# **INSTRUKCJA WDROŻENIA**

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

# **DLA JEDNOSTEK ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ,**

# **ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH,**

# **SZPITALI Z ODDZIAŁAMI GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYMI**

# **I. WSTĘP – GENEZA USŁUGI**

Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy jest produktem finalnym, opracowanym w wyniku wykonania projektu „Rodzicu, nie jesteś sam!”, realizowanego przez Gminę Miejską Kraków / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie wspólnie z Wydziałem Polityki Społeczne i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa we współpracy z organizacją pozarządową – Fundacją Instytut Rozwoju Regionalnego oraz partnerem ponadnarodowym Jugend und Sozialamt Frankfurt am Main (Frankfurt nad Menem, Niemcy), współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3. „Współpraca ponadnarodowa”, w ramach którego testowano zaprezentowane w modelu rozwiązania.

Celem działań ujętych w projekcie było rozwijanie systemu wsparcia dedykowanego kobietom w ciąży i rodzicom małych dzieci zgodnie z zasadą wczesnej pomocy. Niżej przedstawione rozwiązania modelowe, wraz z instrukcją ich implementacji, zostały wypracowane przez Zespół Ekspercki, w skład którego wchodzili przedstawiciele Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie, Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, Fundacji Instytut Rozwoju Regionalnego oraz reprezentanci jednostek ochrony zdrowia, tj. pięciu krakowskich szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi, biorących udział w testowaniu modelu. Prace Zespołu Eksperckiego prowadzono w oparciu o wyniki raportu określającego funkcjonujący system wsparcia na terenie Gminy Miejskiej Kraków oraz rozwiązań niemieckich służb socjalnych, funkcjonujących we Frankfurcie nad Menem. Publikacja „*Model wsparcia rodziców dzieci w wieku do 3 lat”* powstała w styczniu 2018 roku i stanowiła wypracowaną na bazie doświadczeń niemieckiego systemu wsparcia rodzin koncepcję implementacji w Polsce niemieckich rozwiązań, przetestowanych Krakowie w okresie od lutego do listopada 2018 roku. Publikacja „*Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy”* stanowi finalny efekt koncepcji i wskazówek do implementacji rozwiązań w Polsce, łącząc w sobie efekt analizy przyjętych rozwiązań w okresie testowania, rekomendacji krakowskich rodzin – odbiorców wsparcia, a także opinii i uwag instytucji wdrażających. Niezwykle cenne były również wnioski płynące z analizy faz testowania, w szczególności ujęte w *„Raporcie końcowym z badań porównawczych w projekcie”,* opracowanym przez Studio Badań Marketingowych Market Research Studio.

## **ADRESACI INSTRUKCJI**

Instrukcja zawiera zbiór praktycznych informacji dotyczących wdrażania modelu przez właściwe jednostki administracji publicznej (samorządu terytorialnego), organizacje pozarządowe oraz szpitale z oddziałami ginekologiczno-położniczymi.

W wymiarze docelowym instrukcja dedykowana jest:

* osobom zarządzającym jednostkami administracji publicznej, szczególnie z obszaru zdrowia, pomocy społecznej, innowacji społecznych oraz pracownikom tychże instytucji zainteresowanych budowaniem i wdrażaniem nowych rozwiązań, dążących do rozwoju warunków do tworzenia wielopłaszczyznowego, kompleksowego systemu wsparcia na rzecz osób i rodzin,
* pracownikom/pracowniczkom organizacji pozarządowych, działających na rzecz rodzin i pragnących rozwijać i upowszechniać ofertę pomocową oraz wspierać matki i ojców w realizacji ich funkcji opiekuńczo-wychowawczych.
* kadrze zarządzającej szpitalami, które dysponują oddziałami ginekologiczno-położniczymi, pielęgniarkom i położnym tychże oddziałów.

## **ELEMENTY SKŁADOWE INSTRUKCJI**

Publikacja składa się z trzech części:

* instrukcji wdrożenia modelu dla jednostek administracji publicznej,
* instrukcji wdrożenia modelu dla organizacji pozarządowych,
* instrukcji wdrożenia modelu dla szpitali.

Warto podkreślić, że niniejsza instrukcja nie jest osobnym narzędziem, definiującym sposób korzystania z modelu. Jej zadaniem jest przedstawienie użytkownikom praktycznych informacji, które ułatwią jego wdrożenie. Należy jednak zaznaczyć, że instrukcja musi być wykorzystywana łącznie z innymi dokumentami, które w sposób kompleksowy opisują metodologię świadczenia usługi. Są nimi:

* publikacja „Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy”,
* procedura wdrożenia Modelu w gminie/mieście na prawach powiatu,
* rekomendacje wdrożeniowe.

## **FILARY USŁUGI**

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

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

Istotne dla powodzenia wdrażania usługi jest położenie szczególnego nacisku na budowanie struktury sieciowej, w której pracownicy/pracowniczki profesji z zakresu ochrony zdrowia, administracji publicznej oraz organizacji pozarządowej współpracują ze sobą na rzecz rodzin. Wykorzystanie zasobów w postaci połączenia sił i doświadczeń pracowników/pracowniczek różnych instytucji i organizacji realizujących działania we wspólnym obszarze i na rzecz tej samej grupy odbiorców może wpłynąć na podniesienie jakości i skuteczności podejmowanych działań. Ponadto korzyściami wynikającymi z podjęcia współpracy międzyinstytucjonalnej są rozwój form pomocy rodzinie oraz bazowanie na wymianie wiedzy i doświadczeń pomiędzy poszczególnymi jednostkami. Współpraca międzysektorowa wiąże się z uruchomieniem zasobów, w których każdy z uczestników posiada personel zaangażowany w implementację modelu, a podział zadań pomiędzy poszczególne podmioty jest ściśle określony. Nadzór nad pracą poszczególnych osób realizujących zadania w ramach modelu pełni instytucja/organizacja, z ramienia której poszczególne osoby zostały zatrudnione. Takie podejście umożliwia podniesienie jakości i skuteczności podejmowanych działań, wpływa na rozwój różnorodnych form pomocy dedykowanych rodzinom, przyczynia się do profesjonalizacji świadczonych usług.

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

Proponowane w publikacji rozwiązania mają więc na celu:

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

## **ODBIORCY USŁUG**

Istotną cechą prezentowanej w modelu usługi jest jej **powszechność i dostępność**. Oferta pomocowa skierowana jest do wszystkich kobiet w ciąży, matek i ojców przeżywających kryzysy   
w związku z narodzinami dziecka, rodzin z małym dzieckiem (do 12. miesiąca życia), w których występują lub mogą wystąpić problemy ekonomiczne, zawodowe, emocjonalne i inne, mające wpływ na funkcjonowanie rodziny, niezależnie od jej statusu materialnego i zgłaszanych przez rodzinę trudności.

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

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

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

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

1. **Rodzice dziecka w wieku 0-12 miesięcy, w tym rodzice z niepełnosprawnością.**

W ramach tej grupy rodzice powinni uzyskać wsparcie w obszarach:

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

Ponadto, w tej grupie można wyróżnić dwie szczególne podgrupy docelowe:

1. **rodzice dziecka w wieku 0-12 miesięcy z niepełnosprawnością lub zagrożonego niepełnosprawnością**

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

* poradnictwa na temat dostępnych ofert wsparcia finansowego i pozafinansowego dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością,
* załatwiania spraw urzędowych, opieki i pielęgnacji oraz specyficznymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności dziecka,
* udzielania wsparcia emocjonalnego związanego z przeżywanymi trudnościami wynikającymi z diagnozy niepełnosprawności u dziecka,
* społeczno-ekonomicznym w zakresie m.in. bezrobocia bądź pogorszenia sytuacji finansowej w związku z koniecznością sprawowania opieki nad dzieckiem   
  z niepełnosprawnością.

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

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

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

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

# **II. INSTRUKCJA WDROŻENIA MODELU**

# **DLA JEDNOSTEK ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ**

Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy stanowi ofertę wsparcia dla kobiet/rodzin oczekujących narodzin dziecka oraz rodziców małych dzieci do ukończenia przez nie pierwszego roku życia.

W związku z założeniami modelu, szczegółowo opisanymi w publikacji „Model wsparcia kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy”, ich filarem jest budowanie systemu wsparcia w oparciu o wczesną, interdyscyplinarną pomoc. Realizacja modelu wiąże się więc z ustaleniem partnerów (jednostka administracji publicznej, organizacja pozarządowa, szpitale   
z oddziałami położniczo-ginekologicznymi), oraz skonkretyzowaniem zadań, uprawnień i obowiązków poszczególnych podmiotów.

W strukturze administracji publicznej jednostką odpowiedzialną za proces implementacji modelu jest właściwy wydział/komórka organizacyjna administracji publicznej, realizująca zadania z obszaru zdrowia/pomocy społecznej lub inna, odpowiedzialna za realizację zadań związanych z wdrażaniem nowych rozwiązań. Do niej należy przeprowadzenie autodiagnozy i na tej podstawie opracowanie koncepcji realizacji modelu, zaproszenie do współpracy szpitali oraz, jeśli jest to możliwe, wyłonienie organizacji pozarządowej w ramach otwartego konkursu ofert.

Poniższa procedura pozwala na wdrożenie modelu w rekomendowanym wariancie:

**PROCEDURA WDROŻENIA MODELU:**

1. **INICJOWANIE WDROŻENIA MODELU** 
   1. Zapoznanie się z założeniami modelu.
   2. Autodiagnoza obejmująca dokonanie analizy w obszarach:

* funkcjonującego w gminie systemu wsparcia dla kobiet w ciąży i rodziców dzieci do ukończenia pierwszego roku życia,
* zasobów infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych,
* sposobu finansowania zadań,
* zasobów personalnych oraz infrastrukturalnych gminy,
* funkcjonujących na terenie gminy organizacji pozarządowych, społecznych,
* funkcjonujących w gminie szpitali dysponujących oddziałami ginekologiczno‑położniczymi, ich liczby oraz sposobu organizacji.
  1. Opracowanie bazy realizowanych usług dedykowanych kobietom w ciąży i rodzinom   
     z małym dzieckiem.
  2. Przeprowadzenie badań odnośnie potrzeb kobiet w ciąży oraz rodziców dzieci w wieku do 12 miesięcy i opracowanie na podstawie tych badań możliwych do realizacji   
     w ramach modelu usług.
  3. Dokonanie analizy aktualnych przepisów prawnych pod kątem możliwości wdrożenia   
     i realizacji modelu. Uzyskanie deklaracji współpracy od dyrektorów szpitali z oddziałami położniczo‑ginekologicznymi.

1. **USTALENIE ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA MODELU**
   1. Ustalenie źródeł finansowania modelu i zabezpieczenie środków na realizację zadania   
      w budżecie należy do zadań jednostki administracji publicznej. Wybór ten jest zdeterminowany przez warunek określenia adresatów modelu, tj.:

* w przypadku, gdy odbiorcami wsparcia będą wyłącznie osoby/rodziny, którzy są pacjentami/pacjentkami szpitala, który przystąpił do porozumienia, i jednocześnie są mieszkańcami gminy, środki finansowe na realizację zadania należy zabezpieczyć w budżecie gminy.
* jeżeli adresatami wsparcia będą osoby/rodziny – pacjenci/pacjentki szpitala, który przystąpił do porozumienia, a jednocześnie będący/e mieszkańcami gmin ościennych, finansowanie modelu będzie odbywać się z poziomu województwa, co pozostaje w gestii Urzędów Marszałkowskich.
  1. Niezależnie od ustalonego źródła finansowania, osoba zarządzająca jednostką administracji publicznej powinna złożyć stosowne wnioski o dofinansowanie, celem zabezpieczenia środków finansowych na realizację zadania.

1. **IMPLEMENTACJA MODELU**
   1. Wybór wydziału/komórki organizacyjnej urzędu miasta odpowiedzialnej za realizację zadań związanych z wdrażaniem nowych rozwiązań.
   2. Wybranie z pozostałych podmiotów pracowników/pracowniczek odpowiedzialnych za realizację modelu (stanowiska obligatoryjne).
   3. Podjęcie decyzji o uruchomieniu stanowisk fakultatywnych – ewentualny wybór personelu.
   4. Przygotowanie dokumentacji konkursowej związanej ze zleceniem zadania publicznego.
   5. Wybór organizacji pozarządowej w otwartym konkursie ofert na realizację zadania publicznego.
   6. Zawarcie przez upoważnione osoby porozumienia określającego szczegółowe zasady współpracy pomiędzy podmiotami implementującymi model.
2. **PROMOCJA MODELU**
   1. Opracowanie i przyjęcie strategii promowania modelu.
   2. Realizacja działań promocyjnych z wykorzystaniem wielu różnorodnych kanałów komunikacyjnych.
3. **MONITORING** 
   1. Jednostką odpowiedzialną za monitorowanie procesu wdrażania modelu jest właściwa komórka urzędu miasta realizująca zadania z zakresu zdrowia publicznego.
   2. Wszystkie podmioty zaangażowane w implementację modelu są zobowiązane do przekazywania informacji dotyczących przebiegu realizacji zadań z uwzględnieniem ich harmonogramu, danych liczbowych, wydatków.
   3. Monitoring wspierany jest poprzez cykliczne spotkania pracowników odpowiedzialnych za implementację modelu z każdej jednostki, które mają służyć omówieniu przebiegu prac i modyfikacji przyjętych planów i założeń.

W strukturze administracji publicznej można wskazać, iż odpowiedzialnym za proces implementacji modelu jest właściwy wydział/komórka organizacyjna administracji publicznej, realizująca zadania z obszaru zdrowia/pomocy społecznej lub inna, odpowiedzialna za realizację zadań związanych z wdrażaniem nowych rozwiązań. Decyzja o implementacji modelu powinna być poprzedzona analizą wielu czynników, które z pewnością wpływają na płynność i efektywność tego procesu. Możemy do nich zaliczyć między innymi wielkość gminy (mała, średnia, duża gmina, miasto na prawach powiatu, powiat), specyfikę kadry pracowniczej, zasoby infrastruktury społecznej i zdrowotnej. Punktem wyjścia, umożliwiającym efektywne wdrożenie modelu, powinna być rzetelna diagnoza, pozwalająca na identyfikację możliwości implementacji opisanych rozwiązań i wybór tych elementów, które będą odpowiadać możliwościom danej gminy, stanowiąc jednocześnie adekwatną do potrzeb społeczności odpowiedź na postulaty potencjalnych odbiorców wsparcia.

Poniżej przedstawiono sugerowany wariant wdrażania modelu przez jednostki administracji publicznej oraz wskazówki zapewniające efektywność realizowanej usługi.

## **INICJOWANIE WDROŻENIA MODELU**

Punktem wyjścia, umożliwiającym efektywne wdrożenie modelu, powinna być rzetelna diagnoza, pozwalająca na identyfikację możliwości implementacji opisanych rozwiązań i wybór tych elementów, które będą odpowiadać możliwościom danej gminy, stanowiąc jednocześnie adekwatną do potrzeb społeczności odpowiedź na postulaty potencjalnych odbiorców wsparcia. Kluczowym przed podjęciem tej decyzji jest więc dokonanie analizy warunków umożliwiających realizację lub stanowiących istotną barierę w implementacji modelu, tj.

* funkcjonującego w gminie systemu wsparcia dla kobiet w ciąży i rodziców dzieci do ukończenia pierwszego roku życia, w tym opracowanie bazy usług dedykowanych kobietom w ciąży i rodzinom z małym dzieckiem,
* zasobów infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych,
* sposobu finansowania zadań,
* zasobów personalnych oraz infrastrukturalnych gminy,
* funkcjonujących na terenie gminy organizacji pozarządowych, społecznych,
* funkcjonujących w gminie szpitali dysponujących oddziałami ginekologiczno‑położniczymi, ich liczby oraz sposobu organizacji.

Zaprezentowanie koncepcji dyrektorom szpitali wraz z zaproszeniem do współpracy w zakresie udzielania wsparcia kobietom w ciąży i rodzinom z dziećmi jest kolejnym krokiem inicjującym implementację modelu.

## **IMPLEMENTACJA MODELU**

Na tym etapie do zadań realizowanych przez jednostkę administracji publicznej należy:

* wybór NGO w otwartym konkursie ofert na realizację zadania publicznego,
* zawarcie porozumienia określającego zasady współpracy między podmiotami implementującymi model,
* wybór i przygotowanie kadry do realizacji modelu – stanowiska obligatoryjne,
* podjęcie decyzji o uruchomieniu stanowisk fakultatywnych – ewentualny wybór personelu.

## **ZASOBY PERSONALNE, LOKALOWE I TECHNICZNE**

Istotne jest, aby wdrożenie modelu przeprowadzić według ściśle określonego planu, co wiąże się z wytypowaniem osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie wdrożenia i opracowanie harmonogramu kolejnych działań. Dyrektor jednostki administracji publicznej dokonuje wyboru pracownika/pracowników do realizacji modelu, którzy będą współpracować z przedstawicielami innych instytucji i wraz z nimi nadzorować przebieg realizacji modelu. Oddelegowanie pracownika/pracowników wiąże się z uzupełnieniem zakresu ich obowiązków i wprowadzenia stosownych zmian w formie pisemnej. Aby oddelegowany pracownik/ pracownicy byli przygotowani do realizacji modelu, zalecane jest przeprowadzenie spotkania, podczas którego, pracownicy, po zapoznaniu się ze stosowną dokumentacją, przedstawią pewną strategię, wizję funkcjonowania modelu w ich gminie.

Istotne jest również zorganizowanie spotkania, w którym pracownik/pracownicy jednostki administracji publicznej będą mieli szansę poznać pracowników/pracowniczki współpracującej organizacji pozarządowej oraz szpitali zaangażowanych w realizację modelu, wypracować wspólnie pewną strategię, przedyskutować ewentualne wątpliwości oraz ustalić sposób komunikacji i harmonogram działań.

Ze strony jednostki administracji publicznej, realizacja modelu nie wymaga uruchomienia specjalnych zasobów lokalowych – wymagane jest jedynie zapewnienie dla pracownika jednostki pomieszczenia wyposażonego w biurko, komputer i artykuły biurowe.

## **PROMOCJA MODELU**

Promocja modelu obejmuje:

* opracowanie i przyjęcie strategii promowania modelu,
* realizację działań promocyjnych z wykorzystaniem wielu różnorodnych kanałów komunikacyjnych.

Informacja o wdrożonym modelu powinna być szeroko rozpropagowana, tak by dotarła do jak największej grupy odbiorców/odbiorczyń. W tym celu należy wykorzystać różnego typu kanały komunikacyjne. Pomimo, iż koordynacja promocji leży po stronie organizacji pozarządowej, wszystkie instytucje realizujące model winny wspierać realizowane działania promocyjne, w tym jednostka administracji publicznej za pośrednictwem:

* **Internetu** – na stronie internetowej należy zamieścić komunikat informujący mieszkańców o możliwości uzyskania wsparcia w ramach modelu. Informacja powinna konkretnie wskazywać, dokąd należy się udać, by uzyskać wsparcie oraz jaką pomoc mogą uzyskać mieszkańcy;
* **plakaty** – informujące o możliwości uzyskania wsparcia, wraz z odniesieniem do strony internetowej, wskazujące dane kontaktowe.
* **lokalne media –** w miarę możliwości należy rozważyć informowanie mieszkańców o Modelu za pośrednictwem mediów.

Dobór kanałów komunikacyjnych stanowi wachlarz otwarty i nie zamyka się tylko na wymienionych powyżej. Wybór metod promowania Modelu, poza zasadniczymi, zależy od grupy odbiorców, do których chcemy dotrzeć oraz innych uwarunkowań, np.:

* młode osoby chętniej korzystają z portali społecznościowych i tam właśnie można zamieścić wszechstronną informację na temat wsparcia,
* rodziców małych dzieci można informować korzystając z infrastruktury miejskiej, np. żłobków, przedszkoli,
* można również korzystać ze wsparcia promocyjnego lokalnych ośrodków aktywności społecznej, tj. ośrodków zdrowia, szkół, wiejskich domów kultury.

Strategia promowania modelu powinna być opracowana na etapie planowania   
i konsekwentnie realizowana na każdym etapie jego realizacji.

## **MONITORING**

Jednostką odpowiedzialną za monitorowanie procesu wdrażania modelu jest właściwa komórka urzędu miasta realizująca zadania z zakresu zdrowia publicznego. Wszystkie podmioty zaangażowane w implementację modelu są zobowiązane do przekazywania informacji dotyczących przebiegu realizacji zadań z uwzględnieniem ich harmonogramu, danych liczbowych, wydatków. Monitoring wspierany jest poprzez cykliczne spotkania pracowników/pracowniczek odpowiedzialnych za implementację modelu z każdej jednostki, które mają służyć omówieniu przebiegu prac i modyfikacji przyjętych planów i założeń.

## **REALIZACJA I EWALUACJA MODELU**

Obejmuje etap, w którym uruchamiane jest wsparcie dla pacjentów szpitala. W tym okresie istotne z punktu widzeń zadań jednostki administracji publicznej jest gromadzenie informacji o liczbie i sposobie udzielanego wsparcia, wprowadzenie ewentualnych modyfikacji, opracowanie sprawozdań obrazujących dane liczbowe oraz rozliczanie się z otrzymanych środków/dotacji na finansowanie modelu. Dyrektor jednostki monitoruje postępy prac pod kątem ich zgodności z merytorycznym zakresem projektu oraz decyduje o wprowadzeniu modyfikacji, jeżeli zachodzi taka potrzeba.

Do zadań jednostki administracji publicznej należy również organizowanie cyklicznych spotkań z dyrektorami pozostałych podmiotów, jak również spotkań zespołu pracowników/pracowniczek instytucji/organizacji do realizacji modelu. Spotkania na poziomie strategicznym (dyrektorzy: jednostki administracji publicznej, współpracującej organizacji pozarządowej i zaangażowanych szpitali) służą omówieniu postępów realizacji zadań i podejmowaniu decyzji strategicznych w zakresie realizacji modelu – m.in. poszerzeniu kręgu podmiotów współpracujących w ramach modelu, akceptacji zmian w harmonogramie realizacji zadań, decydowaniu o ogólnym ukierunkowaniu modelu, delegowaniu zadania na poszczególnych jego etapach, zawieraniu porozumień i innych aktów formalno-prawnych oraz współpracy z mediami w zakresie promocji modelu. Uznaje się, że spotkania powinny odbywać się – w pierwszym etapie związanym z przygotowaniem do realizacji modelu nie rzadziej niż raz w miesiącu, a następnie, na etapie realizacji zadań – raz na kwartał. Spotkania zostają zaprotokołowane i podpisane przez uczestników spotkania.

Pracownicy/pracowniczki realizujący zadania modelu również spotykają się cyklicznie, a pracownikiem odpowiedzialnym za organizowanie spotkań ujętych w harmonogramie jest pracownik jednostki administracji publicznej. Spotkania te powinny odbywać się raz w miesiącu i służyć wymianie informacji, analizie trudności pojawiających się na etapie realizacji modelu i opracowaniu koncepcji ich modyfikacji, omówieniu danych sprawozdawczych i poddaniu ich analizie. Spotkania pracowników/pracowniczek są protokołowane i podpisane przez jego uczestników/uczestniczki.

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

# **III. INSTRUKCJA WDROŻENIA MODELU**

# **DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ**

**WSTĘP**

Celem wdrożenia modelu jest rozwój systemu wsparcia dla rodziców nowonarodzonych dzieci, do ukończenia przez nie 12 miesiąca życia, poprzez opracowanie i wdrożenie oferty pomocowej dla matek i ojców zgodnie z zasadą wczesnej pomocy. Wsparcie oferowane rodzinom, którym urodziło się dziecko, na terenie Polski realizowane jest w różnorodny sposób. Różnice te dotyczą zarówno zakresu działań, rodzaju oferty pomocowej, jak i czasu jego trwania. Wnioski z analizy systemu dostępnego wsparcia dla rodzin pokazują, że brak jest indywidualizacji w podejściu do trudności rodziny i dostosowaniu wsparcia adekwatnego do realnych potrzeb odbiorców i odbiorczyń. W sposób szerszy rozbudowano strukturę związaną z udzielaniem wsparcia finansowego, natomiast system pomocy pozafinansowej dla rodzin, którym urodziło się dziecko, wymaga uzupełnienia i profesjonalizacji. Proponowana w ramach modelu usługa przewodniczek/przewodników wychodzi tym oczekiwaniom naprzeciw.

### **ZASOBY PERSONALNE**

W celu efektywnego wdrożenia usługi w ramach działalności organizacji pozarządowej, warunkiem koniecznym jest zatrudnienie „przewodniczek/przewodników” – w ramach projektu, ze względu na ograniczoną formę usługi wynikającą z testowego charakteru wdrożenia, zatrudniano 2 „przewodniczki” na poziomie ¼ etatu, które pracowały dla wszystkich 5 szpitali biorących udział w projekcie.

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

W zależności od przyjętej na poziomie jednostki administracji publicznej formy wdrożenia modelu, wskazane jest również zaangażowanie:

* specjalisty/specjalistki ds. wsparcia rodzin, co umożliwi obsługę stacjonarnego punktu konsultacyjnego,
* pracownika infolinii,
* specjalistów/specjalistek wsparcia tj. np. psychologa/psycholożki, doradcę zawodowego, asystenta rodziny, pracownika socjalnego, dietetyka, pielęgniarki pediatrycznej.

Zaangażowani specjaliści/specjalistki będą zapewniać udzielanie bezpośredniego wsparcia dla kobiet/rodzin objętych usługami, a także uczestniczyć w interdyscyplinarnych zespołach, których celem jest dobór odpowiednich form pomocy oferowanych przez instytucje dla poszczególnych rodzin poprzez zbudowanie Indywidualnego Planu Wsparcia.

### **ZASOBY LOKALOWE I TECHNICZNE**

Wsparcie udzielane odbiorcom/odbiorczyniom usługi może odbywać się na terenie szpitala/oddziału (przy łóżku pacjentki lub w gabinecie przewodniczki/przewodnika) bądź też w miejscu wybranym przez odbiorcę/odbiorczynię (np. w domu rodzinnym, kawiarni). Możliwość wyboru miejsca świadczenia usługi przez jej odbiorców/odbiorczynie jest niezwykle istotne z punku widzenia możliwości zapewnienia rodzicom komfortu i odpowiedniego poziomu intymności.

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

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

Wskazane jest również wyposażenie przewodniczki/przewodnika w wizytówki (najlepiej ze zdjęciem), umożliwiające odbiorcom/odbiorczyniom nawiązanie z nimi kontaktu po opuszczeniu szpitala.

Usługa, poprzez swoją konstrukcję wymusza konieczność:

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

W celu realizacji działań związanych z koordynacją prac przewodniczek/przewodników na terenie objętym usługą, wskazane jest także zapewnienie stanowiska dla osoby wypełniającej ww. zadania. Stanowisko osoby koordynującej wsparcie powinno być wyposażone w zestaw komputerowy i artykuły biurowe, a także dostęp do linii telefonicznej, Internetu oraz drukarki.

#### **INFOLINIA I STRONA INTERNETOWA USŁUGI**

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

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

#### **ZASOBY FINANSOWE**

Znaczna część kosztów generowanych w ramach realizacji usługi realizowana jest przez organizację pozarządową, dlatego istotnym jest określenie jej możliwości finansowych niezbędnych do realizacji usługi w taki sposób, by problemy finansowe nie były przeszkodą hamującą jej funkcjonowanie lub wręcz przyczyną zakończenia działań. Niezbędne jest zabezpieczenie zewnętrznego finansowania usługi, jeżeli organizacja nie jest w stanie pokryć jej kosztów ze środków własnych. Ze względu na specyfikę wsparcia, wskazana jest współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, Narodowym Funduszem Zdrowia czy jednostkami opieki zdrowotnej w celu pozyskania środków na realizację usługi dla organizacji pozarządowej.

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

* wynagrodzenie koordynatora/koordynatorki wsparcia,
* wynagrodzenie przewodniczek/przewodników,
* koszt prowadzenia superwizji dla przewodniczek/przewodników,
* zakup sprzętu komputerowego i telefonicznego,
* zakup materiałów biurowych,
* zakup odzieży ochronnej i identyfikatora/wizytówek,
* utworzenie i utrzymanie strony internetowej usługi,
* utrzymanie łącza internetowego na potrzeby infolinii,
* koszty dojazdu przewodniczek/przewodników.

### **REKRUTACJA I SZKOLENIE PERSONELU**

Wielopoziomowość procesu rekrutacji umożliwia dogłębną analizę kompetencji  
i kwalifikacji przyszłych członków/członkiń personelu realizującego usługę. O ile w przypadku koordynatora/koordynatorki wsparcia, którzy winni posiadać standardowe doświadczenie i umiejętności, umożliwiające zarządzanie zespołem i usługami, tj.:

* min. trzyletnie doświadczenie w pracach wymagających wysokich zdolności organizacyjnych,
* bardzo dobra znajomość mediów społecznościowych, w tym ich obsługi,
* bardzo dobra obsługa komputera i Internetu oraz urządzeń biurowych,
* samodzielność – własna inicjatywa, kreatywność,
* dobra organizacja i umiejętność pracy pod presją czasu,
* umiejętność dostrzegania problemów i proponowania własnych rozwiązań,

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

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

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

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

#### **SZKOLENIE PODSTAWOWE**

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

Podczas szkolenia podstawowego powinny zostać poruszone następujące zagadnienia:

* podstawowe informacje na temat usługi,
* etapy realizacji usługi,
* obowiązek informacyjny,
* działania promocyjne,
* ochrona danych osobowych odbiorców/odbiorczyń,
* bieżący monitoring wsparcia,
* filary opracowanego modelu usługi,
* personel zaangażowany w realizację usługi i jego zadania,
* formy wsparcia usługowego i zasady jego udzielania,
* kontakt bezpośredni z odbiorcą/odbiorczynią – zasady postępowania,
* grupy docelowe, ze szczególnym uwzględnieniem różnicowania trudności w nich występujących,
* ewaluacja usług,
* podstawowe potrzeby dziecka,
* sposoby oddziaływania rodziców na rozwój dziecka,
* kultura pedagogiczna rodziców i czynniki na nią wpływające,
* modele rodziny,
* systemowe formy wsparcia rodzin w zakresie systemu opieki społecznej, zdrowotnej i systemu oświaty.

Opracowany program szkolenia dla personelu realizującego usługę wychodzi z założenia, że wiedza i umiejętności zdobyte w czasie systemowej edukacji nie są gwarantem sprawnej realizacji zadań zawodowych, co przekłada się z kolei na poziom świadczonych usług. W związku z powyższym program szkoleniowy winien zapewnić członkom personelu możliwość rozwoju kompetencji niezbędnych do świadczenia usług dla klientów.

#### **SZKOLENIA UZUPEŁNIAJĄCE**

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

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

### **KOORDYNACJA WSPARCIA**

Usługa, poprzez swoją konstrukcję wymusza konieczność koordynowania udzielanego wsparcia, w szczególności poprzez:

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

Wymiar zaangażowania personelu odpowiedzialnego za Koordynację wsparcia jest kwestią indywidualną i zależny jest od następujących czynników:

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

Szacuje się, że średni poziom zaangażowania koordynatora/koordynatorki wsparcia dla  
pięciu jednostek opieki zdrowotnej, w mieście powyżej 500 000 mieszkańców, powinien wynosić ok. 80 godzin miesięcznie. Forma zatrudnienia koordynatora/koordynatorki zależna jest od uregulowań i polityki zatrudnieniowej w organizacji.

Do obowiązków koordynatora/koordynatorki wsparcia należy:

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

Zatrudnienie koordynatora/koordynatorki wsparcia nie jest zadaniem niezbędnym do realizacji usługi, jednak znacząco ułatwia proces jej wdrożenia, dlatego też zaleca się zapewnienie takiej osoby w toku wdrażania modelu.

### **WSPARCIE BEZPOŚREDNIE**

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

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

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

#### **ŹRÓDŁA PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O USŁUDZE**

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

* personelu oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala (np. pielęgniarka, położna),
* przewodniczki/przewodnika rezydującej/rezydującego na terenie szpitala,
* strony internetowej usługi,
* infolinii,
* innych podmiotów zaangażowanych w działania promocyjno-informacyjne, np. przychodnie, położne środowiskowe, szkoły rodzenia, organizacje pozarządowe, instytucje pomocy społecznej itp.,
* mediów zaangażowanych w działania informacyjno-promocyjne, np. portale rodzicielskie, media społecznościowe, prasa lokalna.

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

* pozostawienia swoich danych kontaktowych w celu przekazania przewodniczce/przewodnikowi,
* pozyskania bezpośredniego numeru telefonu do przewodniczki/przewodnika.

Dobrym zwyczajem w przypadku rodzin, które korzystały z usług przewodniczki/przewodnika na terenie szpitala, jest telefoniczne ponowienie przez przewodniczkę/przewodnika kontaktu w formie telefonicznej po kilku, a nawet kilkunastu dniach od opuszczenia szpitala przez dziecko. Pierwsze dni po narodzinach dziecka są dla rodzin pełne emocji, wrażeń i nowych obowiązków, młodym rodzicom najczęściej brakuje wtedy czasu na przemyślenie, jakiego typu wsparcia mogą potrzebować. Ponowny kontakt pozwala biorącym udział w projekcie rodzinom poczuć się otoczonymi troskliwą opieką, jednocześnie dając czas na zastanowienie się i bliższe określenie swoich potrzeb.

#### 

#### **WSPARCIE PRZEWODNICZKI/PRZEWODNIKA**

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

Do podstawowych obowiązków przewodniczek/przewodników należą:

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

Przewodniczki/przewodnicy świadczą swoje usługi w zakresie i czasie określonym w umowie, w dni powszednie (rozpiętość godzinowa od 8-20), elastycznie, w zależności od zdiagnozowanych potrzeb uczestniczek/uczestników otrzymujących wsparcie. Ze względu na konieczność zapewnienia dostępności do usługi dla wszystkich zainteresowanych osób, powinno się zapewnić dostępność przewodniczki/przewodnika na terenie oddziału szpitalnego minimum 5 dni w tygodniu. Jest to związane z faktem, że kobiety rodzące zazwyczaj przebywają na oddziale położniczym przez okres 3 dni, co wynika ze standardów opieki okołoporodowej, w związku z czym przerwa w dyżurach „przewodniczek” dłuższa niż 3 dni nie pozbawiłaby niektórych zainteresowanych możliwości skorzystania z pomocy.

W przypadku nieobecności przewodniczki/przewodnika, spowodowanej chorobą, planowanym urlopem czy innymi okolicznościami uniemożliwiającymi odbycie dyżurów w szpitalach, powinny one/oni informować o tym fakcie zarówno organizację, jak i szpital, w którym dyżur nie może się odbyć z uwagi na ich nieobecność. W takiej sytuacji organizacja powinna dążyć do ustanowienia zastępstwa na czas nieobecności przewodniczki/przewodnika. W przypadku krótkotrwałych nieobecności, kontakt z rodziną zainteresowaną usługą może nastąpić telefonicznie, w terminie późniejszym.

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

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

* stworzyć atmosferę do rozmowy nie okazując emocji, które mogą tworzyć dystans,
* kierować się wyrozumiałością, cierpliwością i zrozumieniem problemów rodziny,
* prowadzić rozmowę w sposób naturalny,
* unikać komunikatów oceniających mogących zrazić rozmówcę.

Celem przygotowania dobrego podłoża pod rozmowę należy:

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

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

#### **ROZMOWA INFORMACYJNA**

W przypadku rodzin/odbiorców/odbiorczyń, które wyraziły chęć kontaktu   
z przewodniczką/przewodnikiem, a potrzebują jedynie podstawowych informacji, np. w zakresie procesu rejestracji urodzin dziecka, nie ma konieczności opracowywania Indywidualnego Planu Wsparcia. Przewodniczka/przewodnik, w celu udokumentowania wykonania takiej usługi, odnotowuje ją w rejestrze wsparcia doraźnego, zawierającego jedynie podstawowe dane dot. usługi: datę, czas trwania, miejsce udzielenia wsparcia (zazwyczaj jest to oddział szpitalny) oraz jej tematykę. Dane osób, które otrzymały wsparcie doraźne, nie powinny być ewidencjonowane, ze względu na brak konieczności ich gromadzenia.

#### **INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA – OPRACOWANIE, WDROŻENIE I EWALUACJA**

W przypadku, w którym rodzina/odbiorca/odbiorczyni wsparcia wymaga, poza rozmową informacyjną, nawiązania długofalowej współpracy z przewodniczką/przewodnikiem, np. chciałaby skorzystać z różnorakich form wsparcia oferowanych przez system opieki zdrowotnej czy społecznej, a potrzebuje pomocy w uzyskaniu dostępu do nich, konieczne jest opracowanie Indywidualnego Planu Wsparcia.

W przypadku sporządzania Indywidualnego Planu Wsparcia, konieczne jest również pozyskanie oświadczenia o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych odbiorcy/odbiorczyni wsparcia oraz innych niezbędnych oświadczeń, jeśli np. forma finansowania usługi (środki jednostki administracji publicznej, środki unijne) tego wymaga.

Przewodniczka/przewodnik, podczas rozmowy z osobą zainteresowaną wsparciem przeprowadza wywiad, zmierzający do dokładnej identyfikacji potrzeb i określenia niezbędnych form wsparcia. Na podstawie wywiadu, wspólnie z osobą zainteresowaną, tworzony jest Indywidualny Plan Wsparcia, w oparciu o który prowadzona jest dalsza praca z osobą otrzymującą wsparcie.

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

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

Do zadań przewodniczki/przewodnika należy również okresowa i końcowa ewaluacja Indywidualnego Planu Wsparcia, mająca na celu jego aktualizację i ocenę jego skuteczności. Indywidualny Plan Wsparcia powinien być aktualizowany w zależności od zmieniających się potrzeb osób otrzymujących wsparcie, jednakże nie rzadziej niż raz na 3 miesiące gdyż sytuacja i poziom zabezpieczenia potrzeb młodych rodzin zmienia się dynamicznie, szczególnie w okresie do 12 miesięcy od urodzenia się dziecka.

Ze względu na konieczność zachowania obiektywizmu w trakcie oceny, ewaluacja udzielonego wsparcia, znajduje się w ramach obowiązków koordynatora/koordynatorki wsparcia.

#### 

#### **ZASADY PRACY Z RODZINAMI**

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

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

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

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

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

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

* **akceptacja klienta** - oparta na zasadach poszanowania godności, tolerancji, swobody wyboru wartości i celów życiowych,
* **indywidualizacja i podmiotowe podejście do każdego klienta** – oparta na niepowtarzalnej osobowości jednostki, z jego prawami i potrzebami,
* **zasada współodpowiedzialności za proces zmiany** - odpowiedzialność ponosi zarówno przewodniczka/przewodnik, jaki rodzina i poszczególni jej członkowie/członkinie,
* **zasada neutralności i obiektywizmu** - oparta na profesjonalnej wiedzy i rozpatrywaniu każdej sytuacji, niedokonywanie osądów podczas analizy sytuacji, poszukiwanie przyczyn i sposobów rozwiązań istniejącego problemu niezależnie od poglądów i postaw przyjmowanych przez osoby pomagające,
* **zasada ograniczonego zaangażowania emocjonalnego** – niedopuszczalne jest zarówno spoufalanie się, litowanie się nad klientem, jak i nadmierny dystans i chłód,
* **zasada samostanowienia klienta** - uznanie prawa klienta do wolności, prawo do popełniania błędów i odpowiedzialności za swoje życie,
* **zasada udostępniania zasobów** - aktywne poszukiwanie możliwości zaspokajania potrzeb,
* **zasada dobra rodziny i poszczególnych jej członków** – uwzględnienie  
  w postępowaniu pomocowym korzyści poszczególnych członków rodziny.

#### **WSPARCIE DLA PRZEWODNICZEK/PRZEWODNIKÓW – SUPERWIZJE**

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

W związku z powyższym dobrą praktyką, a właściwie koniecznością, jest umożliwienie przewodniczkom/przewodniczkom korzystania ze wsparcia superwizyjnego. Podczas superwizji analizowane są kwestie merytoryczne i osobiste trudności osób świadczących wsparcie, występujące w toku pracy z odbiorcami/odbiorczyniami wsparcia. Oczywistą korzyścią zawodową, jaką przynosi superwizja, jest uzyskanie, dzięki ponownej analizie przypadku, dokonanej z udziałem obiektywnych osób, lepszego wglądu w przyczyny trudności pojawiających się w pracy. Otrzymana informacja zwrotna pozwala na uzyskanie nowej, szerszej perspektywy oraz świeżego spojrzenia na pojawiające się trudności. Wpływa to w sposób wymierny na efektywność wykonywanej pracy i przeciwdziała wypaleniu zawodowemu.

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

* superwizji indywidualnej,
* superwizji grupowej.

W przypadku przyjęcia formy superwizji grupowej, spotkania powinny odbywać się w stałej, niewielkiej grupie. Superwizja, niezależnie od jej formy, powinna być realizowana w sposób cykliczny, spotkania nie powinny odbywać się rzadziej niż raz w miesiącu.

Prawidłowo prowadzona superwizja umożliwia:

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

### **BIEŻĄCY MONITORING PROCESU WSPARCIA**

Wdrażana usługa powinna być na bieżąco monitorowana i poddawana okresowej ewaluacji. Literatura wskazuje wiele metod pomiarów procesów. Każda organizacja winna dobrać system pomiarów odpowiedni do jej charakteru, przy czym należy pamiętać, że pomiar tylko ilościowy nie pozwoli uzyskać pełnego obrazu funkcjonowania procesu – winien być on skonfrontowany   
także z pomiarem jakości realizacji usługi. Z powyższego jasno wynika, że w toku oceny niezbędne jest zbieranie nie tylko danych ilościowych, ale i jakościowych.

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

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

Poprawnie wykonany pomiar i wnikliwa obserwacja usługi pozwoli uzyskać obraz:

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

Monitoring nie odnosi się tylko do kwestii zasobów personalnych. Umożliwia on także weryfikację m.in. zasobów lokalowych, technicznych, informatycznych a co za tym idzie również finansowych. Istotne znaczenie dla procesu nadzoru ma przekazywanie informacji zwrotnej, zarówno negatywnej, jak i pozytywnej na temat wykonywanej pracy. W przypadku informacji negatywnej, przewodniczka/przewodnik ma możliwość natychmiastowej reakcji i wdrożenia działań korygujących, a w przypadku uzyskania informacji pozytywnej, możliwa jest budowa pożądanego, korzystnego wzorca zachowania.

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

Organizacja pozarządowa powinna prowadzić zbiór dokumentacji odpowiedniej dla danej rodziny.

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

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

Rejestr obejmować będzie następujące dokumenty:

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

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

Każdy wytworzony dokument winien posiadać podpis osoby, która go sporządziła. Dokumenty tworzone w ramach pracy z rodziną winny być dodatkowo opatrzone podpisem członka rodziny, któremu udzielono wsparcia.

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

## **DZIAŁANIA PROMOCYJNE**

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

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

Koordynacja działań promocyjnych leży po stronie organizacji finansującej lub organizacji pozarządowej, w zależności od przyjętych zasad współpracy. Podmiot ten powinien zaopatrzyć znajdujące się na terenie objętym usługą podmioty wspierające promocję usługi w niezbędne do tego materiały, w tym w szczególności:

* plakaty**,** które powinny zawierać mocny akcent, jasno komunikujący o wdrażanej usłudze, jej charakterze oraz grupie docelowej, do której jest kierowana. W odróżnieniu od strony internetowej, plakat nie jest przede wszystkim nośnikiem treści, ale winien wzbudzić zainteresowanie proponowaną usługą, której szeroki opis publikowany jest na stronie internetowej.
* ulotki, które – podobnie jak plakat – powinny zawierać mocny akcent, jasno komunikujący o wdrażanej usłudze oraz o grupie docelowej, do której ta jest kierowana, w taki sposób, aby zachęcały do wzięcia ich do ręki i zapoznania się z treścią. W przeciwieństwie do plakatu, ulotki powinny zawierać również kluczowe informacje na temat usługi i jej zakresu oraz zaproszenie do zapoznania się z pełną informacją, znajdującą się na stronie internetowej usługi.

Podmiot koordynujący działania promocyjne winien również zabezpieczyć odpowiednią prezentację projektu w Internecie. Informacje zachęcające do wdrażania nowej usługi powinny pojawić się na stronach internetowych wszystkich instytucji i organizacji wdrażających model, a także na stronach internetowych podmiotów współpracujących. Przekaz zamieszczony na stronach internetowych powinien nie tylko zawierać skonkretyzowane, suche informacje dot. grupy docelowej, charakteru usługi oraz możliwości z niej skorzystania, ale także przybierać atrakcyjną formę graficzną. Pożądane jest wykorzystanie elementów ocieplających wizerunek usługi i personelu ją świadczącego, przykładowo:

* studium przypadku zakończonego sukcesem,
* sylwetki personelu (wraz z publikacją jego wizerunku),
* opinie rodziców (wraz z publikacją ich wizerunku).

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

* blogów poruszających tematykę rodzicielstwa,
* portali mikrokomunikacyjnych,
* sieci społecznościowych,
* podcastów.

Wykorzystanie tychże warunkuje dotarcie do pożądanej grupy odbiorców, wśród których dominują osoby należące do pokolenia aktywnie korzystającego z mediów społecznościowych, a także ułatwia wykorzystanie tzw. marketingu szeptanego, poprzez ułatwienie odbiorcom informacji dzielenia się nią, np. poprzez jej udostępnianie na własnych profilach i kontach. Właściwe wykorzystanie narzędzia, jakim jest marketing szeptany, w dużej mierze zaspokaja potrzebę wdrażania działań promocyjnych na dalszym etapie realizacji usługi (w okresie ugruntowania się usługi w środowisku młodych rodziców).

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

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

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

# **IV. PROCEDURA POSTEPOWANIA DLA SZPITALI,**

# **OD MOMENTU PRZEKROCZENIA ICH BRAM PRZEZ POTENCJALNYCH UCZESTNIKÓW, AŻ DO ZAKOŃCZENIA UDZIELANEGO PRZEZ NIE WSPARCIA**

**SŁOWNICZEK**

1. instytucja wdrażająca – szpital z oddziałem ginekologiczno-położniczy;
2. realizator – organizacja pozarządowa lub inny podmiot bezpośrednio świadczący usługę.

**POTENCJALNI UCZESTNICY PROGRAMU:**

* pacjentki zgłaszające się do izby przyjęć szpitala przed porodem lub ze stwierdzoną ciążą obumarłą,
* pacjentki przebywające na oddziale ginekologiczno-położniczym szpitala, na odcinku patologii ciąży,
* rodzice dzieci przywiezionych do oddziału neonatologicznego – intensywna terapia   
  i patologia noworodka.

**OKREŚLENIE WARUNKÓW NIEZBĘDNYCH DO PRAWIDŁOWEGO WDROŻENIA MODELU NA TERENIE PLACÓWKI MEDYCZNEJ**

1. Instytucja wdrażająca wydziela, na potrzeby działań prowadzonych przez przewodniczki/przewodników, osobne pomieszczenie umożliwiające świadczenie usługi z poszanowaniem prywatności odbiorców.
2. Instytucja wdrażająca, w celu zapewnienia ciągłości kontaktu z odbiorcami wsparcia   
   oraz ciągłości świadczenia usługi, umożliwia swobodne poruszania się przewodniczek po oddziale ginekologiczno-położniczym, z zastrzeżeniem pomieszczeń służących wyłącznie do przeprowadzania procedur medycznych oraz sal szpitalnych w trakcie przeprowadzania badań lekarskich i zabiegów pielęgnacyjnych.

### **OKREŚLENIE POTRZEB KADROWYCH**

1. Instytucja wdrażająca, w porozumieniu z Realizatorem, ustala zapotrzebowanie placówki na świadczone usługi, określając pożądaną liczbę personelu Realizatora, wymiar czasu pracy oraz system czasu pracy.
2. Wymienione w pkt. 1 zaangażowanie określane jest na podstawie historycznych danych (ostatnie 5 lat kalendarzowych), obejmujących średnią liczbę rodzących w przedziale tygodniowym, miesięcznym i rocznym, średnią długość pobytu rodzących na oddziale   
   i uwzględniających okresowe wzrosty liczby porodów.

### **OKREŚLENIE POTRZEB INFRASTRUKURALNYCH I TECHNICZNYCH**

1. Pomieszczenie, o którym mowa w § …. pkt. 1 winno znajdować się na oddziale ginekologiczno-położniczym lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie i być wyposażone   
   w dostęp do Internetu i drukarki. Aby zapewnić ciągłość pracy specjalistów/specjalistek, zgodnie z oczekiwaniami uczestników/uczestniczek projektu, należałoby zrezygnować z zatrudniania pojedynczych osób realizujących wsparcia zgodnie z kompetencjami tj. dietetyka, psychologa, itp. na rzecz budowania sieci współpracy w ramach instytucji, które już istnieją na terenie Krakowa.
2. Instytucja wdrażająca zapewnia przewodniczkom/przewodnikom wymagany na jej terenie strój ochronny.

### **OKREŚLENIE POTRZEB PROMOCYJNYCH**

1. Plakaty – na terenie szpitala, w miejscach wyznaczonych do dystrybucji materiałów informacyjnych, powinny znajdować się plakaty informujące o usłudze wraz z wyraźnie zaznaczonym odnośnikiem do kontaktu oraz stroną internetową projektu.
2. Ulotki informacyjne– zawierające podstawowe informacje o programie (dla kogo jest przeznaczony, jakie wsparcie można otrzymać, program jest bezpłatny, kontakt, strona internetowa).

### **OKREŚLENIE POTRZEB SZKOLENIOWYCH, Z UWZGLĘDNIENIEM TRZECH GRUP OSÓB ZAANGAŻOWANYCH W REALIZACJĘ PROJEKTU:**

#### Pracownicy gminy - pracownicy socjalni,

#### Pracownicy szpitala, z uwzględnieniem pracowników pierwszego kontaktu (pielęgniarka, położna, etc.),

Szkolenie koordynatora w zakresie:

* funkcjonowania programu,
* przekazywania danych osobowych pacjentek przewodniczce/przewodnikowi, zgodnie z RODO,
* prowadzenie dokumentacji niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania programu

#### **PRZEWODNICZKI**

Instytucja wdrażająca zapewnia przewodniczkom/przewodnikom przeszkolenie z zakresu obowiązujących na jej terenie procedur dotyczących:

* + bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bezpieczeństwa ppoż,
  + zapobiegania zakażeniom szpitalnym,
  + postępowania z odpadami,
  + ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa informacji,
  + innych niezbędnych do realizacji usługi na terenie instytucji.