymi dokumentami.
- Wizyta odbywa się z zrelaksowanej atmosfery, bez pośpiechu.
- Pracownik pomocowy werbalnie i niewerbalnie komunikuje ciepłe emocje i autentyczne zainteresowanie.
- Wizyta daje okazję do wielu obserwacji, które jednak często należy zachować dla siebie i nie podejmować w rozmowie z mieszkańcem.
- Wizyta pozwala odnotować konieczne do wykonania naprawy, których wykonanie będzie miało wpływ na komfort zamieszkiwania.

Na zakończenie podsumowanie wizyty domowej pióra dr Sama Tsemberisa: *Wizyta domowa zarówno przez swą formę jak i treść dostarcza obfitego materiału na temat klienta, jego warunków życia, działań personelu pomocowego oraz sytuacji w relacji terapeutycznej. Jest ona mikrokosmosem całego programu. Większość pracy w programie odbywa się podczas wizyty domowej, zespoły przychodzą do klientów ze swoim zainteresowaniem i stałym zapytaniem: 'Jak się czujesz?', 'W czym ci mogę pomóc?'. Budowanie zaufania wymaga od zespołu wyrażania akceptacji i troski – nie oceny (Tsemberis S, 2010 P86/88).*

Zwolnienie ze szpitala, więzienia lub innej placówki instytucjonalnej. Zalecane jest ustalenie klarownych protokołów pomiędzy instytucją wypisującą a usługami dla osób bezdomnych w celu zgrania w czasie zwolnienia i przyjęcia pod dach przez placówkę pomocową, tak by wykluczyć powrót na ulicę.

Mężczyźni i kobiety w usługach mieszkaniowych. Wspólne zamieszkanie w placówkach osób obu płci a także osób z różnorodnymi deficytami i umiejętnościami ma swoje dobre strony, zwłaszcza w przypadku schronisk. Ludzie uzupełniają się i pomagają sobie nawzajem. Wzajemna akceptacja niweluje stygmatyzację. Jednakże pracownicy pomocowi powinni być również świadomi szczególnych potrzeb i wrażliwości obu grup. Bezbronność kobiet, zwłaszcza w placówkach pobytu doraźnego i zwłaszcza w kontekście przemocy uwarunkowanej płciowo, wymaga dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia im poczucia bezpieczeństwa. Budowanie mostów między mieszkańcami. Jest rzeczą istotną wprowadzić mieszkańców placówki zbiorowego zamieszkania (czy to schroniska, czy wspólnoty mieszkaniowej) w problemy sprawiającego większe kłopoty współmieszkańca w taki sposób, aby przeciwdziałać wrogości i sprzyjać konstruktywnym relacjom.

Trudności

Wzrost cen mieszkań. W trzecim kwartale 2018 ceny mieszkań zarówno w strefie euro jak i w reszcie UE wzrosły o 4,3% w porównaniu do tego samego okresu roku ubiegłego (Eurostat). Odbiło się to negatywnie na dostępności mieszkań również dla osób bezdomnych.

Brak substancji mieszkaniowej pod dostępny najem. W całej UE zaznacza się trend do kurczenia się dostępnych zasobów mieszkaniowych oraz do wycofywania się samorządów z budownictwa socjalnego.

Poza słabą niedostępnością przestrzeni mieszkalnych typowe trudności w sferze mieszkalnictwa to: przedłużające się biurokratyczne procedury uzyskiwania dostępnych cenowo przestrzeni mieszkalnych, brak zróżnicowania tych przestrzeni mieszkalnych w zestawieniu ze znacznym zróżnicowaniem potrzeb ewentualnych beneficjentów oraz konkurencja o przestrzeń mieszkalną ze strony innych defaworyzowanych grup. Trudno o pomoc stawiającą człowieka w centrum, gdy wybór jest tak mały.

Z procesem zapewnienia osobie mieszkania wiążą się także trudności czasowe. Z jednej strony jest wiele czasu do odczekania, z drugiej niektóre sprawy, zwłaszcza związane z dokumentacją i transakcjami prawnymi, wymagają sfinalizowania w nieprzekraczalnych terminach. To może stanowić trudność dla wielu osób, o których mowa w tym poradniku.

Jest tendencja do tego, by sprawę osoby umieszczonej w mieszkaniu traktować jako „załatwioną”. „Bezdomny przestał być bezdomnym”. Nawet przy świadomości potrzeby dalszego wsparcia, o pewne usługi może być już trudniej. Tymczasem mamy tu do czynienia z delikatnym momentem w życiu tej osoby, swoistym przełomem, kiedy nagle musi robić dla siebie o wiele więcej niż przedtem. Paradoksalnie moment ten wymaga właśnie szczególnej uwagi od pracownika wspierającego.

Nie można zapominać o groźbie stygmatyzacji i odrzucenia osoby nowo zamieszkałej przez otoczenie.

Dobre praktyki

Pomoc mieszkaniowa ma na celu zrealizowanie „trójkąta domowego” – umieszczenie osoby w adekwatnej przestrzeni mieszkalnej - budynku – i zainspirowanie jej przez zaoferowane wsparcie do takiego zaangażowania, które uczyni tę przestrzeń „domem”. Brzmi to prosto, lecz w rzeczywistości jest skomplikowanym i właściwie niekończącym się procesem, w którym pracownik pomocowy (pracownik wsparcia) nie jest bynajmniej osobą decydującą, ani niezależną w swym działaniu. Jest raczej jednym z aktorów procesu. Główną rolę gra osoba wspomagana i jej decyzje. Należy się jednak również liczyć z jej bliskimi, z sąsiadami, innymi służbami, uwarunkowaniami architektonicznymi itd.). Dlatego rolę pracownika pomocowego (pracownika wsparcia) najlepiej opisują pojęcia równowagi i elastyczności. Przede wszystkim trzeba znaleźć równowagę między przyszłym mieszkańcem a dostępną architekturą, przy czym architektura do pewnego stopnia będzie warunkowała tryb późniejszego życia. Jak wcześniej wspomniano, możemy mieć do czynienia z blokiem mieszkaniowym, wspólnotą mieszkaniową w większym mieszkaniu oraz indywidualnymi mniejszymi mieszkaniami. Z drugiej strony mamy kandydatów ze wszystkimi ich cechami, mocnymi i słabymi stronami, specyfiką, deficytami, wrażliwościami i przewrażliwieniami. Teraz trzeba zbilansować obie strony równania! Posłużyć się dostępną architekturą z jak największym pożytkiem dla stojącej przed nami osoby. Dostarczyć, spowodować dostarczenie lub przetrzeć ścieżki dostarczania różnorodnego potrzebnego wsparcia. Niełatwo zbilansować to równanie, a na pociechę mamy tylko to, że dążąc do ideału możemy osiągnąć tylko to, co możliwe. Jedną z sugestii dla przestrzeni mieszkalnych charakteryzujących się częstymi interakcjami między mieszkańcami - np. wspólnot mieszkaniowych – jest łączenie, w granicach rozsądku, osób o różnych charakterystykach. Silne strony jednej osoby dobrze współgrają ze słabszymi stronami drugiej. Ludzie dobrze dopasowani mają tendencje do troszczenia się o siebie nawzajem na wiele drobnych sposobów, co stanowi wsparcie dodatkowe w stosunku do wsparcia profesjonalnego. Takie wsparcie dawane sobie nawzajem przez równorzędnych acz różnych partnerów jest zresztą istotnym elementem tego, co nazwaliśmy „domem”. „Dom” to w istotnej mierze relacje, bliskość, towarzystwo drugiego – powszechna, naturalna potrzeba człowieka.

Znalezienie równowagi w innych formach zamieszkania (mieszkaniach indywidualnych, blokach mieszkaniowych) nie jest łatwiejsze. Wszędzie obowiązują te same znane zasady:

Zapobieganie. Lepiej przewidzieć problem niż gasić pożar. Dobrym przykładem jest negocjowanie i planowanie wypisów ze szpitala i innych instytucji, tak aby miejsce zamieszkania – choćby doraźnego – było gotowe na czas.

Wychodzenie do potrzebującego (outreach). W pomocy mieszkaniowej przybiera ono głównie postać wizyt domowych. Jest to jednak kwestia nie formy a istoty rzeczy. Ile jest więc wychodzenia do drugiego w naszej wizycie domowej? Ile realnego kontaktu i dialogu?

Współpraca z innymi (networking). Dobrze jest mieć partnerów w dążeniu do celu. W pomoc mieszkaniową zaangażowane są – powinny być – wszelkie rodzaje służb i usług: służba zdrowia, służby socjalne, pośrednictwo pracy, pracodawca, policja. Szczególnie pożądanymi partnerami są jednak sąsiedzi mieszkańca. Dobre stosunki z sąsiadami są barierą dla stygmatyzacji i odrzucenia. Wymaga to jednak od pracowników pomocowych wyjścia ku sąsiadom (outreach).

Osoba w centrum działań. Koncentracja na wspomaganej osobie to sama istota pomocy mieszkaniowej i każdej innej. W praktyce ma to oznaczać, że wśród osób i służb wspierających daną osobę znajdzie się przynajmniej jedna, dla której zajmie ona miejsce centralne, dla której będzie wspieranym podmiotem a nie przedmiotem wsparcia. Formalnym ucieleśnieniem pomocy skoncentrowanej na osobie jest case-manager tej osoby - bardzo adekwatna forma wsparcie w ramach pomocy mieszkaniowej, zwłaszcza w przypadku osób mieszkających w indywidualnych mieszkaniach i zwłaszcza w modelu Housing First.

Przykład dobrej praktyki

Flat Zero (Fundacja „Arrels”, Barcelona) jest niskoprogowym, czasowym schronieniem dla osób od lat bezdomnych. Projekt ma być alternatywną ścieżką dostępu do schronienia. Co noc przyjmowanych jest na noc 10 osób. Jest to celowo mała placówka, mająca uszanować prywatność i tworzyć przestrzeń do budowania relacji. Zwykłe, duże mieszkanie zostało przebudowane i wyposażone do funkcji „mieszkania ulicznego”. Przeznaczone jest dla osób odrzucających oferty schroniskowe i nie adaptujących się w warunkach Housing First ze względu na nieprzestrzeganie norm dotyczących wspólnego zamieszkania lub życia w społeczności. Mieszkanie zaprogramowano więc jako przystanek w pół drogi między ulicą a domem. Można tu nocować ze zwierzętami, wносить alkohol i bagaże. Wartą wzmianki innowacją jest pomysłowe wyposażenie pozwalające przeobrazić przestrzeń sypialną w dzień w miejsce spotkań dla personelu i wolontariuszy Arrels. Przestrzeń „mieszkania ulicznego” została zaaranżowana w taki sposób, aby wyjść naprzeciw ludzkim potrzebom. Nie ma tu zamysłu zmiany wobec osoby wspomaganej, lecz raczej próba dostosowania się do jej potrzeb. Istotne jest, że Arrels oferuje także inne, bardziej zaawansowane formy zamieszkania, do których użytkownicy „mieszkania ulicznego” mają otwartą drogę.

Studium przypadku

Londyn.

Jack miał 34 lata. Pochodził z Newcastle, miasta położonego w północno-wschodniej Anglii. Pod koniec okresu dorastania rozwinęła się u niego ciężka choroba psychiczna. Zanim poznał się z nami, przez około 10 lat mieszkał w Londynie, głównie na ulicach i w dużych schroniskach. W ramach pierwszego etapu projektu zamieszkał w jednym z naszych mieszkań, gdzie, dzięki małej dawce leków psychotycznych i odpowiedniemu wsparciu, jego stan znacznie się poprawił. Następnie otrzymał długoterminowe zakwaterowanie socjalne w robotniczej dzielnicy w południowym Londynie. Wszystko wskazywało na to, że zaaklimatyzował się w jednym z dwunastu mieszkań socjalnych ulokowanych wokół dziedzińca, mając do dyspozycji pracowników wsparcia 12 godzin na dobę.

Pewnego dnia wyznał opiekunowi, że myśli o powrocie do Newcastle i że wręcz planuje wsiąść w pociąg i pojechać tam w nadchodzącym tygodniu. Co prawda nie poczynił w tym kierunku żadnych przygotowań, ale był przekonany, że kiedy dotrze na miejsce, „wszystko się ułoży”. Nie ulegało wątpliwości, że widzi w Newcastle miasto rodzinnej przeszłości. Po dłuższej rozmowie, opiekun zdołał przekonać Jacka, by nie jechał bez przygotowania. Zaoferował też pomoc i w ciągu kolejnych kilku tygodni zdołał nawiązać kontakt z Wydziałem Lokalowym w Newcastle. Wydział znalazł dla niego lokum i wsparcie finansowe. Zgodę na przyjazd wyraził lokalny zespół ds. zdrowia psychicznego.

Przed podjęciem finalnej decyzji Jack wraz z zespołem zgodnie uznali, że dobrze byłoby obejrzeć proponowane mieszkanie i poznać zespół opiekuńczy w Newcastle. Tym sposobem Jack, jego główny opiekun oraz psychiatra (czyli ja) zaplanowaliśmy jednodniową wycieczkę do Newcastle. Jack nie mógł się jej doczekać.

Wysiedliśmy z pociągu i pojechaliśmy taksówką do przydzielonego Jackowi mieszkania. Było w dobrym stanie, ale całkowicie puste. Na domiar złego Jack nie mógł zorientować się w topografii miasta. Pojechaliśmy zapoznać z przedstawicielami zespołu ds. zdrowia psychicznego. Przedstawiliśmy się i odbyliśmy owocne spotkanie. Po obiedzie wsiedliśmy w pociąg powrotny do Londynu. Zauważyłem, że przez ostatnie kilka godzin, które spędziliśmy na mieście, Jack był dość małomówny. Opiekun zapytał go, czy wszystko w porządku. Odpowiedział: “Chyba jednak nie wrócę do Newcastle”. Powiedział, że nie czuje się tu dobrze. Miasto się zmieniło. W dodatku rodzina nie chce mieć z nim nic wspólnego, mimo iż próbował się z nią skontaktować. Wyszło na to, że ani nie rozpoznał miasta swojej przeszłości, ani nie znalazł w nim nikogo bliskiego. Nasza wizyta uświadomiła mu rzeczywisty stan rzeczy.

Ostatecznie Jack pozostał w mieszkaniu w Londynie. Mnie ta wycieczka wiele nauczyła. Dużo czasu i energii włożyliśmy w przeprowadzkę i łatwo można było popaść w irytację, a przynajmniej czuć rozczarowanie. Jednak wizyta w Newcastle pokazała przede wszystkim rozczarowanie i dyskomfort Jacka. Nie ulegało wątpliwości, że nie ułożyłby sobie tam życia. I tak jego relacje z zespołem pozostały pozytywne.

Bruksela, Infirmiers de Rue. Po raz pierwszy spotkaliśmy D. w czerwcu 2010 roku. Miał wtedy 45 lat, był bezdomny i żył na ulicy. Niemal zawsze był pod wpływem alkoholu i czasem bywał agresywny. Zdobycie jego zaufania oraz realizacja przysługujących mu świadczeń (jak dochód, opieka medyczna, itd.) wymagało od nas trochę czasu. Długo jednak nie sposób było wyobrazić sobie rozwiązania problemu jego schronienia. W ośrodkach kryzysowych czy schroniskach zazwyczaj odmawiano mu przyjęcia a program Housing First jeszcze nie działał. Dopiero w 2015 roku udało nam się znaleźć dla niego lokum w ramach tego programu. Był bardzo zadowolony, gdy po raz pierwszy od 10 lat wszedł do własnego mieszkania. Na początku nawet nieźle sobie radził, przestał pić i z entuzjazmem inwestował w nowe życie. Jednak po jakimś czasie wrócił do alkoholu i kolejne dwa lata zamieniły się w koszmar, zarówno dla niego jak i dla nas. Bardzo się o niego martwiliśmy, gdyż często znajdowaliśmy go w mieszkaniu bez żadnej opieki, spitego do nieprzytomności i na skraju śpiączki. Kilka razy próbował zerwać z nałogiem sam lub w instytucjonalizowanych programach detoksykacji alkoholowej. Pozytywne aspekty tych dwóch lat to wzrost jego pewności siebie, dobre relacje z naszym zespołem, które nawet się poprawiły, zmotywowanie, żeby nie tracić mieszkania oraz decyzja o przeniesieniu się do mniejszego, tańszego mieszkania (bardziej mu się podobało, poprzednie było za duże). Tak naprawdę zaczął być w stanie na powrót dokonywać samodzielnych wyborów. Wreszcie, po kolejnej hospitalizacji, wyznał nam, że doszedł do wniosku, iż nie powinien mieszkać sam. Zaproponowaliśmy mu dom opieki. Był co prawda za młody, niemniej został przyjęty i zgodził się na to rozwiązanie. Od dwóch lat, od kiedy tam mieszka nie wypił ani kropli alkoholu i jest szczęśliwy. Czyni kolejne postępy z myślą o znalezieniu nowego miejsca zamieszkania, w którym mógłby przebywać z ludźmi w swoim wieku

Pytania:

- Jakie szanse i jakie ryzyka dostrzegasz w opisanych interwencjach?
- Które momenty były dla tych procesów kluczowe?
- Czy bazując na własnym doświadczeniu potrafisz wyobrazić sobie inny przebieg działań? Jeśli tak, to jaki?

Rozdział 4.
Zdrowienie - integracja

Wprowadzenie

Osoby pozostające w sytuacji długotrwałej bezdomności często mają za sobą długi proces wykluczenia społecznego i złożonej traumy.

Badania konsekwentnie pokazują, że u osób bezdomnych w okresie dzieciństwa i dorastania często występują wskaźniki dysfunkcyjnego domu rodzinnego – historie fizycznej i/lub seksualnej przemocy, nadużywania przez rodziców substancji psychoaktywnych, ich choroby psychicznej, ucieczek z domu, pobytu w rodzinie zastępczej lub w instytucjach wychowawczych. W dorosłym życiu osoby bezdomne często doświadczają utraty pracy, braku środków do życia, dolegliwości i schorzeń fizycznych i psychicznych, nadużywania substancji psychoaktywnych, przemocy fizycznej i seksualnej oraz braku społecznych powiązań dających wsparcie i ochronę.

Oznacza to, że praca z osobami bezdomnymi nie polega tylko na zapewnieniu im schronienia, leczenia czy pracy. Jest to także kwestia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, które ich dotyka, pomocy w odzyskiwaniu stabilizacji życiowej, poczucia, że mają dom – przyjazne miejsce, do którego przynależą – poczucia zaczepienia w stabilnej sieci relacji osobistych i społecznych, poczucia własnej wartości rodzącego przekonanie, że ma się innym coś cennego do zaoferowania.

Jest to wymiar na tyle istotny i szeroki, że trudno go ująć jednym słowem. Nasuwać się mogą różne określenia – „uczestnictwo”, „uzdalnianie”, „włączanie”, „odbudowywanie”, „zdrowienie”, „angażowanie”, „integracja”.

Termin „zdrowienie” (ang. *recovery*), choć ma nad innymi przewagę występowania we współczesnej literaturze przedmiotu, również nie jest całkowicie adekwatny. Z jednej strony bowiem nawiązuje do pojęcia „choroby” – zdrowieje się z choroby. Tymczasem potrzebne jest tutaj przejście od optyki medycznej do optyki socjalnej, skoncentrowanej raczej na dobrostanie, mocnych stronach i szansach niż na deficytach i słabościach.

Z drugiej strony „zdrowienie” przywołuje pojęcie „powrotu” – powrotu do stanu poprzedzającego ten, z którego się zdrowieje. Musimy jednak być świadomi, że są osoby, które nigdy nie doświadczyły owego pierwotnego stanu „normalnych” społeczno-ekonomicznych uwarunkowań, co oznacza, że mamy do czynienia z sytuacją nie tyle powrotu do czegoś, co budowania od zera tego, co nie miało jeszcze nigdy szansy zaistnieć.

W ujęciu Reppera/Perkinsa (2006) zdrowienie jest procesem spersonalizowanym wiążącym się ze wzrostem nadziei, odkrywaniem nowych wymiarów życia, uwłasnowolnieniem, rozwijaniem osobistych umiejętności i strategii, stabilizacją socjoekonomiczną, pozytywnymi relacjami i integracją społeczną.

Zdrowienie więc nie jest dziełem wspierających profesjonalistów, ale osobistą podróżą danej osoby, którą należy rozpatrywać z tego właśnie punktu widzenia. Rolę profesjonalistów trzeba rozumieć w kategoriach udzielanego danej osobie wsparcia, tworzenia środowiska i możliwości, z których będzie ona mogła w swej podróży skorzystać, a nie narzucanych jej rozwiązań i planów w istocie w tej podróży przeszkadzających. Od profesjonalistów wymaga to umiejętności słuchania, poszanowania cudzej wolności oraz partnerskiej współpracy z klientem.

Główne myśli

Zdrowienie nie jest leczeniem. Zdrowienie i leczenie to dwie różne rzeczy. Zdrowienie polega na uzyskiwaniu samodzielności. Człowiek zaczyna podejmować ryzyko. Decyduje się na przykład na powrót do pracy, w tym samym czasie korzystając ze wsparcia bliskich oraz specjalistów (Chamberlin, 2005). Zdrowieniem zarządza sam zainteresowany – jest to „samozdrowienie”, któremu towarzyszy wsparcie.

Zdrowienie to proces, a nie stan. Jest to proces zmian, w trakcie którego człowiek poprawia swoje samopoczucie, jakość życia oraz zakres autonomii, najlepiej w kierunku materialnej samodzielności i przerwania zależności od innych. Oznacza to, że musi być traktowany jako osoba a nie jako pacjent.

Jest to osobista podróż i każdy zdrowieje we własnym tempie. Dlatego rola profesjonalisty sprowadza się tylko do wsparcia. Po pierwsze dlatego, że potrzeby danej osoby i opinia specjalisty w tej kwestii mogą się znacznie różnić (Lasalvia al., 2005; Thornicroft & Slade, 2002). Dodatkowo hierarchia potrzeb nakreślona przez zainteresowanego jest znacznie lepszym wskaźnikiem jakości życia niż zdefiniowana przez specjalistę (Slade, Leese, Cahill, Thornicroft, & Knipers, 2005). Drugi powód wynika z prawa jednostki do podejmowania własnych decyzji, nawet jeśli byłby to wybór zły a decyzje szkodliwe czy ryzykowne. Prawo do podejmowania ryzyka i odzyskiwania kontroli nad własnym życiem przez czynienie użytku z własnej woli, wpisuje się w szerszy kontekst koncepcji zdrowienia i powinno być uszanowane, nawet jeśli rodzi sprzeciw lub obawę o rezultaty (Slade, 2009).

Dodatkowo powinniśmy być świadomi tego, że:

- **Obopólne zaangażowanie i dążenie do zawiązania relacji opartej na zaufaniu i zrozumieniu** pomiędzy osobą bezdomną a pracownikiem pomocowym ma ogromne znaczenie dla procesu zdrowienia. Dzięki takiej relacji osoba zdrowiejąca może stanąć wobec wyborów i opcji odpowiadających jej potrzebom i preferencjom. Ma to kluczowe znaczenie w działaniach o charakterze wyjścia do potrzebującego (outreach) (zob. rozdz. 5 „Wyjście do potrzebującego – outreach”).
- Droga do wyzdrowienia nigdy nie jest prosta i **nie ma z góry ustalonego celu**. Pracownicy pomocowi nie powinni zmuszać swoich klientów do działań nie uwzględniających ich preferencji i możliwości (np. do znalezienia mieszkania, pracy, nawiązania kontaktu z rodziną). Warto pamiętać, iż „normalność” jest konceptem statystycznym, a co za tym idzie, każdy z nas ma o niej własne wyobrażenie. Należy to wziąć pod uwagę zwłaszcza w pracy z osobami, które mają za sobą poważne kryzysy życiowe i stworzyły sobie nietypowe, indywidualne sposoby interakcji ze środowiskiem.
- Rolą pracownika pomocowego pracującego nad perspektywą zdrowienia jest **zaszczepianie nadziei i budowanie pozytywnej a zarazem realistycznej perspektywy** - wspieranie, łączenie, odkrywanie nowych możliwości, uwzględnianie potrzeb i wyborów zdrowiejącego, skupianie się na jego mocnych stronach, determinacji i woli zamiast na objawach i deficytach. Jest to holistyczne podejście, które traktuje podopiecznego jako jednostkę zdolną do pełnienia ról a nie jako pacjenta.

- Dla niektórych osób odzyskanie pewności siebie, szacunku do siebie oraz sensu życia wiąże się nieodłącznie z **poczuciem przynależności do wspólnoty**, byciem nie tylko akceptowanym ale i cenionym, co wymaga między innymi zacieśnienia powiązań z ludźmi, uczestnictwa w życiu publicznym i dostępu do pracy.
- **Dostęp do pracy** odgrywa kluczową rolę w procesie integracji prowadząc do samowystarczalności, niezależności i wzrostu wartości w oczach innych. Fakt zarabiania wiąże się również z poczuciem godności, jako że jest formą równorzędnej „wymiany”. Praca organizuje życie i nadaje mu cel. Dlatego dla wielu osób jest nieodzownym krokiem w procesie zdrowienia.
- Jednocześnie należy podkreślić, że **praca nie jest niezbędnym warunkiem reintegracji**. Np. dla osób starszych lub poważnie chorych zatrudnienie nie będzie priorytetem. Te różnice postaw należy akceptować i rozumieć, że można żyć godnie nie pracując. Traktowanie pracy jako koniecznego warunku spełnionego życia może prowadzić do obwiniania i wykluczania osób niezdolnych do pracy, które mogą żyć godnie z renty czy zasiłku spełniając się w jakimś hobby czy aktywności w ramach wspólnoty.

Trudności

Czas. Podmioty pomocowe często obawiają się uzależnienia podopiecznych i wymagają od specjalistów szybkich rezultatów w postaci usamodzielnienia podopiecznych. Takie podejście przyczynia się do stosowania krótkofalowych i sztywnych rozwiązań wymuszających na beneficjentach spełnianie określonych wymogów pod groźbą utraty wsparcia. Tego typu defensywny tryb działania szybko prowadzi do zarzutów, dyscyplinowania i wykluczania osób będących w potrzebie, podczas gdy ciągle konieczna jest troska i wsparcie.

Specjaliści mają często **zbyt wielu klientów** do obsługi, co utrudnia indywidualne i skoncentrowane na konkretnej osobie podejście do problemów. Tymczasem praca z człowiekiem, który długo funkcjonował w sytuacji wykluczenia społecznego wymaga wypracowania bliskiej, stabilnej i opartej na zaufaniu relacji międzyosobowej.

Obawa przed podejmowaniem długofalowych problemów paradoksalnie zwiększa **ryzyko instytucjonalizacji** zmieniając potrzebującego w pełnoetatowego beneficjenta doraźnych w założeniu form pomocy, takich jak schroniska, hostele i inne duże instytucje.

Pracownicy pomocowi nie doceniając możliwości podopiecznego w zakresie np. wykonywania pracy mogą stosować **schodkowy model** zatrudnienia, w którym podjęcie pracy poprzedzają zajęcia terapeutyczne czy kursy. Stwarza to ryzyko utknięcia w paradoksalnej sytuacji niekończącego się przygotowania. Można temu zapobiec stosując metodę „Najpierw Praca”, przewidującą natychmiastowe realne zatrudnienie przy utrzymaniu wsparcia i dalszym szkoleniu.

Z powodu kryzysu społeczno-gospodarczego coraz więcej państw europejskich musi mierzyć się z deficytem miejsc pracy, wyczerpywaniem się zasobów rodzinnych i zmniejszonymi nakładami na pomoc społeczną. W tej sytuacji najbardziej zagrożeni są najsłabsi. Coraz bardziej **konkurencyjny rynek pracy** sprzyja jedynie „najsprawniejszym” wykluczając wiele osób zdolnych do pracy, choć nienajszyszych i nienajmłodszych. (Alternatywę stanowią mogą spółdzielnie socjalne).

Kwestia zatrudnienia bywa kontrowersyjna w tym sensie, że zatrudnienie może nie być równoważne z pełnowartościową pracą. Zatrudnienie pojmuje się niekiedy jako działanie włączające samo w sobie bez względu na to, czy łączy się z pełnoprawną pracą. Z faktu, iż zatrudnienie/praca stanowi silny czynnik identyfikacyjny wynika konieczność bardzo uważnego przyglądania się tej kwestii. Gdy identyfikacja związana jest ze „specjalną pracą” przewidzianą dla osób z problemami psychicznymi i doświadczeniem bezdomności, powstaje pytanie, w jakim stopniu identyfikujemy zatrudnione osoby z ich chorobą i w jakim stopniu one same postrzegają siebie właśnie przez pryzmat negatywnych uwarunkowań a nie jako pełnoprawnych obywateli wyposażonych w prawa i odpowiedzialność?

Dla pracowników pomocowych **proces integracji klienta może być źródłem frustracji**, o ile nie otrzymują odpowiedniego przygotowania i wsparcia. Stereotypy i uprzedzenia mogą prowadzić do ciągłej marginalizacji i dyskryminacji zwłaszcza osób borykających się z problemami psychicznymi i/lub uzależnieniami. Niosący pomoc powinni mieć narzędzia pozwalające im zrozumieć, że zdrowienie nie jest równoznaczne z leczeniem. Personel powinien mieć czas na

refleksję, wypracowanie zespołowego podejścia do problemu, na wdrożenie się w mentalność i kulturę pracy w sieci (networking), na komunikację wewnątrz i na zewnątrz zespołu. Wszystko to jest niezbędne, ponieważ proces zdrowienia wymaga czasu i dopóki trwa, trzeba sobie radzić z frustracjami i regresami jednocześnie cały czas respektując własne zasoby wspieranej osoby. Zespół potrzebuje stałego wsparcia, by zachować odpowiednią elastyczność (zob. też Rozdział 7: Troska o personel).

Dobre praktyki

Ponieważ mamy do czynienia z ludźmi doświadczającymi długotrwałego wykluczenia społecznego, nieodzowne jest budowanie **bezpiecznego i stabilnego otoczenia, którego częścią będą kluczowe osoby** obdarzane przez nich na tyle zaufaniem, by zwracać się do nich o pomoc w razie potrzeby.

Interwencja musi w pierwszej kolejności **zasadzać się na relacji** i kłaść nacisk na ciągłość pomocy, wzajemne zaufanie, interaktywność, pozytywną wizję spraw, szacunek, wrażliwość na drugiego, nie-odwetowość, wyczulenie na subtelne formy narzucania swej woli, unikanie uruchomienia wstydu, upokorzenia i gniewu. Należy dawać wybór i nie narzucać rozwiązań na zasadzie „albo tak, albo wcale”.

Ważne jest, by osoby wspierane miały kontakt ze **stałym case-managerem** a *case-manager* nie był nadmiernie obciążony, mógł regularnie przyjmować klientów i miał czas na podejmowanie z nimi wspólnych działań.

Osoba powinna być w centrum. Ważne jest, by rozmawiać z ludźmi na ich poziomie, wysłuchać i uznać ich punkt widzenia, potrzeby i nadzieje. Jednocześnie należy wspierać ich aspiracje udostępniając potrzebne informacje, ukazując otwierające się ścieżki rozwoju i prowadząc według „skrojonego na osobę” planu uwzględniającego indywidualne wybory, potencjał i ograniczenia.

Zapewnienie adekwatnego poziomu pomocy, unikanie przedawkowania opieki i terapii, które niesie ze sobą ryzyko długofalowej zależności i stopniowej utraty samodzielności. Jednocześnie należy być zawsze dostępnym i elastycznym w sytuacjach kryzysu i regresu.

Niezwykle ważna jest **współpraca wokół człowieka** z kolejnymi w zależności od aktualnej potrzeby powołanymi do pomocy podmiotami (*networking*). Złożoność problemów, z którymi zmagają się bezdomni, wymaga wsparcia profesjonalistów z różnych sfer - pomocy społecznej, służby zdrowia itd. Dlatego istotna jest współpraca z formalnymi i nieformalnymi podmiotami pomocy oraz z zasobami lokalnej społeczności, co wymaga nie tylko doskonałej orientacji ale też elastyczności i wykraczania poza schematy (zob. też: Rozdział 6. „Sieć pomocy - *networking*”).

Ciągłość pomocy sprawia, że pomoc jest skuteczna i efektywna kosztowo. Ciągłość pomocy przez wczesne wykrywanie problemów umożliwia uruchomienie na czas właściwych usług. Ciągłość pomocy wyrasta z długofalowego partnerstwa z osobą wspomaganą, w którym pracownik pomocowy (lub zespół) zna historię danej osoby i jest w stanie sprawnie i przy uwzględnieniu całokształtu sytuacji integrować nowe dane i podejmować decyzje. Nie ma tu potrzeby każdorazowego rozpoznania i analizy dokumentacji. Unika się fragmentacji pomocy, zwiększa poziom bezpieczeństwa osoby wspomaganej i poprawia jakość udzielanych usług. Ciągłość pomocy wymaga bieżącego śledzenia biegu spraw i zakłada istnienie sieci pomocy.

Grupy samopomocowe, grupy wzajemnego wsparcia, programy prowadzone przez osoby doświadczające danego problemu (*peer-to-peer*). Są to grupy i programy prowadzone przez osoby, które dotknęła bezdomność, uzależnienie czy problemy psychiczne. Takie grupy służą otwartemu dialogowi, wzajemnym konsultacjom, a niekiedy i dyskusji nad problemami. Samopomoc to

wymiana wiedzy, doświadczenia, emocji czy praktycznej pomocy. Osoba doświadczająca podobnego problemu może zaoferować specyficzne wsparcie jako ktoś, kto „już tam był”, „już to robił”. Taka osoba zazwyczaj ma za sobą dodatkowe przeszkolenie, choć nie jest to bezwzględna reguła.

Aktywność obywatelska – proces przygotowania, wdrażania i ewaluacji programów pomocowych powinien angażować różne zainteresowane podmioty. W szczególności osoby, które doświadczają lub doświadczyły bezdomności, winny być angażowane do podejmowania decyzji w swoich sprawach, mieć otwarte pole działania na rzecz wspólnoty i możliwość korzystania z jej zasobów w celu wzmacniania więzi międzyludzkich.

Pytania kontrolne

Pytania, które należy sobie zadać w związku z każdą interwencją czy propozycją dla klienta:

1. Dla kogo to? W czyim działam interesie? Klienta, moim, mojej organizacji, jeszcze kogoś innego?
2. Czy to działanie służy integracji, rozwojowi, edukacji?
3. Czy ma charakter podnoszący czy represyjny? Czy sprzyja budowaniu zaufania i pozytywnej interakcji czy też obudzi nieufność, defensywność?
4. Kwestia ewentualnej przemocy, stosunku sił: Czy jest to działanie oparte na szacunku czy władzy? Czy daje możliwość wyboru, czy jest wyborem typu „Albo tak, albo wcale”?

Przykłady dobrych praktyk

“Red Sin Gravedad” – projekt środowiskowy rozwijany przez stowarzyszenia Radio Nikosia, Saräu, ActivaMent i Cooperativa Aixec.

Projekt polega na organizowaniu różnego typu wydarzeń (kulturalnych, artystycznych, warsztatów itp.) w barcelońskich ośrodkach kultury, które chcą być przestrzenią otwartą dla każdego również dla osób z problemami psychicznymi. Ideą jest tworzenie „lekkiego”, przyjaznego środowiska socjalizacji, bez „diagnostyki” – przestrzeni interakcji i współuczestnictwa.

Więcej: <https://redsingravedad.org/>

Studium przypadku

N. urodził się w 1967 roku na Chios (wyspa grecka), gdy miał 2 lata wraz z rodziną wyjechał do Stanów Zjednoczonych. Nie jest z nikim w związku, nie ma dzieci. Jego matka zmarła, gdy miał 15 lat; ojciec ożenił się ponownie i nadal żyje w Stanach. N. ukończył szkołę średnią i żył w Ameryce do 2014 roku. Po śmierci matki, z którą był bardzo związany, pojawiły się u niego pierwsze niepokojące zachowania. Chciał się szybko wzbogacić, gdyż uznał, że gdyby dysponował odpowiednimi środkami, jego matka nie umarłaby. Wkrótce został aresztowany na 4 lata za posiadanie i zażywanie narkotyków. Po odsiedzeniu wyroku usiłował pracować w restauracji należącej do członka jego rodziny, lecz nie satysfakcjonowały go warunki i zrezygnował. Wpadł w recydywę i spędził kolejne 6 lat w więzieniu za kradzież samochodów i pracę na czarno. Następnie został wydalony ze Stanów w związku z brakiem amerykańskiego obywatelstwa. Ze wstydu nie informował o tym wszystkim ojca ani brata. Ostatecznie wylądował na ulicy w Grecji.

N. trafił po raz pierwszy do dziennego ośrodka pomocy organizacji pozarządowej PRAKSIS w Pireus w czerwcu 2015 roku z prośbą o prysznic i odzież. W tym czasie nocował w schronisku UNESCO. Otrzymywał także porady prawne od organizacji pozarządowej dla byłych więźniów o nazwie „Epanodos”. Korzystając z opieki PRAKSIS w Pireus, jednocześnie odwiedzał ośrodek tej samej organizacji w Atenach, co nie jest dozwolone. Kiedy to wyszło na jaw, został wyproszony. Rozzłościł się, zaczął oskarżać pracowników o to, że chcą skrzywdzić jego i jego rodzinę. Skończyło się przemocą - uderzył innego bezdomnego w głowę i groził, że wszystkich pozabija. Zamknął się w biurze i wziął jednego z pacjentów na zakładnika. Nie był to pierwszy taki incydent. Policja zabrała go na posterunek, a potem na przymusowy pobyt w szpitalu psychiatrycznym. W trakcie hospitalizacji stwierdzono u niego „poważne schorzenie psychotyczne, tendencję do używania narkotyków oraz do agresji”.

Od tamtego czasu został objęty opieką medyczną. Po kilku tygodniach w szpitalu psychiatrycznym N. wrócił pod opiekę UNESCO z nakazem uczęszczania na comiesięczne wizyty kontrolne. Ponadto wspierał go ośrodek i przychodnia PRAKSIS. Niestety wkrótce nastąpił kolejny napad agresji. Tym razem udało się go przekonać do dobrowolnego pójścia do szpitala. W szpitalu przyznał się, że nie brał leków. Z powodu agresywnych zachowań został wydalony z hostelu UNESCO i ostatecznie zaczął nocować w porcie Pireus. Na szczęście na skutek zabiegów pielęgniarki ośrodka zgodził się przyjmować leki i chodzić na spotkania z psychiatrą-wolontariuszem. Ponadto, dzięki autentycznej trosce i zainteresowaniu pielęgniarki, N. mu w końcu zaufał i zaczął mu się zwierzać. W tym okresie w ośrodku zaczął się pojawiać psycholog ze Stowarzyszenia Psychiatrii Socjalnej. N. chodził regularnie na sesje z psychologiem. Jego sytuacja kliniczna ulegała stopniowej poprawie dzięki łączeniu terapii i leków. Stał się mniej agresywny i obsesyjny, coraz bardziej otwarcie mówił o swoich problemach. Na wizyty psychologa stawiał się na czas i nie mógł się ich doczekać. Mówił, że to jedyny stały punkt w jego życiu, który dodaje mu sił. Podczas jednej z sesji powiedział, że w więzieniu także chodził do psychologa, co bardzo mu pomogło. W międzyczasie złożył wniosek o zasiłek społeczny. Chciał odkładać pieniądze i wynająć mieszkanie. Niestety został ponownie okradziony. Zabrano mu worek z przyborami malarskimi, co uniemożliwiło mu malowanie i sprzedaż obrazów. Ta kradzież wtrąciła go w rozpacz i wrócił do narkotyków. Zwierzył się z tego pracownikom Ośrodka, ci poinformowali o tym psychiatrę, który dostosował dawki leków, by pomóc mu pokonać lęk i depresję. Co więcej, psycholog zasugerował,

by N. codziennie odwiedzał ośrodek i odbywał dodatkowe rozmowy z pracownikiem socjalnym, ponieważ psycholog bywał tu tylko raz w tygodniu. Ten pomysł bardzo się N. spodobał. Po raz pierwszy w życiu ktoś o niego dbał, a nie tylko karał. Skoordynowane wysiłki wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu stworzyły N. swoistą sieć bezpieczeństwa. Zespół stał się dla niego niczym rodzina, której nigdy nie miał. Jego stan zaczął się poprawiać. Jednak nie trwało to długo. Wspominając błędy przeszłości coraz bardziej tracił nadzieję. Przyznał się do myśli samobójczych.

Psychiatra ponownie zmienił dawki leków, a psycholog zaproponował N. dwie rzeczy:

1. Codzienne wizyty w Ośrodku i krótkie spotkania z pracownikiem socjalnym lub pielęgniarzem. Jeśli będzie miał myśli samobójcze, ma natychmiast powiadomić o tym pracowników; 2. Wrócić do malarstwa, nawet bez natchnienia i w depresyjnym stanie. Niech maluje wszystko, na co ma ochotę, nie przejmując się tym, jak to wygląda. W trakcie sesji będzie mógł porozmawiać o obrazach oraz o tym, co czuje.

N. zaczął wyrażać swoje uczucia beznadziei i niepokoju. Z czasem powoli zaczęły je zastępować nadzieja i determinacja. Dużo mówią jego wypowiedzi z tamtego okresu:

- „Więzienie jest lepsze od bycia bezdomnym. Tam masz jedzenie i miejsce do spania... Ale psuje cię fizycznie i psychicznie. Czujesz, że cały czas coś ciągnie cię w dół. Zapominasz o tym, że masz ciało. Dlatego często ćwiczyłem”;
- „Najcenniejsza rzecz w życiu to mieć klucz, którym otworzysz drzwi do własnego domu... Inaczej czujesz się ‘zagubiony’. Wszystko wydaje się być na marne.”

W tym samym okresie, N. wziął udział w festynie ulicznym zorganizowanym przez ośrodek pod patronatem władz Pireus, malował tam przed widownią. Obraz tak spodobał się władzom miasta, że kupiły go za 200 euro. Pomogło mu to odzyskać wiarę w siebie i zacząć postrzegać siebie jako artystę, a nie bezdomnego, dla którego nie ma nadziei. Pracownicy hostelu UNESCO uwierzyli, że się zmienił i przyjęli go z powrotem. Obecnie z pomocą pracowników UNESCO organizuje swoją pierwszą wystawę. Uzyskał zasiłek, dostał pracę jako sprzątac w spółdzielni socjalnej. Spotyka się z młodą kobietą i jest z tego powodu bardzo szczęśliwy.

N. jest doskonałym przykładem na „zdrowienie” osoby za sprawą wspólnych skoordynowanych działań profesjonalistów pomocowych, podejścia stawiającego w centrum wspieraną osobę, skrojonego na jego miarę planu pomocy, a przede wszystkim własnej woli zmiany swego losu.

Pytania:

- Jakie szanse i jakie zagrożenia widzisz w tej osobie?
- Jakie były kluczowe momenty procesu integracji?
- Które interwencje pomogły, a które nie, w procesie integracji?

Rozdział 5.
Wyjście do potrzebującego -
outreach

Wprowadzenie

Od wieków liczne instytucje i stowarzyszenia oferowały ludziom pozbawionym dachu nad głową podstawową pomoc - odzież, schronienie, żywność. Biedę uznawano jednak w przeszłości za nieunikniony aspekt życia, a bezdomnych za nieszczęśliwe przypadki ekstremalnego, lecz indywidualnego ubóstwa, nie efekt deficytów służby zdrowia lub struktury społecznej.

Obecnie ubóstwo wzrasta w całej Europie. Ponad 22,5% populacji Europy jest zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (Eurostat 2018), a ponad 4 miliony obywateli europejskich nie ma dachu nad głową (dane szacunkowe FEANTSA). Bezdomność stała się tematem politycznym, nawet jeśli tylko na poziomie retoryki, a nie konkretnych działań wymagających przydziału środków.

Badania przeprowadzone w Anglii, Niemczech i innych krajach Unii Europejskiej pokazały, że wśród ludzi bezdomnych powszechnie występują zaburzenia psychiczne.

Poza rosnącą liczbą ludzi bezdomnych oraz cierpiących na zaburzenia psychiczne, istotnym problemem jest utrudniony dostęp tych ludzi do odpowiednich służb i usług. Utrudnienia te mogą mieć podłoże stricte administracyjne, wynikać z natury zaburzenia psychicznego lub też z doświadczeń tych osób z usługami pomocy w przeszłości.

W przeszłości inicjatywy wychodzące bezpośrednio ku potrzebującym na ulicach skupiały się na podstawowych potrzebach, w rodzaju rozdawnictwa żywności i koców. Wolontariusze często bez jakiegokolwiek przeszkolenia w sektorze usług socjalnych bądź zdrowotnych, kierowali się tylko chęcią niesienia pomocy. Jednakże stając twarzą w twarz z konkretnymi wyzwaniem, jakie niesie ten rodzaj pracy, w latach osiemdziesiątych wiele podmiotów zmieniło profil i zaczęło oferować usługi coraz bardziej profesjonalne - czasami w kontekście pozarządowym, czasami w strukturach służby zdrowia, pomocy społecznej i mieszkalnictwa.

Pierwotnie uważano, że takie usługi mogłyby w widoczny sposób zmniejszyć liczbę bezdomnych na ulicach - i przez chwilę tak było. Programy pomocowe okazały się także bardzo skuteczne w przypadku osób posiadających dom, ale z jakiegoś powodu „odciętych” od innych ludzi. Jednakże era oszczędności socjalnych przyniosła ze sobą wzrost bezdomności. Dlatego usługi wychodzące ku ludziom „na ulicy” stają się coraz bardziej potrzebne. Z podobnych powodów istotny jest projekt Erasmus+ ukierunkowany na podnoszenie umiejętności osób niosących pomoc bezdomnym.

Poniższe propozycje i opinie, zakotwiczone w doświadczeniu, mają na celu pokazanie umiejętności i praktyk potrzebnych do tego, aby naprawdę spotkać człowieka bezdomnego, wysłuchać go, zrozumieć jego sytuację i w największym możliwym stopniu otworzyć mu drogę do realizacji jego podstawowych praw do usług zdrowotnych i socjalnych, do godnego miejsca zamieszkania oraz niezbędnego wsparcia.

Outreach to programy i mechanizmy polegające na szukaniu ludzi potrzebujących pomocy i wsparcia w odróżnieniu od oczekiwania na to, że sami zgłoszą się po pomoc (Collins Dictionary). Outreach to oferowanie potrzebującym usług medycznych i innych w miejscu zamieszkania lub w miejscu, gdzie spędzają czas (Cambridge Dictionary). Outreach to niesienie pomocy każdej

osobie, która może nie mieć do niej dostępu w inny sposób. Ta pomoc ma trafić do potrzebującego w miejscu, w którym przebywa – nie czekamy, aż się po nią zgłosi do biura czy do gabinetu (Wikipedia).

Outreach to coś innego niż cztery zasadnicze filary pomocy opisane wcześniej w tym podręczniku – to element je łączący, torujący drogę z ulicy do własnego domu i społeczeństwa, a nadto do niezbędnych usług medycznych i socjalnych.

Różne definicje "wychodzenia do potrzebującego" łączą te same idee:

1. Odnajdywania, spotkania ludzi potrzebujących i nawiązywania z nimi kontaktu.
2. Identyfikacji i udzielenia niezbędnej pomocy w podstawowych sprawach.
3. Budowania mostów pomiędzy potrzebującymi a powszechnymi usługami opieki zdrowotnej i społecznej celem ich udostępnienia.

Nie jest łatwo znaleźć dokładne tłumaczenie słowa „outreach” w innych językach. Na przykład po francusku (i po polsku) mamy *aller vers...* , „wychodzić do” i *aller à la rencontre* „wychodzić na spotkanie”. Kiedyś „wychodzenie do” skupiało się na podstawowych potrzebach. Dziś nowym elementem jest zaangażowanie osób ze specjalistyczną wiedzą - lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy, psychologów, psychiatrów, pracowników społecznych – którzy wychodzą z gabinetów, by nieść pomoc tam, gdzie jest potrzebna.

Główne myśli

Outreach to coś więcej niż metoda pracy. To nastawienie polegające na:

- otwartości,
- uwadze,
- dostępności dla osób, które nie mają innego dostępu do pomocy.

Właściwy *outreach* realizowany jest:

- tam, gdzie osoba potrzebująca spędza czas – na ulicy, w schroniskach, noclegowniach i ogrzewalniach, w „squatach” – bez względu na to, czy otoczenie jest znane i komfortowe z punktu widzenia pracownika;
- tam, gdzie istnieje problem dostępności pomocy;
- w sposób otwarty, bez wymogu zgłoszenia się osoby potrzebującej po pomoc czy rekomendacji przez inny podmiot;
- w sposób nieformalny, opierający się na osobistej relacji;
- w sposób partnerski – pracownik współdziała z klientem a nie „działa na” kliencie (podejście niehierarchiczne, relacyjne);
- jako norma w pracy a nie wyjątek od normy;
- w sposób, w którym dostępność jest ważniejsza od specjalizacji;
- w sposób priorytetyzujący – jeśli chodzi o przydział czasu i środków - pomocną relację;
- wyłącznie z myślą o korzyści klienta i procesie włączenia, a nie dla celów politycznych lub biurokratycznych;
- w sposób respektujący godność osób potrzebujących, ich prawo do odmienności, prawo do głosu, wyboru, własnej przestrzeni i czasu;
- w sposób umożliwiający rozważenie wszelkich opcji zarówno z punktu widzenia osoby potrzebującej, jak i ważnych podmiotów pomocowych i służb.

Zmiana modelu pomocy. Jako realizatorzy pomocy przywykliśmy do przewidywalnego, zorganizowanego (może nawet wygodnego) środowiska, które w pewnym sensie uważamy za „swoje”. Jednakże skuteczna praca mająca charakter *outreachu* odbywa się w otoczeniu mniej zaplanowanym, w przestrzeni nie naszej a potrzebującego. Większy nacisk kładzie się tu na stworzenie relacji z klientem niż na postawienie diagnozy czy zebranie informacji.

Taka praca wymaga wysłuchania drugiej osoby, odbioru również „języka ciała”, elastycznego reagowania na uczucia i pragnienia klienta oraz uwzględniania jego woli we wszystkim, co robimy. Tego typu podejście jest właściwe dla każdej dobrej praktyki w zakresie zdrowia psychicznego, ale może stwarzać dodatkowe problemy w mniej konwencjonalnym, upublicznionym a niekiedy i ryzykownym środowisku, jakim jest „ulica” (czytaj „miejsca niemieszkalne”).

Osoby bezdomne niejednokrotnie potrzebują pomocy w wielu wzajemnie wzmacniających się dziedzinach jednocześnie, co wyklucza skuteczne działanie pojedynczej służby. Dotyczy to zwłaszcza osób mieszkających „na ulicy”. Dlatego współpraca i koordynacja wysiłków są absolutnie niezbędne, aby *outreach* przyniósł oczekiwane efekty. W celu uniknięcia konkurencji pomiędzy poszczególnymi usługami i „ginięcia” potrzebującego w drodze od jednej do drugiej, stosowne ustalenia należy poczynić na poziomie kierownictw poszczególnych podmiotów.

Wyjście do potrzebującego w sferze pomocy socjalnej i zdrowotnej

A. Postępowanie z osobą potrzebującą w trybie *outreach*.

Identyfikacja osoby potrzebującej. Ty lub członek twojego zespołu możecie natknąć się na ulicy na kogoś, kto potrzebuje pomocy. Taką osobę może także wskazać członek rodziny, znajomy lub policja.

Nawiązanie kontaktu. Przedstaw się, powiedz, kim jesteś i dlaczego się tu znalazłeś, zapytaj czy twój rozmówca chce kontynuować rozmowę. Jeśli uzyskasz zgodę, usiądź, porozmawiaj i wybadaj, na ile jest gotowy na dialog (jeśli w ogóle). Możliwe, że nie będziesz musiał na początku dużo mówić, wystarczy zwyczajnie spędzić trochę czasu z daną osobą, przy kawie czy papierosie, przyzwyczać się wzajemnie do swojego towarzystwa. Gdy ta osoba odejdzie lub powie, że nie chce z tobą rozmawiać, nie bierz tego do siebie i po prostu spróbuj później. Może to trochę potrwać – praca z potrzebującymi w pojedynkę potrafi być zajęciem samotniczym. Praca w parach ma wiele zalet, ale niektóre osoby bezdomne odczytują to jako zagrożenie. Warto nawiązać nieformalny kontakt z innymi osobami, które znają bezdomnego, może nawet z jego rodziną.

Wyjaśnienie sytuacji - poznanie osoby potrzebującej. Kilukrotne spotkanie potrzebującego, nawet na chwilę, może otworzyć drogę do pozyskania zaufania i wzajemnego zrozumienia. Spotkania nie muszą trwać długo, jeśli nie chce tego potrzebujący. Mogą odbywać się na ławce, w parku, w kawiarni. Możecie posiedzieć i porozmawiać, wypić kubek kawy. Po pewnym czasie, stanie się jasne, jakiego rodzaju pomocy potrzebuje. Preferencje potrzebującego mogą wywoływać sprzeczne myśli u pracownika pomocowego. Jednak każdy bezdomny będzie chciał dla siebie jak najlepszego życia – nawet w tych trudnych warunkach. Czasami wyda nam się, że sam wybrał taki tryb życia i że nie chce go zmieniać. Jednocześnie wiemy, że zaburzenia psychiczne potrafią więzić człowieka w jego sytuacji.

Interwencja - znalezienie odpowiedniego rodzaju pomocy. Często cały proces zaczyna się od najprostszej formy pomocy, jaka zostanie przyjęta. Jest to zazwyczaj pomoc praktyczna - ubranie, żywność albo śpiwór. Może to być także rozwiązanie problemu zdrowotnego – np. prosty opatrunek. Stopniowo będzie można się zająć poważniejszymi problemami, jak pomoc w uzyskaniu zasiłku, ubezpieczenia zdrowotnego lub zakwaterowania. Jeśli problemy ze zdrowiem psychicznym są wyraźnie widoczne, nadchodzi moment na stosowną rozmowę. Możesz poprosić o zgodę na kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej, szpitalem psychiatrycznym lub innymi podmiotami. W tym momencie można rozpocząć spójne, zaplanowane wysiłki, najlepiej angażujące zarówno osobę potrzebującą, jak i organizacje i instytucje udzielające specjalistycznej pomocy.

Wsparcie - utrzymanie kontaktu. Po tym, jak bezdomny zmieni „ulicę” na lepsze miejsce zamieszkania, zmianie ulegną także jego potrzeby, a więc i niezbędne wsparcie. Deficyty i konflikty, które pierwotnie spowodowały wykluczenie, łatwo mogą zafunkcjonować powtórnie – w miarę możliwości należy się nimi zająć. Ważne jest utrzymanie kontaktu, aby szybko działać w razie pojawienia się problemów.

Wnioski. Prawdziwą sztuką jest zakończenie relacji pomocy w odpowiednim momencie. Należy tu uwzględnić fakt, że ta relacja mogła być jedyną poważniejszą, w jakiej dana osoba była od wielu lat.

Dlatego zakończenie kontaktu należy zaplanować z dużym wyprzedzeniem, dając podopiecznemu czas na przywyknięcie do tej myśli, być może na przeżycie żałoby i na dostosowanie się do nowych warunków. Dobre zakończenie daje pewną gwarancję, że to, co udało się uzyskać, nie zostanie stracone. Czasami należy utrzymać kontakt nawet przez kilka lat, lecz na niższym poziomie, np. w formie spotkań kilka razy w roku lub możliwości telefonicznego kontaktu. Zespół powinien powoli wycofywać wsparcie i interwencje, ustępując miejsca innym.

B. Role pracowników służby zdrowia w pracy ulicznej

Wszystkie osoby pracujące z ludźmi na ulicy muszą być świadome zasad pracy w trybie outreach i znać praktyczne sposoby nawiązywania pozytywnej relacji z osobą wspomaganą.

Pielęgniarze/ki:

- Zajmują się bezpośrednio higieną, opieką, motywacją i oceną wszelkich problemów medycznych, oceną możliwości i podatności na zagrożenia;
- Pośredniczą między potrzebującym a personelem medycznym (szpital, lekarz), w szczególności w zakresie wyjaśniania/tłumaczenia mu języka i zaleceń medycznych;
- Towarzyszą i udzielają wsparcia w dłuższych procesach leczenia (np. opatrywanie) i procedurach biurowych (umawianie się do lekarza);
- Regularnie spotykają się z osobą potrzebującą.

Pielęgniarze/pielęgniarki psychiatryczne:

- Spotykają się regularnie z pacjentem;
- Spełniają swoją specjalistyczną funkcję w zakresie zdrowia psychicznego;
- Budują mosty do służb psychiatrycznych na bazie relacji z pacjentem opartej na zaufaniu;
- Stosują się do życzeń, pragnień i potrzeb pacjenta (nie zakładając z góry żadnych celów ani limitu czasowego), działając proaktywnie i dążąc do udzielenia holistycznej pomocy oraz wzmacniania poczucia godności pacjenta.

Lekarze spotykają się okazjonalnie z potrzebującym na ulicy, by:

- Angażować go w tę ścieżkę procesu pomocy;
- Przełamywać bariery i brak zaufania wynikające z jego złych doświadczeń z służbami medycznymi;
- Udzielać porad medycznych w sytuacjach nie wymagających szybkiego działania.

Psychiatra spotyka się z potrzebującym na ulicy, by:

- Angażować go w tę ścieżkę procesu pomocy;
- Postawić diagnozę psychiatryczną i sporządzić stosowny dokument;
- Interweniować zarówno w nagłych, jak nienagłych przypadkach kwalifikujących się do przymusowej interwencji;
- Ułatwić mu dostęp do pomocy psychiatrycznej – szpitalnej lub nieszpitalnej.

Psycholog spotyka się z potrzebującym na ulicy, by:

- Pomóc w zbudowaniu roboczej relacji z pacjentem;
- Postawić diagnozę psychologiczną i sporządzić stosowny dokument;

- Wspierać i doradzać zespołowi w kwestiach psychologicznych w codziennej pracy z pacjentem.

Pracownicy socjalni często funkcjonują jako menadżerowie przypadku i spotykają się regularnie z podopiecznym, by:

- Realizować cele pracy socjalnej z klientem;
- Pośredniczyć w uzyskiwaniu przez niego dostępu do pomocy zdrowotnej lub społecznej.

C. Sprawy wymagające uwagi po umieszczeniu osoby bezdomnej w samodzielnym miejscu zamieszkania:

- Proaktywne utrzymywanie kontaktu.
- Paradoksalne zagrożenia związane ze zmianą trybu życia – np. niższy poziom aktywności podnosi ryzyko zakrzepicy.
- Zagrożenie przedawkowaniem substancjami psychoaktywnymi ze względu na możliwość gromadzenia zapasów i prywatność otoczenia (prywatność jest ze wszech miar pożądana, ale utrudnia stwierdzenie przedawkowania).
- „Samotność w czterech ścianach”.
- Budowanie, zasilanie informacją i wspieranie sieci pracowników opieki zdrowotnej „normalnego systemu” w celu śledzenia postępu klienta i świadczenia kontynuacyjnych oraz nagłych usług w razie potrzeby.

Trudności

A. Trudności w pracy

Trudności w pracy z osobami bezdomnymi:

- a. **Gaszenie pożarów:** Służby bardzo często skupiają się na nagłych potrzebach nie podnosząc problemów źródłowych. Nie dotykając podłoża problemów ryzykujemy uzależnieniem osoby bezdomnej od doraźnej pomocy.
- b. **Odmowa przyjęcia pomocy** - czy wręcz podjęcia rozmowy - przez osoby przebywające w miejscach niemieszkalnych.
- c. **„Higieniczne” interwencje służb porządkowych** usuwających osoby bezdomne z przestrzeni miejskich bez zaoferowania jakiegokolwiek rozwiązania.
- d. Powszechny wśród osób bezdomnych **lęk i brak zaufania** do wszelkich urzędów i służb.

Trudności dotyczące pracowników:

- a. **Zniechęcenie** – pomimo wielu wysiłków bezdomny znika lub umiera;
- b. **Bariery dostępu do instytucji** – godziny otwarcia przychodni, dostęp fizyczny itd.;
- c. **Konkurowanie i indywidualizm organizacji pozarządowych i służb publicznych:** kultura współzawodnictwa, tryb konkursowy nie sprzyja współpracy i wzmacnia tendencję do autopromocji;
- d. **Brak wzajemności** – w dawaniu i braniu;
- e. **Presja czasu i szczupłość środków** ograniczają możliwości stosowania trwałych rozwiązań;
- f. **Spółeczna niechęć** do osób przebywających w miejscach niemieszkalnych - postrzega się ich jako ludzi, którym albo nie można już pomóc, albo którzy na pomoc nie zasługują.

B. Problemy koordynacji i współpracy

Tworzenie sieci pomocy (networking) i współpraca są niezwykle ważne, zarówno ogólnie, na poziomie organizacji, jak i w przypadku każdego konkretnego beneficjenta. Niestety mechanizmy przydziału funduszy powodują, że poszczególne organizacje zamiast współpracować, konkurują ze sobą.

Rywalizacja - Współpraca -Koordinacja

Rywalizacja to postawa „naturalna” w sytuacji, gdy organizacje konkurują o fundusze/ podopiecznych/ pacjentów. Może to prowadzić do poprawy standardów, szczególnie jeśli chodzi o poziom pracy. Jednakże problemy związane z bezdomnością w większości wymykają się jednej organizacji czy pojedynczemu zespołowi. Dlatego rywalizacja ogranicza skuteczność pomocy poprzez wykluczanie innych, potencjalnie użytecznych źródeł pomocy.

Współpraca jest najbardziej sensownym rozwiązaniem dla skomplikowanych problemów związanych z bezdomnością, zwłaszcza połączoną z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Współpraca dwóch lub więcej podmiotów pomocowych (osób, wydziałów, stowarzyszeń, instytucji) zarówno publicznych jak niepublicznych, zaowocuje w sposób nieosiągalny dla każdego z nich z osobna. Dobra współpraca skutkuje lepszą jakością usług, lepszym wykonaniem projektów, podnosi skuteczność pracy zespołowej, tworzy lepsze środowisko pracy i przyczynia się do rozwoju organizacji. Współpracując ludzie dzielą się swoimi umiejętnościami, wiedzą, talentami, informacjami i zasobami pomagając sobie wzajemnie na drodze do wspólnego celu. Współpraca sprzeciwia się pierwotnemu instynktowi i dlatego nigdy nie należy zakładać, że sama się zadzieje. Współpraca powinna być formalnie zatwierdzona i doceniona przez zwierzchnie władze organizacji. Współpraca winna być zaplanowana, ustrukturyzowana i monitorowana – a także ukierunkowana na konkretne rezultaty.

Koordinacja pracy różnych podmiotów pozwala racjonalnie ukierunkować wysiłki, uniknąć dublowania pracy, wzajemnie się uzupełniać. Pozwala na zastosowanie różnych rozwiązań do wspólnego problemu.

Dobre praktyki

A. Etapy w pracy metodą *outreach*:

Przygotowanie:

- Zebranie jak największej ilości informacji przed zaplanowaniem interwencji lub pierwszego kontaktu;
- Praca w zespole multidyscyplinarnym składającym się co najmniej z koordynatora, pracowników sfery medycznej i socjalnej, zarówno etatowych jak wolontariuszy;
- Ustalenie „programu” interwencji;
- Przypisanie „przypadku” członkowi zespołu, który weźmie za nią całościową odpowiedzialność. Warto ustalić dwie takie osoby na wypadek choroby, urlopu itd.

Zaplanowanie pierwszego spotkania z podopiecznym:

- Należy przeprowadzić spotkanie zespołu w celu oceny zagrożeń i szans związanych z tym spotkaniem oraz jego cel.

Dalszy proces zdrowienia:

- Regularne spotkania zespołu pomogą monitorować postępy podopiecznego oraz planować dalszą integrację.

B. Kilka ważnych uwag

- **Czas:** Zarządzanie czasem wygląda tu inaczej niż w bardziej zorganizowanym środowisku. W bardziej sformalizowanym kontekście można zaplanować wykonanie zadania w określonym czasie, umówić się w zobowiązujący sposób i w ogóle optymalnie (lub w oczach organizacji „efektywnie”) „wykorzystać” czas. W pracy „na ulicy” nie ma się takiej kontroli nad czasem – o tym, jak długo potrwa wykonanie zadania lub interwencja najczęściej decydują potrzeby beneficjenta.
- **Cierpliwość:** Zbliżenie się do drugiej osoby może zająć tygodnie lub nawet miesiące – szybkie efekty są czasem możliwe, ale zazwyczaj sprawy trwają. Ważne jest dostosować harmonogram do potrzeb klienta i, na ile to możliwe, jemu pozwolić dyktować tempo. Wstępna odmowa nie musi być końcem współpracy – należy cierpliwie czekać i dać czas drugiemu na nabranie zaufania.
- **Rozpoznanie i respektowanie potrzeb i pragnień klienta.**
- **Zaufanie i wiarygodność** się zdobywa. Dobre intencje nie wystarczą. Osoby bezdomne spotkały w swoim życiu wiele osób o dobrych intencjach – w instytucjach, ośrodkach pomocy, organizacjach pozarządowych itd. - a mimo to nadal są na ulicy.
- Komuś, kto wiele stracił, nabranie zaufania do drugiej osoby zajmuje o wiele więcej czasu niż normalnemu odbiorcy usług zdrowotnych czy socjalnych. Musisz pokazać, że jesteś punktualny, wiarygodny, szczerzy i potrafisz skutecznie działać – a także, że można się przy tobie czuć bezpiecznym.

- **Wycucie:** Odpowiedni czas na kontakt jest wtedy, gdy chce tego bezdomny. Odpowiedni czas na złożenie wniosku o rentę czy mieszkanie jest wtedy, kiedy chce tego potrzebujący. Musisz mieć wstępny plan działania, ale trzeba go będzie dostosować do tego, co przyjmie podopieczny. Często trzeba poczekać, aż będzie gotów na kolejny krok.
- **Odporność:** Będzie czasem niewygodnie i niezręcznie – np. podchodzić kilka razy do kogoś, kto odmawia nawiązania kontaktu.
- **Pozbycie się statusu:** Trzeba zapomnieć o swoim statusie społecznym i zawodowym, potraktować klienta jak równego sobie, nawiązać normalną międzyludzką relację.
- **Ciekawość:** Wzbudź w sobie ciekawość i szczerą chęć zrozumienia świata drugiej osoby.
- **Zespół:** Role i funkcje są w zespole jasno zdefiniowane, ale jego członkowie winni być wystarczająco elastyczni, by w razie potrzeby dzielić się zadaniami i wykraczać poza przypisany zakres odpowiedzialności.
- **Superwizja:** Praca „na ulicy” jest bardzo wymagająca. Często jest to samotne zajęcie wyrzucające poza nawias zespołowego wsparcia. Dlatego każdy projekt pracy na ulicach z bezdomnymi z zaburzeniami psychicznymi powinien uwzględniać regularną superwizję.

C. Przykłady dobrych praktyk

Projekt UDENFOR (Poza Nawiasem) - Kopenhaga

Projekt UDENFOR pracuje na kopenhaskich ulicach wychodząc ku tym, którzy na nich mieszkają: bezdomnym, narkomanom, zaburzonym psychicznie. Jest to organizacja non-profit zarejestrowana w Kopenhadze w Danii w 1999 r. Projekt UDENFOR stawia sobie następujące cele:

- poprawę sytuacji osób wykluczonych społecznie poprzez identyfikowanie i dokumentowanie czynników, powodujących wykluczenie oraz przeciwdziałanie ich skutkom;
- szerzenie wiedzy na temat czynników wykluczenia, sposobów zapobiegania wykluczeniu oraz sposobów poprawy warunków życia osób wykluczonych;
- rozwijanie nowych metod pracy z osobami najbardziej wykluczonymi;
- bezpośrednią pracę ukierunkowaną na poprawę warunków życia osób wykluczonych.

W działaniach Projektu UDENFOR znajduje odzwierciedlenie pogląd, że praca w tej sferze prowadzona była zawsze na wiele różnych sposobów w zależności od edukacyjnego i profesjonalnego zaplecza aktywnych podmiotów.

Infirmiers de Rue (Pielęgniarki uliczne) - Bruksela

- Infirmiers de Rue to personel medyczny pomagający na ulicach Brukseli osobom najbardziej zagrożonym i zmarginalizowanym idealnie stawiający sobie za cel umieszczanie tych osób w godnych i uwzględniających potrzebę prywatności warunkach mieszkaniowych.
- Organizacja stworzyła specyficzną metodę pracy opartą na higienie, pomocy medycznej i uruchamianiu zasobów i talentów swoich podopiecznych.
- Dwuosobowe zespoły pielęgniarek wychodzą do ludzi bezdomnych, wyjaśniają im wpływ higieny na samopoczucie i postrzeganie w społeczeństwie, jeśli potrzeba udzielają na miejscu pomocy medycznej, starając się jednak skontaktować klienta z ogólnodostępnymi służbami i zaszczerpić mu wystarczająco dużo pewności siebie, by mógł w przyszłości zadbać o swoje sprawy.
- Dużo uwagi poświęca się odkrywaniu ich talentów, zasobów i pragnień, upatrując w tym drogi

- do odbudowy szacunku do samego siebie.
- Pracownicy organizacji prowadzą regularne szkolenia dla profesjonalistów dotyczące wagi podejmowania z osobami zmarginalizowanymi problemów zdrowia i troski o siebie, sposobu mówienia im o tej trosce i uczenia ich jej w praktyczny sposób. Szkolenia te mają zasadniczo pokazać, że zdrowie jest raczej przydatnym narzędziem niż przeszkodą w pracy z bezdomnymi.

Studium przypadku

Kontekst: Działo się to w okresie zimowym przy zagrożeniu mrozami. Rośnie wtedy liczba łóżek dostępnych dla bezdomnych oraz jednostek mobilnych na ulicach.

Raport: Policja zgłosiła miejskim służbom socjalnym przypadek kobiety żyjącej w „żałosnych” warunkach lecz odmawiającej wszelkiego kontaktu i rozmowy.

Jednostka mobilna: Wysłano do oceny sytuacji jednostkę mobilną Coop Soc X, składającą się z wolontariusza (kierowcy), pracownika socjalnego i edukatora.

Pierwsze spotkanie: Pracownik socjalny spróbował dyskretnie nawiązać pierwszy kontakt. Kobieta była wyraźnie zaniedbana, z zainfekowaną raną na nodze. Nie chciała mówić, nie odpowiadała na przywitania czy pytania. Nie odpowiedziała na propozycję ciepłego napoju, postawiono go obok niej. Zespół pożegnał się i zapowiedział, że jutro wróci.

Ocena i krótki raport: Z obserwacji wynikała konieczność pilnego zajęcia się sytuacją. Kobieta nie miała pieniędzy, odpowiedniej odzieży ani miejsca zamieszkania. Jej zdrowie było w kiepskim stanie i nie otrzymywała odpowiedniej opieki (rana na nodze). Nie miała możliwości zadbania o higienę i nie była wyposażona do tego, by spędzić noc pod gołym niebem. Informację przekazano służbom nocnym pracującym w okolicy Dworca Centralnego, miejsca często odwiedzanego przez osoby bezdomne.

Spotkanie zespołu: Odkonduło się w schronisku z udziałem lekarza. Przypadek zakwalifikowano jako pilny i przydzielono pracownikowi socjalnemu. Za najbliższy cel uznano nawiązanie kontaktu, stworzenie relacji, przekonanie kobiety do skorzystania ze schroniska i do zgody na leczenie rany.

Plan: Zaproponowano częstotliwość kolejnych spotkań mających umożliwić pracownikowi socjalnemu pozyskanie zaufania kobiety i być może przekonanie jej do opatrzenia nogi w schronisku, w celu zapobieżenia gangrenie i ewentualnej amputacji.

Wyniki i podsumowanie: Po kolejnym spotkaniu kobieta pozwoliła się opatrzyć w schronisku, a potem przespaała w nim na krześle noc. Następnie została przeniesiona do 4-osobowego pokoju, gdzie – o ironio! – zaczęła się skarżyć na brak higieny u współmieszkanek. Tak więc mimo początkowej odmowy - po mniej więcej dziesięciu cotygodniowych wizytach kobieta przyjęła pomoc lekarską i nocleg w schronisku.

Wnioski: Elementarne „wyjście do” – spotkanie, wysłuchanie, okazanie troski i minimalnej pomocy (ciepły napój) – sprawiło, że wyalienowana osoba nawiązała kontakt z systemem pomocy.

Rozdział 6. Sieć pomocy - *networking*

Wprowadzenie

Bycie bezdomnym w większości przypadków oznacza wielorakość palących potrzeb wymagających skoordynowanych odpowiedzi, których zasadniczo nie może udzielić jeden podmiot – czy to ze sfery pomocy socjalnej, zdrowotnej, mieszkaniowej czy integracyjnej. Co więcej, większość osób bezdomnych nie zwraca się o pomoc w sposób bezpośredni i jasny. Potrzeby te często ujawniają się dopiero przez naruszenie równowagi w środowisku. Jest rzeczą znamioną, że to wołanie o pomoc dociera za pośrednictwem osób trzecich – obywateli, wolontariuszy, osób pracujących na niwie społecznej, przedstawicieli służb porządkowych. Dodatkowymi cechami tych sygnałów jest zatem ich pilny charakter i niespecyficzność, choć zazwyczaj dotyczą one zdrowia lub ochrony porządku publicznego.

Złożoność problemu bezdomności

Dla zobrazowania złożoności zjawiska przywołajmy typowe doświadczenie: obywatel widzi osobę łatwo identyfikowalną jako bezdomną (zaniedbanie, brak higieny, dziwaczne ubranie i bagaż itp.) dotkniętą poważnym problemem fizycznym, zapewne też alkoholizmem, w oderwanym od rzeczywistości stanie mentalnym – słowem wyposażoną we wszystko, co grozi dziwnymi, niebezpiecznymi czy zakłócającymi porządek zachowaniami. W takiej sytuacji pierwszym zaangażowanym podmiotem będzie zapewne służba zdrowia, która poradziwszy sobie z tym, co najpilniejsze (zazwyczaj stan intoksykacji lub problem o psychiatrycznym podłożu) stara się, z kilku powodów, „wymigać” od bardziej kompleksowego zajęcia się osobą.

Jednym ze wspomnianych powodów jest brak zaplanowanego dalszego etapu pomocy po okresie ewentualnej hospitalizacji, który zaspokajając jedynie najbardziej podstawowe potrzeby, nie zaspokaja potrzeby wsparcia lub zaspokaja ją w sposób niekonsekwentny i niewystarczający za pośrednictwem przypadkowych i zmieniających się postaci typu pielęgniarka, lekarz, wolontariusz. Dodatkowo do kwestii zdrowotnych dochodzą komplikacje typu biurokratycznego lub administracyjnego, co jest zjawiskiem coraz bardziej powszechnym w Europie doświadczającej w ostatnich latach wielkich przepływów migracyjnych. Istotą częścią populacji w wielu krajach są po prostu migranci.

Wracając do przykładu można sugerować, że zamiast pogotowia ratunkowego lepiej byłoby wezwać do danej osoby służby socjalne. Przy odrobinie szczęścia są one w stanie zapewnić zainteresowanemu, zgodnie z przepisami i prawnym statusem osoby, bardziej lub mniej trwałe schronienie. Rzadko jednak sprawę wyczerpuje załatwienie samego dachu nad głową. Z dużym prawdopodobieństwem powody, które pierwotnie zaalarmowały obywatela, w krótkim czasie pojawią się znowu uruchamiając zakłętą krąg nieskutecznych interwencji, głęboko frustrujących zarówno samego zainteresowanego, jak i osoby starające się mu pomóc.

Podmioty zaangażowane

Jak pokazaliśmy na powyższym przykładzie, w typowej sytuacji interwencyjnej na rzecz osoby bezdomnej może uczestniczyć wiele podmiotów:

- pracownicy służby zdrowia;
- straż miejska lub policja;
- pracownicy pomocowi;
- ambasady;
- wolontariusze.

Co ciekawe, żaden z tych podmiotów nie jest jedynie właściwy do wzięcia sprawy na swoje barki, w związku z czym do głosu dochodzi mechanizm delegowania sprawy innym. Na tym tle w niektórych krajach europejskich dochodzi do tworzenia formalnych sieci pomocowych (*networking*), tj. meta-organizacji jednoczących formalne i nieformalne podmioty zaangażowane w rozwiązywanie kompleksowych problemów.

Networking jako podejście wielopoziomowe

Networking to „proces sprzyjający wymianie informacji, pomysłów i praktyk pomiędzy osobami lub grupami kierującymi się wspólnym interesem” (<https://www.investopedia.com/terms/n/networking.asp>). W naszym przypadku networking ma prowadzić do optymalizacji zasobów i kompetencji oraz do uniknięcia dublujących się lub sprzecznych interwencji.

Zbudowanie takiej sieci powiązań pozwala na:

- lepszą diagnozę problemu, lepsze zaprogramowanie działań i podzielenie się tym z innymi podmiotami ;
- zorganizowanie działań w sposób zapewniający ciągłość opieki;
- przezwyciężenie problemów wynikających ze specyficznych ograniczeń podmiotów oraz niekompatybilności ich planów czasowych;
- uniknięcie dźwigania całej odpowiedzialności przez dany podmiot czy gorzej – odżegnania się od jakiegokolwiek odpowiedzialności.

Networking strukturalny i operacyjny

Mówiąc o *networkingu* musimy rozróżnić dwa różne, ściśle ze sobą powiązane poziomy – strukturalny i operacyjny. Przez strukturę rozumiemy gamę organizacji uczestniczących w sieci w sposób zadeklarowany i uzgodniony. Na sieć pomocy mogą się składać podmioty formalne i nieformalne, rządowe i pozarządowe, publiczne i prywatne.

Networking w aspekcie operacyjnym to sieć pomocy złożona z konkretnych osób należących do organizacji wchodzących w skład sieci strukturalnej – osób bezpośrednio zaangażowanych w pracę nad konkretnym przypadkiem, pracowników pierwszej linii frontu wypracowujących i realizujących stosowne rozwiązania.

Jak powiedziano, oba poziomy przenikają się nawzajem, co oznacza, że poziom operacyjny jest w jakimś sensie emanacją poziomu strukturalnego, wyrazem wartości i celów podzielanych przez jego strony.

Powody sieciowania pomocy

A. Powody dotyczące klienta:

- Powód zasadniczy polega na tym, że klient z różnych powodów nie jest w stanie zbudować sobie własnej sieci pomocy. Potrzebuje kogoś, kto powiąże różne podmioty niezbędne do tego, by udzielić mu pomocy i wyjść naprzeciw jego potrzebom, przekazywać istotne informacje, koordynować działania, przedstawiać w odpowiednich miejscach i towarzyszyć mu tak długo, jak długo nie będzie w stanie robić tego sam.
- Dodatkowy i bardzo istotny powód polega na tym, że bez uzyskania w taki sposób dostępu do różnych ludzi i instytucji klient nie jest w stanie stworzyć sobie własnej sieci pomocy.

B. Powody dotyczące środowiska pomocy:

- Klienci mają różnorodne potrzeby, których w pojedynkę nie może zaspokoić żadna instytucja czy organizacja (ogólnomedyczne, specjalistycznomedyczne, socjalne, psychologiczne, praktyczne, mieszkaniowe, edukacyjne itp.);
- Od samego początku klient potrzebuje wsparcia wielu różnych momentach i na przestrzeni dłuższego czasu – żaden podmiot pomocowy nie jest w stanie unieść tego w pojedynkę;
- Sytuacja klienta bywa trudna, ciężka do uniesienia, skomplikowana, niekiedy krytyczna – dobrze jest dzielić ciężar tych trudności między organizacje, a co za tym idzie i ludzi;
- Proces zdrowienia jest bardzo długotrwały, dlatego powinien być wspierany przez kilka podmiotów.

Podmioty pomocowe winny pracować razem po to, by nie dublować się w działaniach (komplementarność), po to, by nie działać wbrew sobie nawzajem (spójność) i po to, by wszystkie potrzeby mogły być zaspokojone (wystarczalność).

Główne myśli

Sieć pomocy jako szansa

Bycie elementem sieci pomocy niesie ze sobą takie szanse jak:

- Przewycięzenie poczucia samotności i niekompetencji, które często towarzyszą tym trudnym sprawom;
- Większa wzajemna świadomość i wiedza dotycząca misji, wartości, kompetencji, języka i trudności każdej z organizacji;
- Poczucie, że jest się rozpoznawalnym i docenianym przez innych;
- Większa proaktywność nawet w obliczu tak trudnej rzeczywistości, jaką jest bezdomność;
- Zapobieganie defensywnemu przesuwaniu odpowiedzialności na innych;
- Zmniejszenie ryzyka wypalenia;
- Unikanie powtarzania i dublowania działań (nieudane ze względu na brak wspólnego planu próby umieszczenia w placówkach, wielokrotne przekazywanie tej samej osobie pewnych dóbr, nieskonkludowana dokumentacja, niemożność skorzystania z mechanizmów bezpieczeństwa ze względu na braki w dokumentacji).

Budowanie sieci pomocy

Budowanie sieci pomocy nie jest procesem spontanicznym: zasadza się na jednoznacznej woli i ukierunkowanym wysiłku – może wymagać długiego czasu i wielu zabiegów. Przede wszystkim należy zidentyfikować „miejsca węzłowe” sieci, tzn. punkty styczne z tymi, którzy dzielą z nami nasz problem. Jasne określenie roli każdego gracza (na przykład wolontariuszy, którzy mogą spełnić ważną funkcję, ale działają bez ścisłego planu czasowego, nie pobierają wynagrodzenia i nie przynależą do żadnych struktur) jest pierwszym krokiem w procesie, który powinien prowadzić do uzgodnienia wspólnych celów oraz zaplanowania właściwych i skoordynowanych zadań.

W tej pierwszej fazie kontaktów przeważać może uczucie obawy i podejrzliwości – obawy, że nie zostaniemy zrozumiani i zaakceptowani w naszych wysiłkach i ograniczeniach, że zostaniemy obciążeni bardziej niż inni, że stracimy moc podejmowania decyzji. To bardzo delikatny moment, w którym wszystkim powinien przyświecać cel budowania wzajemnego zaufania i sytuacji, która dla każdego będzie opłacalna. Tworzenie sytuacji „wygrany/wygrany” wymaga rekapitulacji potrzeb, które się stały powodem kontaktu, akceptacji wzajemnych różnic, zgody na modyfikację własnego stanowiska w świetle dostępnych stronom informacji, atakowania problemu a nie ludzi. Tam gdzie wygrywają obie strony, obie też związane są rozwiązaniem. Angażują się w plan, ponieważ każdej z nich on odpowiada.

Sieć pomocy wewnątrz organizacji

Nie zawsze to sobie uświadamiamy, ale niekiedy trudno o *networking* wewnątrz organizacji - tak samo potrzebny i dla tych samych powodów co na zewnątrz. Na przykład w szpitalu pożądane są w danej sprawie różne kompetencje, badania, które powinny się realizować we wzajemnej koordynacji. Tymczasem często jest inaczej.

Na zdolność sieciowania się i współpracy ramach jednej organizacji składa się kilka umiejętności:

Rozmowa: Zakłada ona istnienie miejsca spotkań, którym nie powinien być zawsze korytarz. Musi istnieć możliwość, i to pojmowana jako zasada, odbywania rozmów przez osoby o różnych kompetencjach. Powinno to być czymś normalnym a nie nadzwyczajną, okazjonalną inicjatywą (na przykład pielęgniarka czy pracownik socjalny szpitala powinien móc rozmawiać z lekarzem o pacjencie). Pomiędzy osobami reprezentującymi różne kompetencje powinna panować atmosfera szacunku i zaufania, jako że wszystkie są elementami stanowiąc część rozwiązania i punkt widzenia każdej z nich jest uprawniony.

Ustalenie wspólnych celów w stosunku do klienta: Strony zgadzają się co do celów jasno wyrażonych lub domyślnych. Są to cele zarówno ogólne („W stosunku do klientów naszych usług chcemy osiągnąć to i to”) jak i bardzo szczegółowe („W przypadku tego klienta powinniśmy dążyć do tego i tego; powinniśmy, choć na razie musimy jeszcze trochę poczekać”). Niekiedy strony mogą mieć cele w imieniu klienta, który nie jest ich pewny - do czasu, kiedy będzie miał jasność, czy zgadza się z nimi czy nie.

Dzielenie się informacją: Istnieje potrzeba dzielenia się niezbędną informacją, co nie oznacza bynajmniej wszelkiej posiadanej informacji. Chodzi o informację niezbędną do tego, by działania stron dotyczące klienta były adekwatne.

Przeżywana wspólnie cierpliwość: Strony powinny zgodzić się co do tego, ile czasu mogą poświęcić sprawie i czekać, jeśli trzeba, na to, jak się sprawy potoczą. To pozwala na pracę sztafetową – kiedy jeden pracownik traci cierpliwość, zastępuje go drugi.

Komplementarność: Współpraca układa się lepiej, kiedy dla stron jest jasne, w jaki sposób wzajemnie się uzupełniają.

Lider albo zarządzający sprawą (case-manager): Współpraca układa się lepiej i postępy są szybsze, gdy istnieje jedna osoba prowadząca sprawę i niosąca za nią ogólną odpowiedzialność.

Sieć pomocy między organizacjami

Współpraca z organizacjami na zewnątrz jest pewnie jeszcze bardziej potrzebna, ale zarazem trudniejsza i bardziej czasochłonna. To zadanie wymaga codziennego wysiłku. Wymaga czasu i energii – stawania wobec ludzi, od których oddziela nas konkurencja, niezrozumienie i uprzedzenia. Organizacje powinny być jednak świadome, jak dobre rezultaty przynosi jednoznaczne podjęcie tego wysiłku w toku codziennej działalności. Członek zespołu specyficznie odpowiedzialny za sieciowanie organizacji z innymi to jeden ze sposobów, by poświęcić tej aktywności dostateczną ilość czasu i zasobów. We właściwym momencie okaże się, że jego czas oszczędzi czasu innym.

Czynniki ułatwiające współpracę z innymi podmiotami

Dobre poinformowanie o możliwościach partnera: Jest to wiedza o tym, co partner może zrobić, gdzie go szukać, kiedy pracuje i jak się z nim kontaktować. Poznanie w pełni możliwości danej sieci może zająć sporo czasu.

Możliwość dzielenia się informacją: Trzeba wspólnie ustalić, jaką informacją partnerzy mogą się dzielić i jaką się będą dzielić, zwłaszcza gdy mówimy o całkiem odrębnym podmiocie. Często wymaga to osobnego spotkania. Należy pamiętać, że zawsze dzielić się trzeba wyłącznie niezbędną informacją.

Jasne pojęcie o tym, co każdy ma robić: Wszystkie strony partnerstwa muszą dokładnie wiedzieć, co do kogo należy w zakresie opieki nad klientem.

Wspólny cel: O wiele łatwiej koordynować działania zmierzające do wspólnie ustalonego celu (np. zapewnienia klientowi opieki lekarskiej).

Układ „wygrany/wygrany”: Jest to idealny układ cew sytuacji, w której obie strony zainteresowane są współpracą. Zdarza się to szczególnie wtedy, gdy zachodzi między nimi stosunek klarownej komplementarności. Podejście „wygrany/wygrany” zasadza się na strategiach obejmujących: powrót do źródłowego problemu, uznanie wzajemnych różnic, gotowość modyfikacji swego stanowiska w świetle dzielonych wspólnie informacji i stanowisk; atakowanie problemów nie ludzi. Tam gdzie obu stronom zależy na rozwiązaniu, obie angażują się w realizację planu, gdyż uznają ten plan za właściwy.

Trudności

Networking jako problem

Dobre funkcjonowanie sieci pomocowej może zaburzyć kilka czynników.

Różne wartości, różne kultury pracy, różne języki mogą stanowić barierę przeszkadzającą w ustaleniu wspólnego celu czy drogi, na której winien być osiągnięty.

Charakter organizacji – publiczna, niepubliczna, formalna, nieformalna – może wywoływać poczucie braku równowagi i obawę o utratę własnej tożsamości.

Czasami okazuje się, że reprezentanci danego podmiotu nie mają potrzebnej władzy decyzyjnej, co może spowodować osłabienie pełnionych przez nich funkcji.

Problemem może okazać się liczebność reprezentacji. Zbyt duża liczebność „udziałowców” może wpływać ujemnie na procesy decyzyjne i prowadzenie działań, a także powodować zamazywanie indywidualnych ról.

Słaby przepływ informacji, jej fragmentaryczność lub brak, brak koordynacji działań między poszczególnymi pracownikami może w poważny sposób zaszkodzić ciągłości nawet dobrego planu pomocy, zwłaszcza zaś pomocy długofalowej.

Kolejnym problemem, który może zakłócić funkcjonowanie sieci jest tendencja do przechodzenia się roli „moderatora” meta-organizacji w stronę roli „koordynatora” jako osoby jedynie odpowiedzialnej za cały proces pomocy, jedynie władnej podejmować decyzje czy – gorzej jeszcze – jedynie odpowiedzialnej za rezultat.

Z drugiej strony brak *case-managera*, który nie powinien być pierwszym i ostatnim odpowiedzialnym za prowadzoną osobę lecz czuwać nad płynnością procesu, może zaważyć na porażce projektu w obliczu trudności – ze względu właśnie na brak osoby odpowiedzialnej za całość.

W niektórych przypadkach na przeszkodzie żywotności procesu i dobrych rezultatów staje luka między wspomnianym wyżej „strukturalnym” a „operacyjnym” poziomem współpracy. Poziom strukturalny powinien tworzyć ramy dające przez obecność innych podmiotów pewność przewyciężenia przeszkód nieprzewycięzalnych w pojedynkę. Ilekroć jednak poziom strukturalny zaczyna przybierać niepomiarne na bezwładnej wadze przez biurokratyczne wymogi, pretensje do większej władzy, przy jednoczesnym braku kultury współpracy czy wspólnych szkoleń, może to w poważny sposób zagrozić funkcjonowaniu całej sieci, zwłaszcza jej poziomowi operacyjnego, który zamiast być skutecznym wdrożeniem współpracy zostanie zredukowany do funkcji poziomu strukturalnego.

W końcu na poczesnym miejscu tej listy, którą można by przedłużać ze względu na złożoność tematyki, musi się znaleźć skomplikowana problematyka ochrony danych osobowych, jako że sieć obejmuje wiele podmiotów a informacja przepływa między wieloma osobami i organizacjami.

Zapobieganie trudnościom

Budowanie sieci pomocy jest, jak widać, wieloetapowym procesem. Wzajemne poznanie się przez partnerów, jako etap pierwszy, jest etapem nie tylko niezbędnym, ale i bardzo delikatnym. Chodzi tu głównie o budowanie relacji i każda inicjatywa spotkania i lepszego poznania drugiej strony, nawet w sposób nieformalny, jest na tym etapie bezcenna.

Zwłaszcza w odniesieniu do „sieci operacyjnych” koniecznością będzie planowanie spotkań z udziałem wszystkich stron, wspólne organizowanie działań i zdawanie sobie nawzajem relacji z rozwoju sytuacji w każdym z podjętych przypadków. Niezbędne jest także szczegółowe monitorowanie działań w celu identyfikacji osiągnięć, oceny rezultatów, wskazania trudności i wdrożenia planów naprawczych.

Czasami trzeba będzie odbyć spotkanie „ekstra” ze względu na jakieś pilne sprawy związane z nieprzewidywalnymi właściwościami „ludzkiej materii”. Elastyczność jest zawsze dobrą postawą w obliczu trudności i złożoności problemów.

Dobra komunikacja jest podstawą funkcjonowania sieci pomocowej. Chodzi nie tylko o aktualizację danych w odniesieniu do poszczególnych przypadków ale też o wspólny dostęp do informacji i zasobów w sieci informatycznej.

Komunikacja i angażowanie drugiego powinno odbywać się w dwóch kierunkach: góra – dół i dół – góra. Dlatego też osoby zarządzające poszczególnymi organizacjami w sieci powinny być przez organizacje macierzyste wyposażone we władzę decyzyjną i pozostawać między sobą w relacji równorzędności.

Dobłą praktyką jest podpisanie porozumienia, rozumianego nie w sensie sztywnego zobowiązania, lecz w sensie wzajemnego dostrojenia tożsamości i odpowiedzialności.

Im więcej pojawi się wzajemnego zrozumienia, tym bardziej pożądane stanie się doświadczenie wspólnych szkoleń, które może przybrać na przykład formę wizyt w miejscach działania poszczególnych członków sieci: na ulicy i w „miejscach niemieszkalnych”, w „sztabach”, na oddziałach szpitalnych, w przychodniach, mieszkaniach klientów, jadłodajniach, łaźniach, biurach itd. Realne doświadczenie codziennej pracy partnera i problemów, z jakimi się spotyka, zwiększa wzajemne zrozumienie i tolerancję, wzmacnia *esprit de corps*.

Z chwilą ugruntowania się sieci, wyzbycia się obaw cudzej dominacji i osiągnięcia pewnego poziomu zaufania, wspólne działania typu szkoleniowego dodatkowo wzmacniają więzi i mentalność grupową.

Wykonywanie codziennej pracy przez różne podmioty we wspólnej przestrzeni (w jednym miejscu, budynku), w której komunikacja i kontakt nie natrafia na żadne przeszkody, a działania łatwiej „skroić na miarę” potrzebującego, może się w europejskiej rzeczywistości wydawać trudne, ale jest z wielu powodów rozwiązaniem godnym zarekomendowania.

Dobre praktyki

Sugerujemy:

- **Pozytywne zwroty:** poinformowanie o tym partnera o tym, że sytuacja podopiecznego zmienia się na lepsze, motywuje go do współpracy w innych przypadkach.
- **Ustępstwa:** Ustępstwa są często niezbędne dla lepszej współpracy, ale dobra współpraca zasadza się zawsze na równorzędności partnerów.
- **Odpowiedzialność:** Każdy z partnerów winien się czuć całkowicie władny i odpowiedzialny za swoją część współpracy – a także ostatecznie za sukces.
- **Koordinacja pracy:** Koordynacja jest rodzajem służby wobec wszystkich partnerów a nie metodą kontrolowania sytuacji.
- **Informacja konieczna:** Dzielić się należy wyłącznie informacją niezbędną do pracy.
- **Zaufanie:** Między partnerami musi panować zaufanie na rozsądnym poziomie.
- **Układ win-win (każdy wygrywa):** Taki układ maksymalizuje zaangażowanie każdego partnera.
- **Zaprezentowanie się:** Dobrze jest znaleźć czas na zaprezentowanie się innym partnerom w kontekście konkretnej sytuacji.

Kogo angażować do współpracy:

Dobra współpraca z kilkoma służbami jest prawdopodobnie lepsza od współpracy z wieloma, mało rozpoznanymi partnerami, ale:

- partnerzy są potrzebni w pewnej liczbie ze względu na niebezpieczeństwo zbyt dużego obciążenia jednego podmiotu;
- potrzebna jest różnorodność, ponieważ w różnych sytuacjach nie da się zastosować jednego rozwiązania;
- dobrze jest nieustannie eksplorować nowe metody pracy, nowe usługi itd.

Przykład dobrej praktyki

Pomysł, jakim jest NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção com Pessoas Sem-Abrigo) został przedstawiony w ramach Krajowej Strategii Przeciw Bezdomności ogłoszonej w roku 2009 przez portugalskie Ministerstwo Bezpieczeństwa Socjalnego. Z pomocą tego dokumentu instytucję tę powołano do życia w kilku regionach kraju. Lizbońska NPISA powstała po kilku latach przygotowań w roku 2015 z woli władz miasta, publicznej pomocy społecznej, organizacji pozarządowych pracujących na rzecz osób bezdomnych oraz instytucji, jaka jest Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

NPISA dysponuje budynkiem, w którym reprezentowane są wszystkie te podmioty i w którym dokonywana jest wspólna ocena sytuacji osoby bezdomnej. Stosownie zorganizowano realizowaną przez różne organizacje działalność *outreach* dzieląc się w ramach miasta terytoriami, obowiązkami i odpowiedzialnością za poszczególne przypadki. Ma miejsce także przepływ informacji i zasobów.

Osoba zgłaszająca się po pomoc jest przyjmowana jednocześnie przez pracownika socjalnego

i psychologa. To spotkanie zapoczątkowuje pracę nad indywidualnym planem pomocy obejmującym całość potrzeb: fizycznych, psychicznych, mieszkaniowych i zatrudnieniowych. Proces zdrowienia wspierany jest przez wszystkich partnerów sieci, którzy komunikują się ze sobą bezpośrednio i wspólnie planują działania.

Ten sposób działania przynosi ogromne oszczędności czasowe i finansowe, wydatnie przyczyniając się do niwelowania barier biurokratycznych. Wyraźnie widać, że pomoc oparta na sieciowym działaniu istotnie zwiększa jego efektywność oraz prawdopodobieństwo sukcesu, jednocześnie czyniąc porażki mniej bolesnymi przez to, że zdarzają się rzadziej i jest z kim dzielić rozczarowanie.

Studium przypadku

Filip był 40-letnim, roslym, czarnoskórym, bezdomnym mężczyzną. Od lat żył na ulicy w dzielnicy w której dorastał. W jego domu rodzinnym nadal mieszkała siostra i brat. Rodzice nie żyli. Siostra była jedynym normalnie funkcjonującym członkiem rodziny. Pracowała jako fizjoterapeutka (ich ojciec był pielęgniarzem) i samotnie opiekowała się swoim nastoletnim synem i dwoma braćmi - Filipem i jeszcze jednym bratem, który od lat pozostawał bezrobotny. Podczas gdy Filip nie chciał mieszkać w domu i spał na ulicy, jego brat odmówił wychodzenia z domu i na lata zamknął się w swoim pokoju.

Filip przysparzał zmartwień całej lokalnej społeczności. Dużo pił i skrajnie o siebie nie dbał, nierzadko załatwiał swoje fizjologiczne potrzeby idąc ulicą! Z czasem zdiagnozowano u niego przewlekłą schizofrenię, z silnymi postępującymi objawami.

Pracownicy szpitala psychiatrycznego, którzy regularnie co 2 tygodnie spotykali się by omawiać trudne przypadki osób bezdomnych chorujących psychicznie, po raz pierwszy usłyszeli o Filipie od zespołu interwencyjnego działającego z ramienia urzędu miasta. Od tego czasu regularnie odwiedzali zarówno jego jak i jego rodzinę.

Lokalna grupa kościelna również była mocno zaangażowana w sprawę i próbowała pomóc Filipowi i jego rodzinie. To oni zadzwonili po zespół interwencyjny, który z kolei poprosił nas o zdiagnozowanie nie tylko Filipa, ale i jego brata, gdyż nikt nie rozumiał dlaczego izoluje się w domu. Wraz z zespołem, psychiatrą i psychologiem, złożyliśmy wizytę w domu Filipa. Udało nam się porozmawiać i z jego siostrą, i z bratem. Brat również był niemałego wzrostu (pracował jako ochroniarz), jednak rozmawiał z nami leżąc w łóżku. W jego pokoju panował zaduch, mało mówił, było oczywiste że jest podejrzliwy i spięty. Siostra powiedziała nam, że odmawia spożywania przygotowanych przez nią posiłków i dawno się nie mył. Wyszliśmy ze spotkania z silnym podejrzeniem załamania psychicznego. Porozmawialiśmy z siostrą o dostępnych opcjach.

Niedługo po naszej wizycie dowiedzieliśmy się, że Filip zgodził się na nocleg w małym, dobrze utrzymanym schronisku w centrum miasta. Panie z grupy kościelnej, które opiekowały się nim od lat, wraz z członkami zespołu interwencyjnego zdołały przekonać go by porzucił życie na ulicy. Wszyscy byli szczęśliwi i pełni nadziei.

Niestety radość nie trwała długo. Po kilku dniach pobytu w schronisku, Filip wpadł w szał i powybił wiele okien. W trakcie wybuchu upadł i złamał nogę. Został wysłany do szpitala rejonowego, gdzie zajęto się jego nogą oraz przeprowadzano badania psychiatryczne. Po kilku dniach został wypisany z powrotem do schroniska.

Pracownicy schroniska byli przerażeni tak szybkim powrotem Filipa i czuli, że nie otrzymał odpowiedniej pomocy psychiatrycznej. Kierownik schroniska skontaktował się z naszym dyrektorem. Tak się złożyło, że był on tym samym psychiatrą, który odwiedził dom Filipa. Wspólnie zaplanowali, że Filip zostanie oddany pod opiekę naszego zespołu jak tylko otrzyma wypis z innego szpitala. I tak też się stało. Filip pozostał naszym pacjentem przez trzy tygodnie. Został zdiagnozowany i leczony na schizofrenię. Zachowywał się spokojnie i cicho, nie stwarzając nikomu

żadnych problemów. W tym samym czasie, pracownicy socjalni znaleźli dla niego dom opieki specjalizujący się w zaawansowanych przypadkach chorób psychicznych. Gdy nadszedł dzień wypisu ze szpitala, na Filipa czekało gotowe rozwiązanie. Warto nadmienić, że koszty pobytu w domu opieki przekraczały obowiązujący standard, ale w trosce o Filipa, pracownikom socjalnym udało się wywalczyć większy budżet na specjalistyczną opiekę.

Kilka tygodni później wraz z zespołem odwiedziliśmy Filipa w domu opieki. Był bardziej rozmowny (na sobie właściwy sposób), przywitał nas i pokazał swój nowy dom. Dowiedzieliśmy się, że siostra regularnie go odwiedza i że Filip codziennie wychodzi przejść się po okolicy, nie próbując ucieczki.

Sytuacja Filipa była niezwykle trudna i przez wiele lat wydawała się nierozwiązywalna. Dzięki współpracy wszystkich zaangażowanych stron (rodziny, lokalnej społeczności, zespołu interwencyjnego, szpitala psychiatrycznego, domu opieki), które były w stanie połączyć siły, doświadczenie oraz zsynchronizować swoje działania, udało się wypracować wspaniałe rezultaty, które wcześniej wydawały się nieosiągalne.

Ten przykład ilustruje efektywność wspólnie podejmowanych działań i wspólnej refleksji. Regularne spotkania specjalistów z sektora społecznego i zdrowia psychicznego mogą być niezwykle owocne i doprowadzać do zmian w nawet najbardziej beznadziejnych przypadkach.

Jednocześnie jest niezwykle ważne są środki pozwalające na tego typu interwencje oraz wzajemne zaufanie zaangażowanych stron. W tym konkretnym przypadku, pewność, że pracownicy społeczni wesprą pacjenta po wyjściu ze szpitala umożliwiła zespołowi psychiatrycznemu otwarcie drzwi i przyjęcie go na oddział (bez strachu co się z nim stanie po wypisaniu). Podobnie pracownicy socjalni nie bali się wyszukać niecodziennego i droższego rozwiązania (dom opieki), gdyż mieli pewność, że zespół psychiatryczny wesprze pacjenta, kiedy tylko będzie to konieczne i czuli, że jest to optymalne wyjście z sytuacji.

Pięć refleksji na podstawie opisanego przypadku:

- 1. Czy istnieją beznadziejne przypadki?** Bezdomność Filipa utrzymywała się latami i wiele zaangażowanych stron czuło bezsilność wobec tej sytuacji. Jego przypadek pokazuje jednak, że nawet pozornie nierozwiązywalne trudności da się przewyciężyć. Należy zbadać co konkretnie blokuje podejmowanie działań i jakie czynniki mogą tę sytuację zmienić.
- 2. Niemożliwe - dzięki współpracy - staje się możliwe.** W tym przypadku połączyły się wysiłki różnych podmiotów, zarówno z sektora prywatnego jak i publicznego, z obszaru socjalnego i zdrowia. Interwencja tego typu była możliwa dzięki zbudowaniu atmosfery wzajemnego zaufania i otwartości na współpracę. Zamiast podejścia: "To do was należy, żeby...", zastosowano: "Jeżeli wy pomożecie w tym, to my będziemy mogli zrobić tamto". W tym przypadku hospitalizacja pacjenta umożliwiła pracownikom socjalnym znalezienie dużo lepszego rozwiązania (domu opieki).
- 3. Warto organizować regularne spotkania z udziałem specjalistów z obszaru socjalnego i zdrowia psychicznego.** Cykliczne spotkania pomiędzy zespołem interwencyjnym działającym z ramienia miasta a doświadczonymi w pracy z bezdomnymi psychiatrą i psychologiem zatrudnionymi w szpitalu, okazały się niezwykle owocne. To na tych spotkaniach zrodziła się idea złożenia wizyty Filipowi, jego siostrze i bratu a dzięki wiedzy specjalistów, koordynacja procesu hospitalizacji była dużo łatwiejsza.

4. **Sprawą kluczową jest rozpoznanie, kiedy potrzebna jest hospitalizacja lub konsultacja specjalistów ds. zdrowia psychicznego , kiedy wsparcie socjalne, a kiedy jedno i drugie.** Powyższy przypadek podkreśla wagę dobrego rozpoznania i podjęcia interwencji obejmujących potrzeby zarówno socjalne jak i zdrowotne. Hospitalizacja pacjenta stworzyła możliwość zaplanowania i znalezienia lepszego miejsca zamieszkania.
5. **Skuteczna interwencja to wspólny sukces.** Koniec końców wszystkie zaangażowane strony czuły się zwycięzcami, nikt nie przypisywał sukcesu jedynie sobie.

Pytania:

1. Jakie szanse i zagrożenia dostrzegasz w tym kliencie?
2. Jakie były krytyczne momenty w procesie współpracy w ramach sieci pomocy?
3. Jakie inne interwencje, jeśli w ogóle, można było zastosować w ramach sieci pomocy?

Rozdział 7. Troska o personel

Wprowadzenie

Praca z osobami bezdomnymi może być niezwykle wyczerpująca. Wymaga nie tylko szerokiego wachlarza umiejętności, ale ze względu na częste obcowanie z traumatycznymi sytuacjami, stanowi duże wyzwanie emocjonalne.

Osoby bezdomne, a w szczególności osoby borykające się z chorobami psychicznymi i/lub uzależnieniami, mają wielorakie potrzeby. Doświadczają nie tylko wykluczenia społecznego, ale też wykluczenia i/lub stygmatyzacji ze strony systemu pomocowego, nie wyłączając specjalistów. Pracownicy „liniowi” często stykają się z cierpieniem i traumatycznymi przeżyciami osób dotkniętych (często ciężkimi) problemami psychicznymi i bezdomnością. Osoby o tak wysokim poziomie potrzeb dość wolno „zdrowieją” - co może być dla pracowników frustrujące, napawać pesymizmem i zniechęcać do większego zaangażowania. Co więcej, samo ich otoczenie często bywa nieprzewidywalne i chaotyczne.

Specjalista pracujący z osobami bezdomnymi często sam jest zmarginalizowany przez ogólnodostępne służby co sprawia, że i on - i cały zespół – może czuć się wyizolowany, pozbawiony wsparcia, niekiedy stygmatyzowany. Na wszystko nakłada się brak koordynacji służb i usług oraz brak sieci pomocy.

Wyjście naprzeciw potrzebom osób bezdomnych borykających się z problemami psychicznymi i uzależnieniami jest oczywistym obciążeniem i pracą pod nieustanną presją. Nakłada się na to wysiłek potrzebny do uporania się ze sztywnym, sfragmentaryzowanym i słabo zintegrowanym systemem zdrowotnym i socjalnym. Te obciążenia mogą w krótkim czasie na tyle zestresować personel, że straci on potrzebną koncentrację na potrzebach klienta. W dłuższej perspektywie może powodować wypalenie zawodowe i przyjęcie postawy obronnej uniemożliwiającej efektywną pracę.

Zatem zatroszczenie się o personel pracujący z osobami bezdomnymi jest bardzo ważne.

Cele edukacji personelu i troski o personel:

Podniesienie odporności psychicznej;

- Utrzymanie - a najlepiej poprawienie - wydajności pracy;
- Pomoc w radzeniu sobie ze stresem i frustracją związaną z pracą;
- Pomoc w utrzymaniu równowagi pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym.

Cele szczegółowe:

- Pogłębienie wiedzy na temat złożonych potrzeb osób bezdomnych, z uwzględnieniem takich kwestii jak problemy psychiczne i/lub uzależnienia lub jedno w połączeniu z drugim;
- Rozwijanie wszechstronnych umiejętności niezbędnych w pracy z osobami bezdomnymi o złożonych potrzebach;
- Budowanie interdyscyplinarnej współpracy oraz świadomości uzupełniających się ról w zespole;

- Budowanie współpracy pomiędzy różnymi służbami i organizacjami przez pokonywanie luk systemowych.

Główne myśli

Szkolenia

W świadomość zespołu – na faktycznym a nie życzeniowym poziomie - musi być wpisana waga relacji z osobą wspomaganą oraz stawianie tej osoby w centrum wszystkich działań. Szkolenia motywują, aktywizują i ożywiają zespół. Powinny być organizowane zapobiegawczo, a nie jako reakcja na zaistniały problem. Organizacje powinny mieć sposobność planowania szkoleń pod wcześniej zdefiniowane potrzeby pracowników i systematycznie je przeprowadzać – a nie szkolić reaktywnie, w odpowiedzi na problem, który można było przewidzieć lub uwzględnić wcześniej. Dzięki takiemu podejściu pracownicy otrzymują narzędzia, które pozwalają im lepiej radzić sobie z wydarzeniami i sytuacjami, dają im poczucie większej kontroli i sprawczości. Szkolenia personelu mogą przybierać różne formy – ogólnie dzieli się je na **formalne i nieformalne**.

Szkolenie nieformalne odbywa się mimochodem, przy okazji i jest zazwyczaj nieplanowane. Pracownik uczy się na doświadczeniach wykonując swą pracę. Jako szkolenie nieformalne można również traktować sytuację, gdy jeden z członków zespołu dysponujący określonymi umiejętnościami i posiadający wiedzę w konkretnym obszarze, dzieli się nią z innymi. Takie szkolenie może być niezwykle efektywne, gdyż nauka odbywa się w naturalnych warunkach na sytuacjach z życia. Zminimalizowane jest ryzyko niezrozumienia pomiędzy trenerem a uczącym się. Należy mieć jednak pewność, że taka edukacja pozostaje w harmonii z wartościami organizacji.

Szkolenie formalne to z góry ustalony program, który ma jasno określone cele. Jest ustrukturalizowany i zdefiniowany a odbycie go skutkuje uzyskaniem certyfikatu lub kwalifikacji. Szkolenie powinno wspierać mocne strony uczestników i rozwijać ich umiejętności w oparciu o posiadane zdolności i wiedzę. Takie podejście potwierdza i wzmacnia kompetencje, umiejętności, wiedzę oraz potencjał szkolących się pracowników.

Ocena potrzeb szkoleniowych powinna być przeprowadzona z punktu widzenia potrzeb uczestników oraz ich klientów. Praca z klientem o złożonych potrzebach wymaga specyficznych umiejętności i narzędzi, co może się łączyć z koniecznością zatrudnienia wykwalifikowanego trenera. Poza szkoleniami ogólnymi dla wszystkich pracowników, specjaliści powinni otrzymywać dodatkowe szkolenia ukierunkowane na ich kluczowe obowiązki.

Aby szkolenie było skuteczne, należy je uprzednio zestawić z zakresem obowiązków.

Rotacja między stanowiskami pozwala pracownikom doświadczyć innych sposobów wykonywania tej samej pracy.

Eksperci z doświadczenia - osoby, które są lub były bezdomne i które doświadczyły problemów psychicznych powinny być zachęcane do współprowadzenia szkoleń.

Wartości i wizja

Funkcja/cel zespołu powinien być jasny i wyraźnie określony. Nadaje to pracy określone ramy i definiuje pracę.

Wartości. Każdy zespół powinien mieć jasność co do wyznawanych wartości. Praca z osobami bezdomnymi łączy się z takimi wartościami jak:

- Skupienie na potrzebach klienta postrzeganego jako osoba – człowiek w centrum działań;
- Szacunek - klient jest tak samo wartościową i godną zainteresowania osobą jak każdy inny członek społeczeństwa. Łączy się to z takimi wartościami jak różnorodność, godność i równość;
- Optymizm i wytrwałość powinny stanowić podstawowe wartości zespołu.

Role. Pracownicy w organizacji powinni mieć jasno określone role - przejrzystość ról i jasność wizji daje organizacji prężność.

Kultura pracy zespołowej. Każdy członek zespołu powinien mieć poczucie, że jego wiedza i poglądy są słyszane i traktowane poważnie. Promowanie kultury pracy rezygnującej z obwiniania zachęca do dzielenia się problemami i błędami bez strachu. Błędy to doskonały materiał edukacyjny, nie powinny być traktowane jak porażka, ale włączane w proces aktywnego eliminowania niesprawdzających się rozwiązań i rozwijania efektywniejszych sposobów działania. Takie podejście jest dla pracowników wspierające i pozwala się uczyć. W tym specyficznym obszarze pracy konwencjonalne rozwiązania często się nie sprawdzają. Jeśli pracownicy nie popełniają błędów, to najprawdopodobniej nie są dostatecznie kreatywni.

Funkcjonowanie zespołu - przestrzeń umożliwiająca refleksję

Praktyczne zalecenia:

- Zaplanowane, regularne spotkania, na których pracownicy omawiają indywidualne przypadki i poczynione postępy.
- Omawianie zarówno poszczególnych decyzji, jak i towarzyszących im emocji.
- Pracownicy powinni mieć wystarczającą ilość czasu na dogłębne zbadanie sytuacji oraz na to, by każdy mógł się wyrazić i i przedstawić swoje pomysły.
- Każdy powinien mieć szansę przedstawienia swojej opinii niezależnie od piastowanej roli w zespole. Każda opinia powinna być traktowana jako wartościowa.
- Codzienne poranne planowanie może pomóc w utrzymaniu swobodnej i terminowej wymiany informacji na temat klienta.
- Pracownicy powinni czuć się swobodnie w wypowiedaniu własnych uczuć na temat pracy, poszczególnych przypadków - i siebie nawzajem.
- Do rozwiązywania złożonych problemów jest konieczna wspólna refleksja/"burza mózgów".
- Wspólna refleksja wymaga wydzielonego czasu i przestrzeni.
- Ustalenie wspólnego słownika umożliwia efektywną komunikację pomiędzy osobami różnych profesji oraz spójne podejście do problemu wzbogacone o umiejętności, osobowości i profesje składające się na zespół.
- Jasno zdefiniowane zadania, zobowiązania, system komunikacji, system wsparcia, role i granice, prawa i obowiązki.

Trudności

Ograniczone środki, czas, a nawet przestrzeń szkoleniowa. Zazwyczaj organizacjom oferującym pomoc osobom bezdomnym brakuje na działania wobec personelu odpowiednich środków. Zapewnienie pracownikom odpowiedniego poziomu wsparcia i szkoleń często wykracza poza możliwości organizacji.

Czas - pracownicy powinni mieć wydzielony czas na superwizję, zadbanie o własne potrzeby i własne szkolenia. Niestety harmonogram pracy często utrudnia wygospodarowanie takiego czasu.

Priorytety - szkolenia i wsparcie pracowników ma z reguły niski priorytet w organizacjach, dotyczy to w szczególności organizacji o charakterze charytatywnym.

Duże obciążenie pracownika może ograniczać możliwości udziału w szkoleniach i zadbania o własne potrzeby.

Doświadczenie niewłaściwych lub nieodpowiednich szkoleń może powstrzymać pracowników od udziału w kolejnych.

Niepewność personelu - pracownik poinformowany o potrzebie szkolenia może poczuć się niekompetentny; z obawy przed negatywnymi reakcjami ze strony członków zespołu lub kierownictwa może nie być w stanie podzielić się nabytą wiedzą.

Uprzedzenia w stosunku do problemów psychicznych w organizacji mogą działać paraliżująco na pracowników i utrudniać swobodną komunikację. Jak się czuje np. pracownik, który sam ma problem z depresją?

Brak organizacyjnego zaangażowania w troskę o personel.

Łączenie superwizji klinicznej i menedżerskiej może powstrzymać pracowników od swobodnego wyrażania opinii.

Brak superwizji uniemożliwia przeanalizowanie zarówno kwestii indywidualnych, jak i relacji w zespole. Refleksja, superwizja i wsparcie zespołu są szczególnie potrzebne w pracy z trudnymi i frustrującymi przypadkami, kiedy pracownik może czuć się przerażony, zaniepokojony albo mieć poczucie, że jego praca z klientem zmierza donikąd. Superwizja pomaga rozpoznać własne uczucia i trudności. Dostęp do tego typu wsparcia pomaga zachować się profesjonalnie i elastycznie nawet w tak trudnych sytuacjach, jak śmierć klienta, zbyt duże zaangażowanie w prowadzoną sprawę lub rozłam w zespole.

Jednorazowe szkolenia, za którymi nie idą kolejne spotkania ewaluacyjne czy kontynuacyjne lub decyzja o tym, czy dalsze szkolenie jest potrzebne.

Szkolenia obowiązkowe niedopasowane do charakteru pracy. Zamiast wpisywać się w politykę edukacji i troski o personel odnoszą się np. do ogólnych kwestii zdrowia i bezpieczeństwa.

Trener/ moderator powinien być dla zespołu wiarygodny. Niektóre zespoły mają bardzo wysokie mniemanie na temat własnych kompetencji i nie chcą być szkolone przez „byle kogo”.

Narcyzm zespołowy najczęściej występuje w zdemoralizowanych zespołach o grupowo defensywnej postawie, gdzie winnych zawsze szuka się na zewnątrz i hołduje przekonaniu “Wiemy, co robimy, nikt nam nic nie będzie mówił”.

Nieodbrane szkolenie - każde szkolenie powinno mieć praktyczne przełożenie na codzienną pracę zespołu.

Obecność ponad wszystko. Sytuacja w której pracownicy są zmęczeni, źle się czują, są zestresowani, chorzy, niezdolni do normalnego funkcjonowania, ale nadal stawiają się do pracy.

Dobre praktyki

Odpowiedni zespół ludzi, którzy posiadają nie tylko niezbędną wiedzę i umiejętności, ale również entuzjazm i zaangażowanie w pracę w służbie osobom bezdomnym.

Pewność, że **filozofia oraz wartości** osoby stoją w zgodzie z filozofią i wartościami organizacji. Na przykład filantropijne czy charytatywne podejście, dobrze zastąpić podejściem pozbawionym sądów, respektującym prawa człowieka, hołdującym takim wartościom jak godność i szacunek.

Dodatkowe wartości to gotowość **wychodzenia do potrzebującego i zaangażowanie**.

Pewność, że pracownik ma **odpowiednie doświadczenie, umiejętności i przygotowanie** do wykonywanej pracy.

Dopuszczenie do gry **mocnych stron poszczególnych osób** – podział obowiązków nie losowy a uwzględniający indywidualne predyspozycje.

Jasna ale elastyczna struktura, umożliwiająca szybkie działanie w nagłych przypadkach.

Interdyscyplinarny zespół ludzi o szerokim zakresie uzupełniających się umiejętności. Osoby bezdomne mają złożone potrzeby. Rozwiązywanie tych problemów wymaga zróżnicowanych umiejętności i specjalistycznej wiedzy.

Kluczowe znaczenie ma **praca zespołowa** oraz zachęcanie do zmotywowanej i entuzjastycznej pracy. Jednym z najbardziej motywujących czynników jest poczucie własnej skuteczności, poczucie, że udało się zrobić coś dobrego. Zazwyczaj jesteśmy wobec siebie krytyczni i zapominamy lub ignorujemy sytuacje, w których odnieśliśmy sukces. Rolą zespołu jest właśnie „zapamiętywanie” tych sytuacji.

Zabezpieczenie środków, narzędzi, jasnych zasad zarządzania, systemu wsparcia (do kogo zwrócić się z problemem) oraz procedur reagowania w przypadkach, gdy zagrożone jest bezpieczeństwo własne lub klienta.

Możliwość polegania na innych. Powinniśmy ograniczyć emocje, którym pracownik musi pojedynczo stawiać czoła. Członkowie zespołu powinni być zachęceni do wzajemnego wspierania się zarówno w wykonywaniu zadań, jak i podnoszeniu kwalifikacji. Jest to bardziej prawdopodobne w sytuacji, gdy członkowie zespołu nie boją się rozmawiać szczerze między sobą i wzajemnie pytać o opinię lub radę.

Zgłębianie problemu zamiast obwiniania – czy to współpracownika, czy klienta.

Interdyscyplinarne spotkania zespołowe. Regularne, cotygodniowe spotkania poświęcone omawianiu poszczególnych przypadków lub trudności, umożliwiające dzielenie się odpowiedzialnością i różnymi punktami widzenia.

Wszystkie sytuacje powinny być **wspólnie omawiane**. Wszyscy członkowie zespołu powinni

mieć równy status i czuć się wolni w wyrażaniu opinii i sygnalizowaniu problemów. Wspólne, nacechowane otwartością omawianie pracy stanowi podstawę pracy zespołowej.

Zapewnienie **regularnej superwizji i wsparcia, zarówno zespołowi, jak i indywidualnym pracownikom** jest kluczowe. Udział fachowców z zewnątrz jest niezbędny. Superwizja stanowi podstawowy element świadomej, refleksyjnej praktyki oraz integralną część pracy wykonywanej przez pracowników „liniowych”. Superwizja powinna być dostępna nie tylko dla pracowników „liniowych”, ale całej organizacji, w tym kadry zarządzającej, pracowników wsparcia, technicznych, administracyjnych.

Zapewnienie superwizji organizacyjnej - aktywne zbieranie informacji zwrotnych od personelu na temat organizacji i wyciąganie wniosków. Działanie w oparciu o nie!

Wymiana doświadczeń z innymi zespołami - superwizja międzyzespołowa.

Wspólne szkolenia z innymi organizacjami są szczególnie pomocne, kiedy praca przebiega w różnych sektorach, np. publicznym i NGO. Przy okazji wzmocniona zostaje sieć pomocy.

Odpowiednia **polityka i kultura ochrony pracowników**. Personel powinien być wspierany i doceniany przez pracowników wszystkich szczebli. Obowiązująca kultura pracy powinna umożliwiać identyfikację pracownika z organizacją i oferować każdemu potrzebne wsparcie. Personel powinien mieć zapewniony czas i przestrzeń na refleksję – służba innym, która ma być skoncentrowana na osobie, wymaga skoncentrowania również na osobie pracownika.

Regularna i konstruktywna ewaluacja pomaga motywować pracowników do ciągłego rozwoju i udoskonalania swojej pracy.

Pełne zrozumienie związku pomiędzy traumą a bezdomnością pomaga pracownikom lepiej rozumieć problemy, trudności oraz zachowania pacjentów.

Refleksyjnej praktyce i kulturze dzielenia się pomaga:

- zewnętrzne wsparcie;
- wspólna przestrzeń biurowa;
- animowanie przez zwierzchników.

Przykłady dobrych praktyk

Infirmiers de Rue, Bruksela

Naszym głównym założeniem jest połączenie szkoleń z troską o personel poprzez wspieranie pracy zespołowej, partnerskiej wymiany doświadczeń oraz wspólnej refleksji. Ważną rolę odgrywają zewnątrzni moderatory oraz superwizje. Praca z osobami bezdomnymi może być bardzo ciężka, zatem położenie akcentów na aspekty pozytywne (takie jak osiągnięcia, otoczenie, warunki pracy, duch zespołu) ma ogromny sens. W przeciwnym razie pracownicy mogą zbyt mocno koncentrować się na negatywnych aspektach pracy - choć i te należy oczywiście omówić. Jest to zespół interdyscyplinarny. Mając do dyspozycji szeroki wachlarz kompetencji zespół dużo lepiej radzi sobie z rozwiązywaniem trudnych sytuacji. U klienta w każdej chwili mogą ujawnić się problemy socjalne, zaburzenia psychiczne lub problemy prawne.

- Zespół spotyka się dwa razy w tygodniu. Pierwsze spotkanie przeznaczone jest na omówienie poszczególnych klientów oraz planowane postępowanie (omawiany jest regularnie każdy pacjent, niezależnie od tego czy pojawiły się nowe problemy czy też nie). Drugie spotkanie dotyczy samego zespołu i kwestii organizacyjnych.
- Raz na miesiąc odbywa się spotkanie przeznaczone na omówienie problemów i sytuacji, wobec których stają zespoły działając w terenie. Dyskusję moderuje osoba z zewnątrz (superwizor), który jednak nie dostarcza gotowych rozwiązań ("otwiera tylko drzwi"). Comiesięczne spotkania są niezwykle pomocne i odświeżające.
- Garść dobrych wieści: raz w tygodniu, tuż przed spotkaniem członków zespołu, wysyłany jest plik informujący o dużych i małych postępach i sukcesach poczynionych przez pacjentów oraz zespół. Pracownicy przez cały tydzień przygotowują się do tego wpisując pozytywne informacje kolorową czcionką do wspólnego rejestru zwanego "dziennikiem dobrej nowiny". Następnie omawiają je w obecności pozostałych członków zespołu.
- W dalszej części spotkania omawiane są negatywne emocje i problemy związane z tematami dotyczącymi zespołu. Problemy dotyczące indywidualnych klientów poruszane są na właściwym spotkaniu.
- W trakcie spotkań zespołowych zarezerwowany jest czas na dzielenie się zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi odczuciami. Dzięki temu nie dochodzi do nagłych wybuchów emocji lub "zamrażania ich" ich w postaci cynizmu czy dystansu.
- Codziennie zespół ma wydzielony czas na przemyślenie ostatnich 24 godzin. Pracownicy mogą wyrazić wszystkie swoje uczucia i emocje (niezależnie od tego czy są związane z pracą czy życiem prywatnym). Pozwala to pracownikom lepiej rozumieć wzajemne stany emocjonalne. Jeśli zaistnieje potrzeba, wydzielony jest dodatkowy czas na spotkanie twarzą w twarz z superwizorem.
- Zachęcamy do wspólnej, partnerskiej refleksji na temat każdej sytuacji, bez konieczności natychmiastowego znalezienia rozwiązania.
- Wspólna, prosta do aktualizacji baza danych zapewnia szybki dostęp do informacji. Dzienniczki oraz dane kontaktowe są udostępnione, dzięki czemu członkowie zespołu mogą łatwo się ze sobą kontaktować
- Przeznaczamy dwa dni w roku na przemyślenie i omówienie funkcjonowania zespołu. Pomaga to zmotywować zespół oraz przyjrzeć się pracy z różnych stron.
- Zachęcamy pracowników, aby na bieżąco wykorzystywali urlop, zamiast go kumulować.

- Wspieramy naszych pracowników w rozwoju kariery - nawet jeżeli oznacza to odejście z zespołu. Po 5 latach pracy w terenie, następuje 3 miesięczny płatny urlop umożliwiający pracownikom refleksję na temat własnej pracy oraz ścieżki zawodowej.

Etairia Koinonikis Psixiatrikis kai Psixikis Ygeias, Ateny

Towarzystwo od samego początku łączy usługi środowiskowej pomocy psychiatrycznej oraz wysoko-jakościowych szkoleń (zarówno własnych pracowników, jak i osób z zewnątrz).

Na początku każdego roku akademickiego dyrekcja ds. naukowych przygotowuje program szkoleniowy dla pracowników wszystkich szczebli. Opiera się on na regularnej ocenie potrzeb pracowników zbieranych za pośrednictwem kwestionariuszy. W międzyczasie, każdy oddział opracowuje własny wewnętrzny program szkoleniowy, zaadoptowany do specyficznych potrzeb i wymagań zespołu. Trening zaprojektowany jest tak, aby rozszerzać wiedzę oraz rozwijać umiejętności pracowników. Klienci angażowani są jako trenerzy, w szczególności ci, którzy mieszkają w placówkach ochronnych i centrach rehabilitacyjnych. Uczestniczą oni w niektórych szkoleniach i regularnie zbierających się „zespołach refleksyjnych” zwanych „wspólnotami”. Nacisk kładziony jest na: dzielenie się wspólną wizją i wartościami organizacji, rozwój więzi emocjonalnej z klientem, wsłuchanie się i zrozumienie różnorodnych potrzeb klienta widzianego całościowo, podejście zorientowane na osobę, nawigowanie systemu i sieci wsparcia, szerzenie praw człowieka, podnoszenie świadomości lokalnej społeczności, interwencje kryzysowe, umiejętności menedżerskie. Organizacja osadzona jest w nurcie psychodynamicznym, prospołecznym i skoncentrowanym na osobie, co pomaga zrozumieć psychologiczne potrzeby i konflikty prowadzące do określonych zachowań. Nawiązana jest stała współpraca z lokalnymi społecznościami. Równoległe do toczących się szkoleń doskonalenia zawodowego, ilekroć zaistnieje potrzeba (np. zespół stoi przed nowym, nieznanym wyzwaniem), organizujemy tematyczne seminaria szkoleniowe.

Przynajmniej raz w miesiącu odbywa się superwizja grupowa i indywidualna. Superwizję grupową realizują niezależni profesjonaliści. Kładziemy nacisk na wsparcie pracowników, zapobieganie wypaleniu zawodowemu, poradnictwo w zakresie dbałości o własne potrzeby.

Regularnie co tydzień organizowane jest wspólne omawianie sytuacji zaistniałych w pracy, gdzie odbywa się dyskusja na temat klientów i współpracy w ramach zespołu. Jasne wytyczne, zakresy obowiązków oraz protokoły postępowania wytyczają pracownikom ścieżki działania w każdej sytuacji (np. w nagłych przypadkach).

Tworzenie sieci wsparcia, partycypacja pracowników w programach unijnych oraz wymiana doświadczeń i sprawdzonych rozwiązań stanowi integralną część kultury organizacji i troski o personel.

Kolejnym narzędziem wspierania pracowników jest możliwość pracy w różnych jednostkach (np. hostelach, mieszkaniach ochronnych, dziennych centrach opieki, mobilnych jednostkach psychiatrycznych). Staramy się równoważyć potrzeby pracowników, zespołu oraz kwestie organizacyjne. Mamy stale na względzie potrzebę kontynuacji opieki i stabilność w relacjach terapeutycznych.

Ewaluacja programu edukacyjnego organizacji została przeprowadzona za pomocą specjalnie

zaprojektowanych indywidualnych kwestionariuszy. Analiza danych wykazała, że 67% uczestników uważało, że program szkoleniowy okazał się bardzo pomocny w ich pracy, 70% wyraziło zadowolenie z ogólnej organizacji programu szkoleniowego, 85% bardzo dobrze oceniło prowadzących zaś 55% zadeklarowało pozytywne przełożenie teorii na praktykę.

Program Szkolenia

W trosce o godność i dobrostan osób
bezdolnych z problemami zdrowia
psychicznego

1. Uzasadnienie

Praca z osobami borykającymi się zarazem z bezdomnością, jak i szeroko pojętymi obciążeniami psychicznymi, jest zadaniem wymagającym, do którego nikt nie jest w pełni wyposażony. Wielorakie problemy tych ludzi, problemy z dotarciem do nich, ze współpracą z innymi podmiotami pomocowymi, konieczność właściwego zadbania o personel wykonujący tę pracę – wszystko to sprawia, że żadna pojedyncza osoba, dyscyplina czy służba nie jest w stanie unieść całego zakresu spraw. Bardzo często osoby podejmujące pracę w tym obszarze stają wobec własnych ograniczeń i czują potrzebę wyjścia poza zwykłe sposoby postępowania i dotychczasową wiedzę, by lepiej uczynić zadość ludzkim potrzebom i lepiej współpracować z innymi. Nieodparcie powraca poczucie, że to, czego nauczyliśmy się na studiach i kursach, to ciągle za mało.

W tym obszarze pracy kluczowe znaczenie ma wyciąganie wniosków z własnego i cudzego doświadczenia, refleksyjna praktyka nieustannie szukająca adekwatnych odpowiedzi dla niepowtarzalnych sytuacji. Kopiowanie gotowych rozwiązań nie wystarcza.

Niniejszy program szkolenia ma na celu pomóc osobom zawodowo czynnym na tym polu w rozwijaniu umiejętności skutecznego zbliżania się do potrzebującego pomocy, ma zarysować kontekst, który pozwoli pomagającym lepiej uświadomić sobie „wielowyzwaniowość” i wielowymiarowość ich pracy, jak również nakreślić zasady, według których powinna się realizować dobra praktyka.

2. Grupa docelowa

Pracownicy usług zdrowotnych i socjalnych zajmujący się osobami bezdomnymi.

3. Cele

1. Podniesienie poziomu umiejętności osób pracujących w sektorze socjalnym i sektorze zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, w zakresie zrozumienia potrzeb osób bezdomnych obciążonych problemami zdrowia psychicznego oraz adekwatnego działania w odpowiedzi na te potrzeby.
2. Poprawa umiejętności słuchania i rozumienia głosu i potrzeb osób bezdomnych przez zajmujących się nimi profesjonalistów w celu wypracowywania stosowniejszych działań--
- poprawiających fizyczne i psychiczne samopoczucie tych ludzi, wzmacniających ich godność i zwiększających dostęp do przysługujących im praw.

3. Metodologia szkolenia

Każdy moduł szkoleniowy rozpoczyna wprowadzenie do tematu i teoretyczne jego omówienie. W celu pobudzenia aktywności uczestników w drugiej części modułu proponuje się dynamiczne aktywności, takie jak dyskusje w małych grupach i grupie ogólnej oraz omawianie przypadków i przykładów.

Każdy moduł może zakończyć się terenową wizytą studyjną, trwającą przynajmniej 2 godziny.

4. Moduły

Nazwa modułu	Wprowadzenie		
Czas trwania	2 godziny		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Przegląd programu szkolenia - Wprowadzenie do siedmiu modułów - Prezentacja struktury i metodologii poszczególnych sesji 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Wyjaśnienie wyboru tematów szkolenia - Uwrażliwienie na wzajemne powiązania tych tematów - Uwrażliwienie na praktyczny cel tego szkolenia 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Przegląd programu szkolenia	Prezentacja	Prezentacja Ppt
	2. Prezentacja struktury i metodologii sesji szkoleniowych	Prezentacja	Prezentacja Ppt
	3. Dlaczego takie tematy szkolenia i jak są one ze sobą powiązane	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa po prezentacji Ppt
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Pomoc socjalna		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: Prawa socjalne; Ochrona socjalna; Profilaktyka socjalna; Pomoc socjalna - Główne myśli: Pracownicy sfery socjalnej jako mediatorzy usług; Prawa człowieka a jego wolna wola; Przywracanie indywidualnej sieci wsparcia - Trudności: Ubóstwo; Wykrywanie problemów; Brak współpracy między sektorem socjalnym a sektorem zdrowia; Kwestie płci; Ludzie bez dokumentów; Stygmatyzacja; Zachowania agresywne - Dobre praktyki: Ciekawość; Wbór metody; Ocena jakości i dokumentacja rezultatów; Postawa proaktywna i przewidywanie; Komunikacja i widoczność; Wybór i rozszerzanie wyboru; Usługi na miarę; Relacja - Studium przypadku/usługi socjalnej 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uwrażliwić na znaczenie czynników społecznych i ochrony socjalnej w kwestii bezdomności - Pokazać mediacyjną rolę pracowników pomocowych - Uwrażliwić na wagę praw oraz wolnej woli człowieka w interwencjach pomocowych - Pokazać trudności zwiększające zagrożenie socjalne - Pokazać postawę i zdrowe zasady wychodzenia do potrzebującego oraz usług „skrojonych na jego miarę” 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Wprowadzenie	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przypadku/(usługi socjalnej)	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Studium przypadku Profil usługi socjalnej		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Zdrowie		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: Potrzeby osób bezdomnych związane ze zdrowiem fizycznym i psychicznym - Główne myśli: <i>Outreach</i> w usługach zdrowotnych; Służby ratunkowe, Przyjęcia i wypisy ze szpitala; Usługi ambulatoryjne; Współpraca z usługami socjalnymi - Trudności: Trudności z angażowaniem klienta; Diagnoza uliczna; Diagnoza przymusowa; Komunikacja a różnice kulturowe - Dobre praktyki w zakresie: działań typu outreach, dostępności usług zdrowotnych, hospitalizacji, relacji roboczych ze współpracownikami, profilaktyki i troski o personel - Studium przypadku/usługi zdrowotnej 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uwrażliwić na potrzeby zdrowia psychicznego i fizycznego osób bezdomnych - Przyjrzeć się interwencjom zdrowotnym na ulicy i w placówkach zdrowotnych - Poznać wagę współpracy i wzajemnego wsparcia między usługami socjalnymi a zdrowotnymi - Nauczyć się przewidywać trudności i zapobiegać im - Wskazać dobre praktyki w zakresie usług zdrowotnych na rzecz osób bezdomnych 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Introduction: związki między problematyką bezdomności i zdrowia	Prezentacja i dyskusja	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja grupowa (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja grupowa (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przypadku /usługi zdrowotnej	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Studium przypadku Profil usługi zdrowotnej		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Mieszkanie		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: Dom a „dom” - Główne myśli: Godne schronienie jako prawo; Waga wykształcenia personelu; Mieszkanie- wsparcie- uczestnictwo; Zamieszkanie dorażne; Zamieszkanie długoterminowe; Housing First ; Wizyta domowa; Mężczyźni i kobiety w usługach mieszkaniowych - Trudności: Rynek mieszkaniowy; Dostęp do mieszkań; Kontynuacja wsparcia - Dobre praktyki: Zapobieganie; Wyjście do potrzebującego; Sieć pomocy; Osoba w centrum działań - Studium przypadku/usługi mieszkaniowej 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uwrażliwić na znaczenie schronienia i domu w sensie nie tylko fizycznym - Nauczyć się pracy z pozycji godnego schronienia rozumianego jako prawo - Poznać rolę zamieszkania dorażnego i długoterminowego - Uwrażliwić na trudności w dostępie do mieszkania i adaptacji do zamieszkania - Poznać zdrowe zasady pracy z użytkownikami usług mieszkaniowych 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Wprowadzenie	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przypadku/(usługi mieszkaniowej)	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Studium przypadku Profil usługi mieszkaniowej		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Zdrowienie - integracja		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: Zasady i koncepcje „zdrowienia” - integracji - Główne myśli: Proces zdrowienia – „samozdrowienie”; Autonomia; Rola pracowników pomocowych - Trudności w procesie zdrowienia i radzenie sobie z nimi - Dobre praktyki: Stały case-manager; Usługi skrojone na miarę osoby; Osoba w centrum; Ciągłość wsparcia; Rola wsparcia peer-to-peer - Studium przypadku/usługi integracyjnej 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uświadomić na istotę procesu zdrowienia (integracji) - Poznać różnice między procesem zdrowienia a leczenia - Poznać trudności związane z procesem zdrowienia (integracji) oraz sposoby radzenia sobie z nimi - Poznać zasady pracy z klientem sprzyjające procesowi zdrowienia (integracji) 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Wprowadzenie	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przypadku/ (usługi integracyjnej)	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Studium przypadku Profil usługi integracyjnej		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Wyjście do potrzebującego – outreach		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: koncepcja „wyjścia do potrzebującego” - Główne myśli: <i>Outreach</i> jako postawa, usługa, model działania; Fazy pracy o charakterze <i>outreach</i>; Role pracowników służby zdrowia w pracy na ulicy; - Trudności dotyczące osób bezdomnych, pracowników, współpracy i koordynacji - Dobre praktyki w usługach typu <i>outreach</i> - Studium przypadku / usługi typu <i>outreach</i> 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uwrażliwić na znaczenie pracy o charakterze <i>outreach</i> w obszarze bezdomności - Zobaczyć w wychodzeniu ku potrzebującemu nastawienie mentalne, sposób dotarcia z konkretną usługą i model działania - Poznać profesjonalne role w pracy na ulicy - Poznać trudności wiążące się z tego typu działaniem - Poznać fazy pracy w trybie <i>outreach</i> i dobre praktyki w tym zakresie 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Wprowadzenie	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przypadku /usługi typu <i>outreach</i>	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Studium przypadku Profil usługi typu <i>outreach</i>		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Sieć pomocy – <i>networking</i>		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: Złożoność problematyki; Podmioty zaangażowane; Networking strukturalny i operacyjny; Powody dla <i>networkingu</i> - Główne myśli: Networking jako szansa; Budowanie sieci pomocy; Networking wewnątrz organizacji i między organizacjami - Trudności: Networking jako problem sam w sobie; Zapobieganie trudnościom - Dobre praktyki: Sugestie; Kogo włączać - Studium przypadku, Przykład <i>networkingu</i> 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uwrażliwić na wagę <i>networkingu</i> - Poznać istotę <i>networkingu</i> strukturalnego i operacyjnego - Dowiedzieć się, jak budować i utrzymywać sieć pomocy - Poznać dobre praktyki w tym zakresie 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Wprowadzenie	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przypadku /przykład <i>networkingu</i>	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Studium przypadku Przykład <i>networkingu</i>		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

Nazwa modułu	Troska o personel		
Czas trwania	5 godzin		
Treści do podjęcia	<ul style="list-style-type: none"> - Wprowadzenie: Rola szkoleń dla personelu i troski o personel - Główne myśli: Szkolenia; Wartości i wizja; Funkcja zespołu - Trudności w uzyskaniu (zapewnieniu) wsparcia i szkoleń dla personelu - Dobre praktyki sprzyjające budowaniu i rozwijaniu zespołu - Studium przykładów troski o personel 		
Cele szkoleniowe	<ul style="list-style-type: none"> - Uwrażliwić na wagę szkoleń i troski o personel - Poznać funkcję szkoleń i kultury pracy zespołowej - Dowiedzieć się o funkcjonowaniu zespołu - Dowiedzieć się o tym, co stoi na przeszkodzie właściwej trosce o personel - Poznać dobre praktyki w zakresie troski o personel i szkolenia personelu 		
Program sesji	Temat	Metoda	Aktywności
	1. Wprowadzenie	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	2. Główne myśli	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 1 i 2 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	3. Trudności	Prezentacja i dyskusja grupowa	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	4. Dobre praktyki	Prezentacja i dyskusja (Sekcję 3 i 4 można podzielić na: 45 min prezentacji + 45 min dyskusji)	Dyskusja grupowa nad tematami po prezentacji Ppt
	5. Studium przykładów troski o personel	Prezentacja przypadku i pytania do przedyskutowania w małych grupach (45 min) Sesja plenarna (45 min)	Dyskusja grupowa
Materiały	Dokumentacja wspierająca (szablony itp.) i prezentacja Ppt Przykłady troski o personel		
Ewaluacja	Kwestionariusz autoewaluacyjny na koniec sesji		

2. Profil trenera

Profesjonaliści z tytułem naukowym lub specjalizacją w stosownych dziedzinach z doświadczeniem pracy w obszarze bezdomności i zdrowia psychicznego.

Słowniczek

Rozdział 1. Pomoc socjalna

Bezdomność: W Europie powszechnie stosuje się definicję Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego (ETHOS). Zawarte w niej kategorie obejmują wszystkie przypadki bezdomności. Są to: 1) bez dachu nad głową (ludzie mieszkający w przestrzeni publicznej), 2) bez mieszkania (ludzie zakwaterowani w placówkach dla bezdomnych, schroniskach i innych dedykowanych ośrodkach); 3) niezabezpieczone mieszkanie (ludzie w niezabezpieczonych lokalach, zagrożeni eksmisją lub przemocą), 4) nieodpowiednie mieszkanie (ludzie mieszkający w konstrukcjach tymczasowych, nietrwałych, w warunkach substandardowych, w warunkach przeludnienia). W tekście powyżej bezdomność rozumiemy głównie w sensie pierwszej ew. drugiej kategorii.

Świadczenia socjalne: Świadczenia i usługi oferowane osobom potrzebującym z ramienia państwa, gminy lub organizacji pozarządowych.

Choroba psychiczna: Zamiennie nazywana zaburzeniem psychicznym lub psychiatrycznym jest behawioralnym lub umysłowym kompleksem objawów powodującym znaczące cierpienie i zaburzającym funkcjonowanie człowieka.

Humanizm: Sposób bycia w świecie oparty na szacunku do drugiego człowieka, bez względu na jego przynależność klasową, rasową czy religijną. Podstawowymi zasadami moralnymi, na których opiera się podejście humanistyczne są wolność, sprawiedliwość, tolerancja i szczęście. Jest to wykraczająca poza doktryny religijne filozofia, polegająca na wierze w możliwość prowadzenia uczciwego i spełnionego życia. (Pears Cyclopaedia, 87th edition, 1978).

Psychiatria społeczna: Przedmiotem zainteresowania psychiatrii społecznej jest życie osób cierpiących na zaburzenia

psychiczne i wspomaganie ich w dialogu i kontakcie z innymi osobami oraz społeczeństwem. Psychiatria społeczna mierzy się z pytaniem o dobre i godne życie dla każdego człowieka i winna być krytycznym i aktywnym partnerem debaty publicznej. Stanowi dopełnienie biologiczno-medycznego i psychoterapeutycznego wymiaru psychiatrii.

Ubóstwo: Ubóstwo to głód. Ubóstwo to brak dachu nad głową. Ubóstwo to niemożność uzyskania pomocy lekarskiej w chorobie. Ubóstwo to brak dostępu do edukacji. To nieumiejętność czytania. Ubóstwo to brak pracy, lęk o przyszłość, życie z dnia na dzień. Ubóstwo ma wiele twarzy i jest różnie definiowane w zależności od miejsca i czasu. Najczęściej opisuje się je jako stan, od którego człowiek chce uciec. Jest więc swego rodzaju wezwaniem, zarówno dla ubogich jak i bogatych, do zmieniania tego świata w taki sposób, aby każdy miał pożywienie, dach nad głową, dostęp do edukacji i świadczeń zdrowotnych, ochronę przed przemocą i prawo głosu w społeczności lokalnej (The World Bank Organization).

Rozdział 2. Zdrowie

Dostępność usług: Bezpośredni dostęp do pomocy i zasobów systemowych

Networking: Konieczność ze względu na wielorakość problemów zdrowotnych i socjalnych

Miękkie umiejętności: Uwzględnianie aspektów międzyosobowych i relacyjnych

Inreach: Środowiskowi pracownicy pomocowi powinni inicjować bezpośredni kontakt i wymieniać się informacjami z personelem stacjonarnych placówek medycznych

Plan przyjęcia: Streszczenie powodów do przyjęcia do szpitala wraz z opisem działań, które były skuteczne w przeszłości, oraz wskazaniem oczekiwanego rezultatu

Diagnoza (ocena) uliczna: Ocena stanu klienta przeprowadzona w niemieszkalnym miejscu jego pobytu

Ocena przymusowa: Ocena mająca na celu ewentualne przymusowe przyjęcie do szpitala

Trudny klient: Osoby bezdomne mogą być postrzegane przez usługodawców jako "trudne", ale zazwyczaj ma to związek z ich brakiem dostępu do podstawowych praw, brakiem bezpieczeństwa socjalnego i barierą komunikacyjną

Drzwi obrotowe: Wielokrotne hospitalizacje

Usługi "otwartych drzwi": Usługi głównego nurtu powinny ułatwić dostęp osobom bezdomnym – dostęp bez zapisu i oczekiwania w kolejce jest tu dobrym przykładem

Spotkania przed wypisem: Spotkania z udziałem personelu szpitalnego i pomocowego mające na celu zaplanowanie przyszłego schronienia, samego wyjścia i przyszłych działań wobec bezdomnego pacjenta.

Rozdział 3. Mieszkanie

Aktywne słuchanie: Pełna koncentracja na tym, co mówi rozmówca, w odróżnieniu od samego tylko pasywnego słuchania. Wymaga uwagi i refleksji, bez oceny i doradzania.

Pomoc mieszkaniowa : Schronienie dowolnego typu dające bezpieczeństwo i ciepło oraz umożliwiające odpoczynek. Jeden z najważniejszych elementów stabilizacji życiowej.

Housing First: Radykalne zakończenie stanu bezdomności przez wprowadzenie człowieka wprost z ulicy do mieszkania. Jest dopiero początkiem procesu integracji i wymaga udzielenia danej osobie wsparcia. Postępowanie często skuteczne zwłaszcza w

przypadkach problemów psychicznych.

Opiekun mieszkania: Osoba zarządzająca sprawami mieszkań pomocowych, pracująca na rzecz lub współpracująca z odpowiednią organizacją pomocową, samorządem itp. Funkcja obejmuje częsty kontakt z mieszkańcami, zarządzanie sprawami finansowymi, naprawami, stosunkami z sąsiadami. Opiekun mieszkania może pracować w zespole obejmującym ponadto pracowników pomocowych (wsparcia), case managera dla określonych osób itp.

Pomoc stawiająca w centrum osobę: Osoba wspomagana w centrum działań, występująca niejako w roli eksperta w odniesieniu do samej siebie, pracująca w partnerstwie z profesjonalistami.

Podejście oparte na prawie: Podejście w działalności pomocowej bazujące na zobowiązaniu pomagającego do zabezpieczenia realizacji praw ludzkich osoby wspomaganej. W podejściu tym nacisk położony jest na prawo do czegoś a nie potrzebę czegoś.

Trauma: Silna emocjonalna reakcja na negatywne wydarzenie. Skutki traumy mogą wpływać na zdolność do prowadzenia normalnego życia przez trwałe negatywne stany emocjonalne, takie jak gniew, smutek, niepokój, poczucie winy, a także powodować np. bezsenność, problemy w relacjach, uzależnienia.

Nieopresyjna praktyka pomocowa (*Anti- Oppressive Practice*): Metoda i model pomocy przeciwny praktykowanym przez indywidualnych pomagających i całe instytucje pomocowe działaniom i postawom w istocie w dyskryminującym, wykluczającym i nieprzyjaznym wobec osoby wspomaganej.

Pomoc uwzględniająca traumę (*Trauma Informed Care - TIC*), otoczenie uwzględniające

uwarunkowania psychologiczne (Psychologically Informed Environments–PIE): Pomaganie ze świadomością traumy i jej skutków dotyczących daną osobę, w sposób unikający powtórnej traumatyzacji i maksymalizujący w danych warunkach efekt pomocy.

Zob. <http://www.homeless.org.uk/connect/blogs/2015/aug/19/do-you-know-your-tic-from-your-pie>: ... celem obu podejść jest zapewnienie dobrej kondycji psychicznej osób korzystających ze wsparcia poprzez stworzenie ram uwzględniających ich psychologiczne potrzeby... Oba programy, *Psychologically Informed Environments* (który powstał w Wielkiej Brytanii oraz *Trauma Informed Care* (który powstał w USA) mają również na względzie psychologiczny dobrostan personelu udzielającego wsparcia. Koncentrują się na wspieraniu i rozwijaniu pracowników, nawiązywaniu pozytywnych i usamodzielniających relacji oraz poprawie samopoczucia poprzez środowisko i wsparcie udzielane zarówno im jak i osobom korzystającym z pomocy. ... Warto nadmienić, że żadne z podejść nie zakłada wspierania pracowników w nawiązywaniu quasi-terapeutycznych relacji z klientem lub zagłębiania się w historię jego traumy. Zamiast tego zalecane jest tworzenie bezpiecznego i wspierającego środowiska w oparciu o pełne zrozumienie nawracających traumatycznych wspomnień, które nierzadko sięgają dzieciństwa ... Jest to osiągalne dzięki podstawowemu przeszkoleniu i podnoszeniu świadomości pracowników zajmujących się osobami bezdomnymi. Szkolenia uwzględniają czynniki psychologiczne związane z osobistą sytuacją pracowników, które mogą utrudniać zaangażowanie się w relację i pomoc. Mając tę świadomość pracownicy potrafią umiejętniej zarządzać relacją z klientem, skuteczniej nawiązywać z nim kontakt i lepiej panować nad emocjami w związku z odgrywaną rolą...

Rozdział 4. Zdrowienie - integracja

Współbudowanie (co-construction): Świadczenie usług pomocowych we wzajemnej i równorzędnej relacji pomiędzy pracownikami pomocowymi a użytkownikami usług ich rodzinami i środowiskiem (Boyle and Harris, 2009).

Uwłasnowolnienie (empowerment): - Wzięcie swego życia we własne ręce. Termin bardzo dyskutowany. Jest to nie tylko oddziaływanie zewnętrzne, ale też obustronna relacja. Prowadzi do "zdrowienia", ale też jest jego skutkiem.

Ustanowienie relacji: Zbudowanie i utrzymywanie relacji między pracownikiem pomocowym a klientem (w naszym przypadku osobą bezdomną z problemami psychicznymi). Stanowi ona podstawę dalszego planu i współpracy. Ze strony pracownika pomocowego – dyskrecja i uczciwość, troska, ale też granice.

Instytucjonalizacja: Szkodliwe skutki typu apatii i utraty samodzielności związane z długim pobytem w instytucji pomocowej.

Sieć pomocowa (network): Zbiór lub system powiązanych osób, usług i organizacji współdziałających między sobą przez wymianę informacji i rozwijanie zawodowych kontaktów. Sieć może mieć charakter formalny (zob. NPISA w Lizbonie) lub nieformalny.

Osobisty wybór: Jest podejmowaniem decyzji, może obejmować ocenę możliwych opcji wyselekcjonowanie jednej lub kilku z nich. Można wybierać między opcjami przypuszczalnymi („Co bym zrobił/a, gdyby...”) lub realnymi, za którymi idzie stosowne działanie. Ścisły związek z wolną wolą (Wikipedia).

Rozdział 5. Wyjście do potrzebującego – outreach

Outreach a inreach: Outreach jest „wychodzeniem do” potrzebującego,

budowaniem mostów do jego świata (zob. Wprowadzenie). Wydaje się użyteczne zwrócenie uwagi na pewną jego specyficzną i bardzo ważną postać – na tyle ważną, że można się pokusić o nadanie jej na zasadzie analogii odrębnej nazwy. W odróżnieniu od *outreach*, które jest budowaniem mostów na zewnątrz, „do”, *inreach* jest budowaniem mostów wewnątrz ustabilizowanych czy wręcz zinstytucjonalizowanych struktur pomocowych, tak by osoba bezradna wobec rządzących tymi strukturami zasad i procedur mogła mimo wszystko otrzymać właściwą pomoc. Będą to ścieżki obchodzenia się z osobami wyalienowanymi, czy nie w pełni władz umysłowych w tak skomplikowanych dla tych osób strukturach jako ośrodki pomocy społecznej, służba zdrowia, ośrodki terapeutyczne czy nawet ogrzewalnie, noclegownie, schroniska czy inne bardziej godne miejsca zamieszkania w taki sposób, by nie dokonywała się tutaj ich (która już z kolei?) marginalizacja.

Rozdział 6. Sieć pomocy - *networking*

Złożoność: charakteryzuje funkcjonowanie system czy modelu, którego elementy wchodzą ze sobą nawzajem w wielorakie oddziaływania podporządkowane dwustronnym a nie odgórnie ustalonym zasadom.

Moderator: osoba odgrywająca rolę łącznika między osobami i organizacjami, organizująca dialog i sugerująca możliwe rozwiązania.

Meta- organizacja: organizacja obejmująca na zasadzie partnerstwa wiele organizacji .

Networking: Proces mający na celu wymianę informacji i idei między osobami lub organizacjami, ukierunkowany na współdziałanie we wspólnym interesie.

Podejście “wygrany-wygrany” (*win-win approach*): podejście zmieniające konflikt (atak i obronę) we współpracę. Jest to radykalna zmiana stanowisk obu stron, które zaczynają łączyć własny sukces nie z porażką ale z

sukcesem drugiego (pokrywające się lub komplementarne interesy).

Rozdział 7. Troska o personel

Personel/pracownicy: Każda osoba, która bierze bezpośredni udział w projektach i programach organizacji i o którą organizacja ma obowiązek się troszczyć. Personel obejmuje pracowników pełno- i niepełnoetatowych, zleceniobiorców, osoby zakontraktowane na zewnątrz, wolontariuszy.

Szkolenia pracownicze i troska o personel: Skuteczność organizacji zależy od dobrze wykwalifikowanej kadry o wysokim morale. Prosty sposób na prowadzenie prężnie działającej organizacji jest zapewnienie odpowiednich szkoleń wszystkim zatrudnionym pracownikom oraz wolontariuszom, dzięki którym rozwiną odpowiednie umiejętności. Troska o personel obejmuje różne formy wsparcia indywidualnego i grupowego, w tym zwłaszcza superwizję (indywidualną i grupową).

Refleksyjna praktyka: Refleksja pracowników nad własną wiedzą i doświadczeniami połączona z dzieleniem się ze współpracownikami przemyśleniami i odczuciami. Odpowiedzi na pewne pytania pojawiają się dopiero w wyniku dyskusji i wspólnej refleksji.

Wymienione wyżej działania i praktyki pomagają zapobiegać wypaleniu zawodowemu, które jest częstym zjawiskiem wśród osób stojących co dzień w pracy wobec trudnych i stresujących sytuacji.

Wypalenie zawodowe: Za przyczynę wypalenia zawodowego uważa się przewlekły, uporczywy stres związany z pracą. W 1974 roku Herbert Freudenberger jako pierwszy posłużył się terminem „wypalenia zawodowego” w publikacji na łamach pisma psychologicznego. Artykuł powstał w oparciu o obserwacje wolontariuszy (oraz samego siebie) zatrudnionych w

charytatywnym ośrodku dla narkomanów. Jego definicja wypalenia zawodowego obejmuje szereg objawów, między innymi wyczerpanie wynikające ze zbyt obciążającej pracy oraz zespół towarzyszących czynników fizycznych, takich jak ból głowy i bezsenność, łatwość popadania w gniew, sztywne myślenie. Zauważył, że wypalony pracownik „sprawia wrażenie, wygląda i zachowuje się jak osoba w depresji”.

Zespół interdyscyplinarny : Grupa ludzi pracujących w jednym zespole, którym przyświecają te same cele i dążenia i którzy posiadają różne wzajemnie uzupełniające się specjalizacje i doświadczenia.

Odniesienia do literatury

WSTĘP

Fabio Bracci. *European Exchange and Inter-Vision Project on Homeless Pathways and Interventions with Homeless and mentally ill people*. SMES-Europa in collaboration with Fondazione Istituto, Andrea Devoto. 2017.

Rozdział 1. Pomoc socjalna

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (art. 2, 22, 25): <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>

Louise Christensen: *On the Margins – Exploring the Phenomenon of Social Marginalization and the Social Work for Socially Marginalized People*; Centre for Alcohol and Drug Research. Department of Psychological and Behavioural Sciences, Aarhus University (2018)

Glen Bramley & Suzanne Fitzpatrick: *Destitution in the UK* (2018) <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673037.2017.1344957>

Dennis, D. L., Cocozza, J. J., & Steadman, H. J., *What do we know about systems integration and homelessness?*, wykład zaprezentowany na National Symposium of Homelessness Research: What works?

John R. Belcher & Bruce R. DeForge, *Social Stigma and Homelessness: The Limits of Social Change*, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22:8, 929-946, (2012)

Brandt, P.: *Proposal for a social psychiatry theory based on experiences from a programme for the homeless mentally ill*, *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 50 (1996)

Magazine 'Are we Europa' October 23 2017: *Homeless Women in a Men's World*
<https://www.areweeurope.com/homeless-content/homeless-women-in-a-mens-world>

Europejska Komisja przeciwko Rasizmowi i Nietolerancji: Zalecenie nr 16.

To live in health and dignity, European Report of Study & Action Project in promotion of Mental Health & Social Reinsertion for disadvantaged people, SMES- Europe & Mental Health Europe, (1999 – 2000; <http://www.smes-europa.org/H&D1%20FINAL%20REPORT-uk.pdf>)

Rozdział 2. Zdrowie

EPRS (2016) *The public health dimension of the European migrant crisis*, EPRS briefing paper, January 2016

Nishio, Akihiro & Horita, Ryo & Sado, Tadahiro & Mizutani, Seiko & Watanabe, Takahiro & Uehara, Ryosuke & Yamamoto, Mayumi. (2016). *Causes of homelessness prevalence-The relationship between homelessness and disability*. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 71. 10.1111/pcn.12469.

Fazel S, Geddes JR, Kushel M. Lancet. (2014) 384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-*The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations.*

Aldridge et al (2018) *Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis*, Lancet Volume 391, ISSUE 10117, P241-250, January 20, 2018

Jeffrey, R. (1979) *Normal rubbish: deviant patients in casualty departments*, *Sociology of Health and Illness*. 1:1, 91-107.

Luchenski, S. *What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations*. Lancet Volume 391, ISSUE 10117, P266-280, January 20, 2018

WHO (2018) EPH05: *Disease prevention, including early detection of illness*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>

Pickett and Wilson (2009) *The spirit level: why equality is better for everyone*. Allen Lane, London.

Tudor Hart, J. (1971). „*The Inverse Care Law*”. The Lancet. 297: 405–412.

Leng (2007) *The impact on health of homelessness*. Local Government Association, London. https://www.feantsa.org/download/22-7-health-and-homelessness_v07_web-0023035125951538681212.pdf

Canavan et al (2012) *Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities*. BMC Health Services Research 2012:222. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-222>

MHE (2016) October 2016. *The need for mental health and psychosocial support for migrants and refugees in Europe*. <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Position-Paper-on-Mental-Health-and-Migration.pdf>

European Parliament (2016) *Briefing, January 2016. The public health dimension of the European migrant crisis*. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI\(2016\)573908_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf)

Pathway (2016). *Mental health service assessments for rough sleepers – tools and guidance*.

<https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Mental%20Health%20Service%20Guidance%20for%20Rough%20Sleepers.pdf>

Coldwell, C.M. & Bender, W.S. (2007) *The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis*. Am J Psychiatry 2007; 164:393–399).

Rozdział 3. Mieszkanie

Przykład standardów mieszkaniowych: *Housing Regulations 2017* Statutory Instrument SI No 17 2017, the Irish Department of Housing, Planning and Local Government.

Tsemberis S (2010) *Housing First The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*, Hazelden USA

Tsemberis S, Gulcur L, Nakae, M (2004), *Housing First, Client Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with Dual Diagnosis*, *American Journal of Public Health* 94 (4), 651-656.

Hutchinson et al., 2014; Sznajder-Murray and Selznick, 2011.

<http://www.homeless.org.uk/connect/blogs/2015/aug/19/do-you-know-your-tic-from-your-pie>

<http://www.feantsa.org/download/feantsatraumaandhomelessness03073471219052946810738.pdf>

Rozdział 4. Zdrowienie – integracja

Anthony, W.A. (1993). *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Cockersell, Peter (2018). *Social Exclusion, Compound Trauma and Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.

Deegan, P.E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Munoz, Vásquez e Panadero. *Stressful Life Events in David Levinson and Marcy Ross* (2007). *Homeless Handbook*. Berkshire Publishing Group.

Repper, J. & Perkins, R. (2006). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. Edinburgh: Bailliere Tindall.

Rozdział 5. Wyjście do potrzebującego – outreach

<https://www.eaof.org/>

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED364617.pdf>

<http://homelesshub.ca/resource/value-outreach>

<http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/OutreachCurriculum2005.pdf>

<http://homelesshub.ca/resource/homeless-outreach-practises-bc-communities-volume-1>

<https://dmh.mo.gov/docs/mentalillness/litreview.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3441802/>

<http://www.mhwilliams.com/community-outreach-important/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482410>

https://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach_work_among_marginalised.pdf

<https://missioncommunityservices.com/homeless-outreach>

<http://homelesshub.ca/solutions/emergency-response/outreach>

<https://www.linkedin.com/pulse/20140706223307-50642561-nonprofits-benefits-of-community-outreach/>

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/15/secret-life-homeless-outreach-worker-abuse>

<https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/outreach-aller-a-la-rencontre-des-gens-en-contexte-ditinerance/>

Rozdział 7. Troska o personel

<https://www.nhchc.org/resources/clinical/tools-and-support/core-competencies-for-the-hch-setting/>

<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14608791211288589>

<https://conted.ucalgary.ca/public/category/courseCategoryCertificateProfile.do?method=load&certificateId=6347688>

https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_burnout

https://www.researchgate.net/publication/232515466_Understanding_stress_and_burnout_in_shelter_workers

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009365095022002001>

Szczególne podziękowania

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Camara Municipal de Lisboa; NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo); Associação Conversa Amiga; Projecto Casas Primeiro-AEIPS; Projecto É uma Casa- Associação Crescer; C.A.S.A- SCML; Centro de Alojamento Temporário de Xabregas; Espaço Aberto ao Diálogo- Comunidade Vida e Paz; Projecto Orientar; Centro Porta Amiga- AMI; Centro de Apoio Social de S. Bento; Unidade móvel Médicos de Mundo; Unidade móvel Ares do Pinhal; NAL de Arroios;

The Board and Staff of Midlands Simon Community and Sophia Housing, Mark Cooney Chairperson of Midlands Simon Community, Denis Doherty Chairperson of Sophia, Jean Quinn D.W, Eoghan Murphy TD Minister for Housing, Planning and Local Government, Eileen Gleeson Dublin Regional Homeless Executive, Dr Bernie O'Donoghue Hynes Head of Research Dublin Regional Homeless Executive, Paul Gilligan CEO St Patricks Mental Health Services, Crosscare Family Hub Drumcondra, Anna Liffey Drug Project, De Paul - Back Lane Hostel, Peter McVery trust - St Catherines Foyer Hostel, Councillor Daithi Doolan and the Lord Mayors Office of Dublin City Council, Keiran Butler - Regional Coordinator for Homeless services in the Midlands, Ciaran Cannon TD - Minister for the Diaspora & International Development, Antoinette Kinsella Coordinator with the Midlands Regional Drugs Task Force.

Municipality of Florence, Coordinamento Toscano Marginalità, Università di Scienze Sociali Firenze, Council of Social Workers of Tuscany, Mental Health Department, Usl Centro Toscana and ASP Montedomini

Maria Stratigaki, Vice Mayor of Athens for Social Solidarity, Welfare and Equality. Greek Housing Network (especially former President Ioanna Pertsinidou and Vice President Spyros Psychas). Eleni Katsouli, President of City of Athens Homeless Shelter. NGO PRAKSIS and especially the Day Center for Homeless (D.C.f.H.) in Piraeus. Christos Alefantis (Editor), Aimilia Douka, Dora Maslinski, Street Paper "Shedia". Nikos Gkionakis, Scientific Associate of BABEL Day Center. Dimitra Siatista, Housing Researcher/Advisor of the Alternative Minister of Social Solidarity, Ministry of Labour, Social Security and Social Solidarity. All people in homeless situation and mental distress who shared their stories with us and/or contributed in different ways to the project, i.e during study visits.

Ajuntament de Barcelona, Càritas Diocesana de Barcelona, Suara Cooperativa, Grup Sant Pere Claver, Arrels fundació. Fundació ASSIS, Sant Joan de Déu Serveis Socials, Servicios Salud Mental Madrid, Institut Català de la Salut, Ambit Prevenció Fundació, Obra Social Santa Lluisa de Marillach, Associació Sarau, Obertament, Federació Veus, Radio NiKosia, Red sin Gravedad and Projecte Sostre

Regionens Psykiatriske Gadeplansteam, Aktivitetscentret, Sundholm, Mette Marie Hjemmet, Mændenes Hjem, Hjemløseenheden, Københavns Kommune, Gadens stemmer

Rzecznik Praw Obywatelskich
Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



