



Część 2
ASYSTENTKA DO SPRAW ZDROWIENIA

**MODEL WSPÓŁPRACY ASYSTENCKIEJ Z KOBIETAMI
ZAGROŻONYMI BEZDOMNOŚCIĄ I DOŚWIADCZAJĄCYMI
BEZDOMNOŚCI ULICZNEJ**

Fundacja Daj Herbatę
Warszawa 2023

Tekst i opracowanie merytoryczne – Marta Mikołajczyk
Studium przypadku – pani C – Agnieszka Jaskulska
Koncepcja modelu – Agnieszka Jaskulska, Marta Mikołajczyk
Opracowanie graficzne – Katarzyna Nicewicz
Zdjęcia - Agnieszka Jaskulska

Spis treści

MODEL WSPÓŁPRACY ASYSTENCKIEJ Z KOBIETAMI ZAGROŻONYMI BEZDOMNOCIĄ I DOŚWIADCZAJĄCYMI BEZDOMNOŚCI ULICZNEJ.....	1
Spis treści.....	3
Kompetencje asystentki do spraw poprawy stanu zdrowia kobiet w kryzysie bezdomy i zagrożonych nią	5
Rola asystentek w udzielanym wsparciu	7
Zadania wynikające z asystentury	9
Zarządzanie ryzykiem	12
Korzystanie z opieki zdrowotnej i opisy przypadków	15
Bibliografia	21



AUTOR INNOWACJI

Fundacja Daj Herbatę



INKUBATOR

Włacznik Innowacji Społecznych



LIDER PROJEKTU

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu



Województwo Wielkopolskie



PARTNERZY PROJEKTU

Województwo Zachodniopomorskie



Stowarzyszenie na Rzecz Spółdzielni Socjalnych

Model powstał jako efekt testowania innowacji społecznej WłączaMY KobieTY w ramach inkubatora „Włacznik Innowacji Społecznych” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). Oś priorytetowa: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie: 4.1 Innowacje społeczne.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Kto?

Kompetencje asystentki do spraw poprawy stanu zdrowia kobiet w kryzysie bezdomności i zagrożonych nią

Wdrażając asystenturę do spraw poprawy stanu zdrowia kobiet w kryzysie bezdomności i zagrożonych nią przyjęliśmy, że praca z naszymi klientkami będzie realizowana wyłącznie przez kobiety. Decyzja ta była podyktowana komfortem beneficjentek. Śledząc ich historie zauważyliśmy, że część z nich pochodziła ze środowisk niewydolnych wychowawczo. Ich związki z partnerami bywały niestabilne i przemocowe. Projekt, do którego zostały zaproszone, choć koncentrujący się przede wszystkim na dbałości o zdrowie, dawał też możliwość zadbania o swój wygląd, rozwijania zainteresowań oraz pracy psychoterapeutycznej. Uznałyśmy, że prowadzenie takich aktywności przez kobiety będzie bezpieczniejsze i stworzy warunki do poznawania i uważniania siebie.

Płeć nie może być jedynym kryterium doboru asystentki. W literaturze dotyczącej pracy socjalnej czy asystentury rodziny wymienia się m.in. umiejętności metodologiczne, społeczne, związane ze stosowaniem wiedzy z zakresu prawa, wskazywania kompetentnych instytucji pomocowych, menadżerskie, podejmowania decyzji i szybkiej interwencji socjalnej, stosowania w praktyce wiedzy naukowej, wykorzystywania zdobyczy techniki czy korzystania z obcojęzycznej literatury (Krucz 2002).

Nam bliskie jest spojrzenie na kompetencje asystentek do spraw zdrowienia poprzez analogię do wymagań stawianych asystentom rodziny. Opierając się na typologii umiejętności opracowanej przez Monikę Kornaszewską-Polak przyjmujemy, że do kluczowych należą:

- osobowościowe – w tym: autentyczność, otwartość, wiara w możliwości zmiany, ciepło, pozytywne nastawienie;
- poznawcze – wykształcenie i wiedza z zakresu m.in.: psychologii, pedagogiki, pracy socjalnej, zagadnień prawnych;
- motywacyjno-emocjonalne – umiejętność regulowania własnych emocji, stosowanie metody małych kroków, skuteczne do
- wychowawcze – ustalanie granic, stawianie wymagań, wyznaczanie odpowiedzialności (Kornaszewska-Polak 2016).

Powyższą listę należy uzupełnić o umiejętności:

- pracy w stresie,
- znajomości sieci placówek pomocowych, w tym zorientowanych na opiekę zdrowotną i rozwijaniem z nimi współpracy,
- negocjacji,
- znajomości podstaw psychopatologii,
- orientacji w przepisach prawa regulujących m.in. kwestie pomocy społecznej i ubezpieczeń społecznych.
- chodzenie do zmian;
- komunikacyjne – w tym słuchanie, empatyzowanie, parafrazowanie;
- organizacyjne – wyznaczanie zadań, pośredniczenie pomiędzy klientkami a instytucjami;

Z naszych doświadczeń wynika także, że asystentki powinny być osobami cierpliwymi, odpowiedzialnymi, szanującymi prawo klientek do samostanowienia, a jednocześnie zorientowanymi na osiągnięcie zakładanych celów.

Z naszej praktyki - Na etapie przygotowywania się do pracy z kobietami w kryzysie bezdomności warto, żeby asystentka zadała sobie aktualizujące pytania, na przykład:

Sprawdź:

- Czy Twoją mocną stroną jest praca w grupie czy praca indywidualna?
- W jakim obszarach i tematach masz największe doświadczenie i wiedzę?
- Jakie są Twoje mocne i słabe strony pod kątem obszarów pracy w projekcie?
- Czy interesujesz bądź pracowałeś w obszarze związanym z szeroko pojętym zdrowiem i edukacją prozdrowotną?
- Czy odczuwasz bądź masz jakieś bariery bądź obawy związane z pracą z osobami w kryzysie bezdomności?
- Czy masz dostateczną wiedzę i informacje na temat kryzysu bezdomności i kobiet w kryzysie bezdomności?

Zadbaj o:

- swoje granice osobiste (które beneficjentki mogą próbować przekraczać bądź naruszać);
- jasne określenie obszarów pracy, w których czujesz się najlepiej i masz największe kompetencje (to da Ci poczucie bezpieczeństwa);
- jasne wyrażanie swoich potrzeb i obaw w zespole.

Asystentko, bądź cierpliwa i akceptująca zarówno wobec beneficjentek, jak i samego procesu przebiegu projektu.

Po co?

Rola asystentek w udzielanym wsparciu

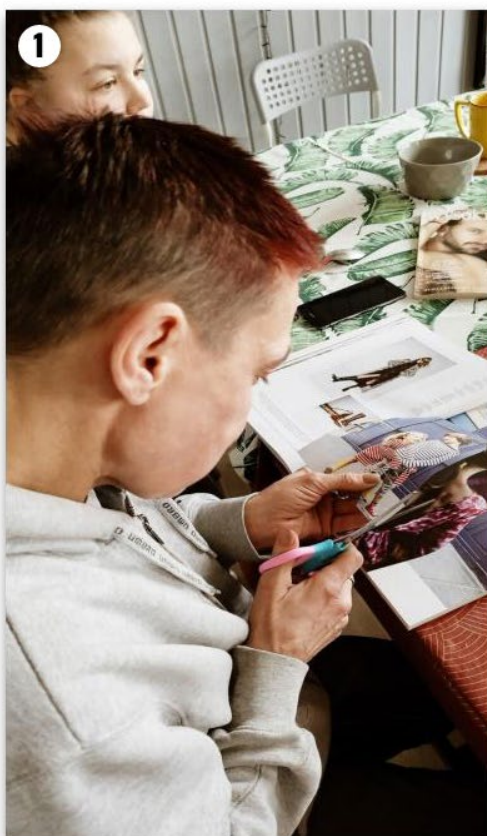
Pierwowzorem proponowanego przez nas modelu jest realizowana w Polsce od ponad dwóch dekad asystentura rodziny (Krasiejko 2016). Tym, co łączy oba działania jest podejście do klientek zakładające niedyrektywny sposób współpracy, szanujący ich indywidualność, podkreślanie zasobów i dążenie do określonego, wspólnie sprecyzowanego celu.

Asystowanie rozumiemy jako towarzyszenie, ale nie wyręczanie. Asystentka jest więc kimś, kto podąża obok klientki i motywuje ją do podejmowania kroków zmierzających do poprawy stanu jej zdrowia i funkcjonowania społecznego.

Rolą asystentki jest przede wszystkim wytworzenie relacji opartej na zaufaniu. Uznajemy je za kluczowy warunek powodzenia asystentury. Kobiety doświadczające bezdomności lub zagrożone nią, miewają (co zrozumiałe) opór przed szczerym mówieniem o sobie. Większość z nich prawdopodobnie szybciej poprosi o posiłek lub odzież, niż o możliwość pójścia do lekarza. Asystentka ma być kimś bezpiecznym, pewnym, do kogo można się zwrócić w trudnej sytuacji, bez poczucia dyskomfortu.

Współpraca klientki i asystentki powinna dążyć do minimalizowania skutków doświadczania bezdomności, reagowania na kryzysy, wreszcie do poprawy jakości życia wspomaganą osobą.

Zdjęcia 1-3. Organizacja czasu wolnego



Co?

Zadania wynikające z asystentury

Przedstawiamy tu model dotyczy pracy z kobietami w kryzysie bezdomności i zagrożonych nią w trzech obszarach: dbałości o zdrowie, dbałości o wygląd i zagospodarowania czasu wolnego/rozwoju zainteresowań. Obszary te warunkują zadania podejmowane przez asystentki. Najważniejsze z nich prezentuje poniższa tabela.

Tabela 1. Zadania asystentek

Dbanie o zdrowie	<ul style="list-style-type: none">• rozpoznanie stanu psychofizycznego użytkowniczek,• rozpoznanie możliwości korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej, w razie potrzeby pomoc w uzyskaniu uprawnień do niej,• informowanie o przysługujących prawach,• motywowanie do podejmowania działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia,• prowadzenie psychoedukacji w zakresie dbałości o zdrowie,• organizowanie spotkań, warsztatów na temat edukacji prozdrowotnej,• pomoc w umawianiu wizyt lekarskich, udostępnianie narzędzi do samodzielnego umawiania wizyt przez użytkowniczki, zachęcanie do samodzielnego umawiania wizyt,• przypominanie klientkom o umówionych wizytach,• prowadzenie karty monitorującej stan zdrowia,• towarzyszenie beneficjentkom podczas wizyt u lekarzy,• monitorowanie stanu zdrowia użytkowniczek,• pomoc w stosowaniu się do zaleceń lekarzy,• jeśli to konieczne, stwarzanie warunków do skorzystania z konsultacji psychoterapeutki lub terapeutki uzależnień.
Dbanie o wygląd	<ul style="list-style-type: none">• rozpoznanie potrzeb użytkowniczek w zakresie dbania o siebie,

	<ul style="list-style-type: none"> • udostępnienie warunków do umycia się, • rozdawnictwo kosmetyków i środków czystości na zasadzie uzupełniania (refill), w tym ich zakup, • stwarzanie możliwości do skorzystania z usług fryzjerki, kosmetyczki, • prowadzenie spotkań/ dyżurów dla kobiet, prowadzonych przez kobiety, podczas których można umyć się, uprać, wysuszyć, naprawić swoje ubranie, • motywowanie do dbania o siebie.
<p>Czas wolny / rozwój zainteresowań</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozpoznanie zainteresowań użytkowniczek, • podkreślanie ich potencjału, talentów, mocnych stron, • inicjowanie i prowadzenie zajęć z zakresu DIY (np. decupage, ozdabianie świec, kolaże), • zachęcanie klientek do proponowania tematyki zajęć, a optymalnie do ich prowadzenia, • upowszechnianie powstałych tworów (także w mediach społecznościowych), • stwarzanie możliwości do uczestnictwa w zajęciach organizowanych poza organizacją, jako forma społecznego włączania.

Należy zwrócić uwagę, że każdy obszar opiera się na rozpoznaniu potrzeb i możliwości użytkowniczek. Uważamy to za podstawę asystentury, którą rozumiemy, jako usługę „szytą na miarę”, czyli dostosowaną do aktualnej sytuacji każdej klientki. Jednocześnie, za kluczowe uznajemy (wspomniane wcześniej) budowanie zaufania, akceptację decyzji i wyborów beneficjentek.

Zdjęcia 4-7. Spotkanie z kosmetyczką i fryzjerką



Ponadto, zadaniami asystentek są:

- rozwijanie swojej wiedzy i umiejętności,
- systematyczny udział w interwizjach i superwizjach,
- prowadzenie niezbędnej dokumentacji,
- nawiązywanie współpracy z lokalnymi podmiotami (organizacjami, instytucjami) i budowanie sieci usług,
- przeciwdziałanie stereotypom na temat bezdomności, m.in. poprzez upowszechnianie efektów prowadzonej asystentury.

Co może pójść nie tak?

Zarządzanie ryzykiem

Wdrożenie opisywanej tu asystentury nie jest wcale łatwe. Trzeba pamiętać, że dedykowana jest ona kobietom znajdującym się w skrajnie trudnej sytuacji życiowej, czasami zaniedbanymi emocjonalnie, będącymi w przemocowych związkach, nie posiadającymi własnego dachu nad głową, itd. Wielość problemów może sprawić, że asystentki będą narażone na ryzyko wypalenia zawodowego, zniechęcenia i zmęczenia.

Z naszego doświadczenia bardzo istotne jest zadbanie przez organizację, wprowadzającą asystenturę o system i narzędzia wspierające asystentki zarówno w obszarze merytorycznym jak i psychologicznym.

Rekomendujemy:

- regularne spotkania zespołu dwa razy w miesiącu w celu omówienia sukcesów, trudności i podzielenia się własnym doświadczeniem i wsparciem;
- zewnętrzne superwizje;
- w czasie spotkań zespołu praca z kartami do pracy z osobistymi granicami (w celu zadbania o ich nieprzekraczalność).

Przedstawiamy tu przykłady kilku głównych, napotkanych przez nas trudności wraz ze sposobami ich rozwiązania. Zaznaczamy jednak, że należy je traktować jako inspirację, a nie jako jedyne możliwe wyjście.

Brak zainteresowania dbałością o zdrowie, niechęć (opór) do pracy nad sobą

Opis sytuacji: początkową motywacją użytkowniczek do wzięcia udziału w innowacji może wcale nie być potrzeba zadbania o zdrowie. O wiele ważniejsze może być zjedzenie ciepłego posiłku, otrzymanie pomocy rzeczowej czy zrobienie prania.

Rozwiązanie - z naszej praktyki - pracując z naszymi beneficjentkami uznałyśmy, że nie będziemy na siłę umawiać ich do lekarzy. Gdyby tak się stało, nasze działanie nie mogłoby być nazwane asystenturą. Zamiast tego, postanowiłyśmy zająć się drugim i trzecim obszarem wsparcia i stopniowo dodawać treści związane ze zdrowiem. Co ważne, to właśnie spotkanie z kosmetyczką czy fryzjerką były dla niektórych kobiet skuteczną zachętą by zacząć dbać o siebie (przykładowo, duże zainteresowanie wśród uczestniczek wzbudziły wiadomości o wpływie hormonów na cerę, włosy czy wydzielany zapach).

Ponadto, spotkania w gronie kobiet prowadzone przez kobiety stopniowo zachęcały do mówienia o sobie, stwarzały atmosferę bezpieczeństwa, pozwalały na budowanie zaufania. Dzięki temu, po jakimś czasie, asystentki zaczęły być postrzegane jako osoby, które „chcą dla nas dobrze”, a propozycje umawiania wizyt do lekarzy były przyjmowane z coraz większą aprobatą.

Obserwowana przez nas początkowa niechęć klientek do pracy nad sobą nie mogła spotykać się z naszą dyrektywnością. Choć niejednokrotnie wiedziałyśmy, co będzie dla danej osoby dobre, nie mogłyśmy narzucać swojego zdania. Pracowałyśmy za to w oparciu o założenia Dialogu Motywującego, szanując jej wątpliwości, zostawiając wybór, ale ukazując korzyści i straty wybranego rozwiązania.

Brak dokumentów uprawniających do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej

Opis sytuacji: może się zdarzyć, że niektóre beneficjentki nie będą miały ani dokumentów (dowodu osobistego, świadectw pracy, aktów urodzenia dzieci, itp.), ani wiedzy na temat przysługujących im praw. Klientki mogą nie wiedzieć, do kogo się zwrócić w sprawie ubezpieczenia, niektóre mogą umieć jedynie podpisać się.

Rozwiązanie - z naszej praktyki - oczywistym rozwiązaniem wydaje się... po prostu uzyskanie/skompletowanie brakujących dokumentów. W praktyce nie jest to jednak proste. Tutaj niezbędna okazuje się cierpliwość asystentek i ich wiedza z zakresu ubezpieczeń społecznych czy pomocy społecznej. W przypadku FDH, asystentki poszukiwały zaginionych świadectw pracy w archiwach, towarzyszyły klientkom w wypełnianiu wniosku o wydanie dowodu osobistego czy o przyznanie emerytury, umawiały spotkania z pracownikiem socjalnym (kobietą) z OPS. Ważnym działaniem było też motywowanie uczestniczek do współpracy w tym zakresie, uspokajanie, gdy trzeba było czekać na decyzje, a przede wszystkim pokazywanie korzyści płynących z uregulowania spraw urzędowych. W sytuacji braku możliwości skorzystania

z bezpłatnej opieki zdrowotnej, korzystałyśmy ze środków finansowych przeznaczonych na wizyty komercyjne. Warto uwzględnić je w planowanym budżecie.

Konflikty pomiędzy uczestniczkami

Opis sytuacji: pracując z klientkami trzeba być przygotowanym na możliwe napięcia i konflikty interpersonalne. Uczestniczki zajęć mogą być zarówno wycofane, jak i nadpobudliwe. Każda z nich ma za sobą trudną historię, która doprowadziła do obecnej, skrajnie trudnej sytuacji życiowej. Beneficjentki mogą używać wulgarnego języka albo milczeć. Mogą także kłócić się pomiędzy sobą.

Rozwiązanie - z naszej praktyki - pojawiające się konflikty bez wątpienia utrudniały prowadzenie zajęć z trzeciego bloku. Traktowałyśmy je jednak jako nieodłączny element kształtowania się interakcji pomiędzy beneficjentkami. Pomocne dla nas było przyjęcie założenia, że to właśnie podczas cotygodniowych spotkań uczestniczki mogą nauczyć się regulować emocje i rozwiązywać trudne dla nich sprawy interpersonalne w konstruktywny sposób. Spotkania były prowadzone zawsze przez dwie prowadzące, które przyjmowały role mediatorów. Dodatkowo, każda z klientek miała możliwość skorzystania z indywidualnego wsparcia psychoterapeutki, psycholożki, terapeutki uzależnień.

Warto też opracować z klientkami kontrakt, tj. zbiór zasad, które będą przestrzegane podczas spotkań. Kontrakt może być modyfikowany na bieżąco

Brak kontaktu do uczestniczek

Opis sytuacji: niektóre z naszych klientek mogą nie posiadać telefonu komórkowego albo naładowanej karty. Kontakt do nich/z nimi jest nam potrzebny nie tylko ze względów organizacyjnych. Kilkutygodniowa nieobecność, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym, budzi niepokój asystentek i pozostałych członkiń grupy.

Rozwiązanie z naszej praktyki - zachęcamy więc do ustalania „sieci alarmowej” na wypadek dłuższej absencji. Może to być przekazywanie wiadomości poprzez inne beneficjentki czy też zgoda na kontakt poprzez noclegownię/schronisko.

Na przykład?

Korzystanie z opieki zdrowotnej i opisy przypadków

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Korzystanie z niego jest możliwe dla osób ubezpieczonych, czyli objętych powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku osób doświadczających bezdomności uzyskanie ubezpieczenia jest możliwe na kilka sposobów. Jeżeli użytkowniczka nie posiada umowy o pracę, nie jest emerytką lub rencistką, może:

- **Złożyć do ośrodka pomocy społecznej wniosek o korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez 90 dni.** Decyzja administracyjna w tej sprawie poprzedzona jest przeprowadzeniem wywiadu środowiskowego (na który ma 14 dni od dnia powzięcia wiadomości o konieczności jego przeprowadzenia, zaś w sprawach niecierpiących zwłoki, wymagających pilnej interwencji dwa dni). Należy pamiętać, że nie jest to świadczenie wynikające z ustawy o pomocy społecznej, ale z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Co ważne, możliwość ta dotyczy osób, które spełniają warunek kryterium dochodowego (ich kwoty podlegają weryfikacji co trzy lata). Trzeba też pamiętać, że okres 90 dni liczony jest od dnia złożenia wniosku.
Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy osoba w kryzysie bezdomności potrzebuje być objęta ubezpieczeniem niezwłocznie. W takich przypadkach wniosek składa jednostka udzielająca świadczenia z opieki zdrowotnej (np. szpital), a okres 90 dni liczony jest od dnia udzielenia świadczenia;
- **Wziąć udział w Indywidualnym programie wychodzenia z bezdomności.** Celem programu jest wspieranie osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, rodzinnych i mieszkaniowych, a także pomoc w uzyskaniu zatrudnienia. Opracowuje go pracownik socjalny z OPS (właściwym ze względu na miejsce przebywania) wraz z osobą w kryzysie bezdomności. OPS opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. Zanim asystentka zaproponuje klientce wzięcie udziału w IPWB, powinna rozpoznać przyjęte w danej gminie standardy, ponieważ nie są one jednakowe dla wszystkich gmin;
- **jeżeli spełnia określone przesłanki** (por. art. 7 ustawy o pomocy społecznej) oraz kryterium dochodowe, ubiegać się o zasiłek stały z pomocy

społecznej. Składki na ubezpieczenie zdrowotne opłacane są przez okres, na który przyznano świadczenie;

- **zarejestrować się w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna** – pod warunkiem, że nie ukończyła 60 roku życia (w przypadku mężczyzn 65). Dzięki rejestracji nabywa prawo do ubezpieczenia zdrowotnego (także dla małżonka). Okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym liczony jest od dnia rejestracji w UP;
- **jeżeli utrzymuje więzi z rodziną, może być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej.** Rozwiązanie to nie dotyczy jednak związków nieformalnych, ale małżeństw i osób spokrewnionych. Zgłoszenie odbywa się poprzez złożenie wniosku ZUS ZCNA, w ciągu 7 dni od zaistnienia okoliczności uzasadniającej to zgłoszenie.

Poniżej przedstawiamy wybrane opisy przedstawiające sytuację naszych klientek wraz z ukazaniem działań asystentek.

Przypadek Pani A.

- **Podstawowe informacje:** 61 lat, 3 dorosłych dzieci, dwukrotnie wychodziła za mąż (jedno małżeństwo przemocowe), wdowa, wykształcenie podstawowe, pracowała dorywczo w punktach gastronomicznych (umowy zlecenia).
- **W momencie rozpoczynania współpracy:** klientka mieszkała sama w mieszkaniu komunalnym, z rosnącym zadłużeniem czynszowym. Od czasu do czasu zatrzymywało się u niej dwoje z trojga dzieci: córka (studentka, mieszkała w akademiku poza Warszawą) oraz syn (niepracujący, uzależniony od alkoholu, wchodzący w konflikty z prawem), którzy nie dokładali się do opłat. W przeszłości pani A. korzystała z pomocy społecznej w formie zasiłków celowych, z pomocy w formie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na okres 90 dni oraz ze wsparcia organizacji pozarządowych (rozdawnictwo posiłków, ubrań i środków czystości prowadzone m.in. przez: Jadłodzielnie, Caritas, Fundację Daj Herbatę). W utrzymaniu się pomagał jej najstarszy syn, który sporadycznie proponował jej pracę na czarno w swojej firmie.
- **Stan zdrowia:** klientka nosi okulary, choć zgłasza, że nie pamięta, kiedy ostatni raz była u okulisty (kupuje okulary dostępne w drogeriach); nie korzysta z protezy dentystycznej; ma nadwagę; skarża się na skoki ciśnienia i bóle kręgosłupa.
- **Zasoby:** pani A. jest osobą pełną energii, otwartą, chętnie pomagającą innym, dbającą o higienę. Jest dobrze zorientowana w sieci wsparcia

oferowanego przez organizacje pozarządowe. Potrafi sama zadzwonić i umówić się na spotkanie czy wizytę u lekarza, którego już zna. Przez długi czas utrzymywała się za kilkaset złotych miesięcznie. Jest zmotywowana do poprawy stanu zdrowia.

- **Słabe strony:** choć pani A. zna ofertę pobliskich NGO, to jednak nie ma wiedzy na temat przysługujących jej praw. Trudności sprawia jej pisanie i wypełnianie dokumentów.
- **Praca z panią A. i rola asystentek:** początkowo klientka przychodziła do nas wyłącznie po pomoc rzeczową. Z czasem zaobserwowałyśmy, że dopytuje innych o warunki panujące w schroniskach i noclegowniach dla osób doświadczających bezdomności. Zainteresowałyśmy się tym. Okazało się, że klientka dostała kolejne pismo od komornika w sprawie rosnącego długu za nie płacenie czynszu i nie posiada środków finansowych na jego spłacenie (nie jest nigdzie zatrudniona na stałe, nie ma oszczędności). Praca z panią A. rozpoczęła się więc od uregulowania spraw formalnych. W tym miejscu trzeba podkreślić, że stan zdrowia klientki był stabilny i nie wymagał podjęcia natychmiastowych działań.

W pierwszej kolejności skontaktowałyśmy klientkę z OPS. Namówienie jej do tego nie było to trudne – kiedyś już była beneficjentką pomocy społecznej. Obawiała się tylko kontaktu z nową pracownicą socjalną. Obiecałyśmy, że jeśli chce, możemy towarzyszyć jej podczas pierwszego spotkania. Nie było to jednak konieczne. Klientka dostała m.in.: pomoc rzeczową (środki czystości i kosmetyki, suchy prowiant), talon do baru mlecznego, zasiłek celowy na pokrycie bieżącego czynszu.

Drugim krokiem było rozpoczęcie działań zmierzających do uzyskania emerytury. Pani A. nie wiedziała, że ma już do niej prawo. Emerytura oznaczała dla niej zarówno stały dochód, jak i upoważniała ją do bezpłatnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Użytkowniczką naszej innowacji posiadała kilka świadectw pracy i akty urodzenia dzieci. Nie wiedziała jednak, co z nimi zrobić. Przyznawała, że w sprawach formalnych i urzędowych czuje się bezradna. Zachęciłyśmy ją, by skompletowała pozostałe dokumenty, a następnie zachęciłyśmy do wypełnienia wniosku z ZUS. Ponieważ klientka nie potrafiła biegle pisać umówiłyśmy się, że będzie dyktować odpowiednie dane asystentce, a ta wpisze je do właściwych rubryk. Gotowy dokument sama zawiozła do siedziby ZUS. Wcześniej dostała informacje z adresem placówki, godzinach otwarcia, wymaganych dokumentach (dowód osobisty, oryginały świadectw, wniosek).

Trzeci krok dotyczył doprowadzenia do upadłości konsumenckiej. Zaangażowana w to była pracownica FDH, absolwentka prawa i administracji. Sprawa trwa do dziś.

Równoległe do wyjaśniania kwestii formalnych pani A. uczestniczyła w cyklicznych spotkaniach dla kobiet. Jak sama mówiła, „stanowiły one dla niej odskocznnię od trudów codzienności”, w tym np. sprawy karnej młodszego syna. Systematycznie nabierała wiary we własne możliwości, rozpoznawała swoje mocne strony, nabierała przekonania, że ma prawo zadbać o siebie i zwolnić się z odpowiedzialności za dorosłe dzieci.

Podczas spotkań asystentki bardzo mocno akcentowały kwestię zadbania o swoje zdrowie i wygląd. Pewnego razu zapytały klientkę o jej samopoczucie fizyczne i emocjonalne, przebyte choroby, potrzeby związane ze zdrowiem. Ponieważ pani A. znała je i ufała im, była też osobą otwartą, powiedziała, że potrzebowałaby pójść do okulisty. Asystentki zapytały także o jej leczenie u protetyka. W rezultacie umówione zostały trzy wizyty: do okulisty, do stomatologa i do protetyka. Warto zaznaczyć, że pomimo przyznanej wcześniej emerytury, więc i prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pani A. sama nie podjęła kroków, by zająć się swoim zdrowiem. Stało się to dopiero za namową asystentek.

- **Podsumowanie:** pomimo doświadczanych trudności, życia w ubóstwie, przeżywania chronicznego napięcia wynikającego z zagrożenia utraty domu, pani A. należy do grupy użytkowników, z którymi praca przebiegała dość sprawnie i bez tzw. „systemowych” trudności. W jej przypadku rola asystentek polegała na informowaniu o przysługujących prawach, pokierowaniu do odpowiednich instytucji, pomocy w uzyskaniu świadczeń i zachęty do zadbania o siebie. Pani A. brała też udział w warsztatach na temat profilaktyki raka piersi. Podczas spotkań grupowych, co jakiś czas dopytuje uczestniczki czy same się badają. Obecnie czeka na kolejną umówioną wizytę. Ma też skierowanie na rehabilitację w związku z bólami kręgosłupa. Jej wizyty są odnotowywane przez asystentki w karcie monitorującej stan zdrowia. Ponadto, klientka sama prowadzi swój kalendarz.

UWAGA - ALTERNATYWY - klientka nabyła prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w związku z przejściem na emeryturę. Gdyby jej wiek nie pozwalał na to, asystentka mogłaby zaproponować:

- Staranie się o rentę rodzinną - warunki jej przyznania są opisane w Ustawie z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 504), wniosek ERR do złożenia w ZUS;
- Podpięcie pod ubezpieczenie zdrowotne u członka rodziny - co reguluje Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2022 poz. 2561), formularz ZUS ZCNA.

Przypadek Pani C

- **Podstawowe informacje:** 63 lata, jeden związek małżeński, od kilku lat nie prowadzi z mężem wspólnego gospodarstwa domowego. Mąż mieszka poza granicami Polski, jest obcokrajowcem. Klientka informowała o tym, że jest w trakcie rozwodu, jednak przekazywane przez nią informacje były bardzo niejasne. Pani C ma wykształcenie wyższe, pracowała w bibliotece publicznej.
- **W momencie rozpoczynania współpracy:** klientka mieszkała sama w mieszkaniu komunalnym, korzystała i korzysta ze wsparcia organizacji pozarządowych (rozdawnictwo posiłków, ubrań i środków czystości prowadzone m.in. przez: Jadłodzielnie, Caritas, Fundację Daj Herbatę).
- **Stan zdrowia:** klientka nosi okulary, posiada braki w uzębieniu, ale nie korzystała z usług dentystycznych i protetycznych; ma nadwagę; uskarża się na bóle stawów. Zgłaszała problemy z poziomem cukru we krwi i tarczycą, które konsultowała z internistą, jednak nie stosowała się do jego zaleceń. Podczas indywidualnych konsultacji z asystentką wspominała, że w przeszłości miała epizody depresji. Choć odbyła wizytę z psychiatrą, to po kilku tabletkach zrezygnowała z przyjmowania leków antydepresyjnych. W przeszłości klientka miała problem z nadużywaniem alkoholu. Nigdy nie podjęła terapii.
- **Zasoby:** Pani C jest osobą otwartą na kontakt, ma cechy liderские i przywódcze (nie korzysta z nich w życiu codziennym). Od dłuższego czasu utrzymuje się z niskiej emerytury i deklaruje motywację do zmiany swojej sytuacji życiowej (materialnej, zdrowotnej). Obecnie pracuje w serwisie sprzątającym.
- **Słabe strony:** Klientka deklaruje chęć zadbania o siebie, ale często opuszcza spotkania grupy albo spóźnia się na nie. Jej deklaracje nie mają pokrycia w działaniach.
- **Praca z Panią C i rola asystentek:** główną motywacją Pani C, by wziąć udział w innowacji była możliwość spotkania się z innymi kobietami przy wspólnym posiłku. Początkowo miała duży zapał i motywację, była otwarta na relacje zarówno z asystentkami, jak i uczestniczkami. Po jakimś czasie opowiedziała asystentce o swojej trudnej sytuacji życiowej i długach. Razem poszukiwały sposobów jej rozwiązania. Niestety, wkrótce po tym Pani C przestała przychodzić na spotkania, a jeśli się już pojawiała, to nie wykazywała chęci skorzystania z działań pomocowych. Asystentki kilkakrotnie podejmowały próby rozmowy, zaś Pani C przejawiała postawę bierno-agresywną. W tym miejscu trzeba podkreślić, że stan zdrowia psychiczny klientki uległ pogorszeniu, wykazywała się dużą labilnością emocjonalną, jeśli pojawiała się na zajęciach, to wspominała o odczuwanym stresie i obniżonym nastroju, reagowała w sposób nieadekwatny do sytuacji, a w relacjach z innymi uczestniczkami prowokowała konflikty. Asystentki w konsultacjach

indywidualnych sugerowały i oferowały możliwość umówienia Pani C do psychiatry oraz zaplanowanie pracy terapeutycznej, niestety klientka odmówiła. Skorzystała jedynie, głównie za namową innych beneficjentek, z możliwości rozpoczęcia leczenia u protetyka.

- **Podsumowanie:** Pani C jest jedną z kobiet, z którą praca była wymagająca i trudna, obarczona dużym oporem. W jej przypadku rolą asystentek była praca indywidualna oparta na budowaniu zaufania i relacji. Praca ta trwa nadal. Podczas spotkań grupowych Pani C proponuje różne formy aktywności, które mogłaby prowadzić, jednak nie dochodzą one do skutku z powodu jej absencji.

Jedynym namacalnym sukcesem dotychczasowej pracy z Panią C było umówienie jednej wizyty u protetyka.

UWAGA ALTERNATYWY

- Asystentka może zaproponować klientce odbycie konsultacji psychiatrycznej w formie online, co może skrócić drogę i czas oczekiwania na wizytę, a tym zapobiec zmianie decyzji klientki;
- Asystentka może pojechać na wizytę razem z klientką;
- Asystentka może nawiązać kontakt z Ośrodkiem Pomocy Społecznej w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat sytuacji życiowej klientki.

Bibliografia

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997, NR 78 poz. 483 zm. Dz.U. 2001 nr 28 poz. 319 26.03.2001.

Kornaszewska-Polak M., (2016), Asystent i asystowanie jako nowa profesja społeczna, w: M. Kornaszewska-Polak, Asystentura rodziny. Teoria, praktyka, badania, Oficyna Wydawnicza „Humanitas”, Sosnowiec, s.39-57.

Krasiejko I., (2016), Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.

Krucz A., (2002), Standardy umiejętności w pracy socjalnej. Samoocena opanowania umiejętności zawodowych, w: J. Brągiel, A. Krucz (red.), Pracownik socjalny. Wybrane problemy zawodu w okresie transformacji społecznej, Wydawnictwo: Uniwersytet Opolski, Opole.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, Dz.U. 2021 poz. 1296.

Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. z 2022 r. poz. 504.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej, tekst jednolity Dz.U. 2021 poz. 2268.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz.U. 2022 poz. 2561.

Użyte skróty:

FDH – Fundacja Daj Herbatę

IPWB – Indywidualny program wychodzenia z bezdomności

NGO – organizacja pozarządowa

OPS – ośrodek pomocy społecznej

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

NIK - Najwyższa Izba Kontroli

NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia