



Asystentura rodziny

w zakresie wsparcia kobiet w ciąży i rodzin

„Za życiem”

Rekomendacje metodyczne i organizacyjne

Za życiem 



Warszawa, marzec 2017 r.

Materiały szkoleniowe z rekomendacjami dotyczącymi realizacji ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz uchwały nr 160 Rady Ministrów w sprawie programu kompleksowego wsparcia kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” w obszarze asystentury rodziny opracował zespół w składzie:

Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Franciszek Bronk, Mirosława Jezior, Edyta Sinacka-Kubik, Magdalena Gajewska, Monika Rudnik – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

Agnieszka Macyk, Marta Trybuś – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie „DLA RODZINY” w Częstochowie

Konsultacja merytoryczna:

Katarzyna Napiórkowska

Anna Kuszczuk

Departament Polityki Rodzinnej

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Materiały szkoleniowe wydane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Spis treści

Wprowadzenie.....	4
1. Wyjaśnienie podstawowych pojęć	6
2. Odbiorcy usług asystenta rodziny	7
3. Cele, zadania i dominujące działania asystenta rodziny	9
4. Etapy realizacji asystentury w zakresie wskazanym w ustawie „Za życiem” – wariant podstawowy.....	10
5. Katalog możliwego wsparcia – usługi podstawowe i dodatkowe.....	14
6. Występowanie przez asystenta w imieniu osób na podstawie ich upoważnienia.....	16
7. Warunki pracy zapewniające odpowiednią jakość asystentury rodziny	17

Dodatki:

- Dodatek 1: Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny – wariant optymalny
- Dodatek 2: Działanie asystenta rodziny w środowisku małomiasteczkowym i wiejskim
- Dodatek 3: Specyfika realizacji asystentury przez organizacje pozarządowe
- Dodatek 4: Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet w ciąży i rodzin
- Dodatek 5: Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin, w których przyjdzie lub przyszło na świat poważnie chore dziecko
- Dodatek 6: Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin, których dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu
- Dodatek 7: Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin, którym zmarło dziecko bezpośrednio po porodzie
- Dodatek 8: Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin, które nie zabiorą dziecka do domu
- Dodatek 9: Informator Uprawnienia w ramach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Wprowadzenie

Informacja o nieprawidłowościach w przebiegu ciąży lub porodu, pojawienie się na świecie dziecka z wadą letalną jest dla kobiety i jej rodziny źródłem poważnego kryzysu. Może on spowodować, że matka straci poczucie kontroli nad sobą i biegiem wydarzeń, jest zdezorientowana i niezdolna do podejmowania adekwatnych decyzji i odpowiednich działań. Również opieka i wychowanie dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, przewlekłą chorobą czy niepełnosprawnością jest źródłem stresu dla rodziców i łączy się z problemami emocjonalnymi i zdrowotnymi. Ustalono czynniki ryzyka, takie jak m.in. brak lub powierzchowne informacje o stanie dziecka i formach pomocy, przedmiotowe traktowanie przez pracowników szpitali, brak oparcia wśród najbliższych, potęgujące siłę doświadczanego przez nich stresu. Ponadto rozpoznano zasoby, które mogą być pomocne w zmaganiach z obciążeniami.

Niezależnie od tego, jaka dysfunkcja jest przyczyną poważnych problemów zdrowotnych dziecka, jego rodzice bardzo potrzebują wsparcia. Powinno ono pochodzić zarówno od specjalistów (lekarzy, terapeutów), jak również osób z bliższego i dalszego otoczenia rodziny spodziewającej się lub wychowującej ciężko chore dziecko. Im lepszej jakości jest wsparcie udzielone od samego początku, tym szybciej rodzice przechodzą przez kolejne, omówione poniżej fazy reakcji na problemy zdrowotne dziecka.

Istotną rolę we wspieraniu rodzin oczekujących narodzin dzieci ze stwierdzonym w życiu płodowym prawdopodobieństwem dysfunkcji rozwojowych oraz rodzin już wychowujących dzieci z takimi obciążeniami rozwojowymi pełni **asystent rodziny**.

Asystent rodziny, na podstawie ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2016 roku poz. 575, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o wspieraniu rodziny, realizowanej od 1 stycznia 2012 roku, prowadzi działania skierowane do rodzin przeżywających trudności w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej. Od 1 stycznia 2017 roku, z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 roku poz.1860), zwanej dalej ustawą „Za życiem”, poszerzył się obszar działań asystenta rodziny poprzez przypisanie mu funkcji koordynatora kompleksowego wsparcia (poradnictwa) dla kobiet w ciąży i ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej, kobiet w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz wsparcia rodzin dzieci, u których zdiagnozowano „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, która powstała w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu”. Ponadto do działań asystenta należy współpraca z innymi służbami z różnych systemów, w tym z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, pracującymi na rzecz kobiety w ciąży i jej rodziny (zob. art. 2 ustawy „Za życiem”), a także art. 2 ust 3, art. 3 ust. 2, art. 15 i art. 190 a ustawy o wspieraniu rodziny).

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej powołało grupę roboczą, która przygotowała niniejszy poradnik, zawierający rekomendowane działania asystenta rodziny w zakresie wskazanym w ustawie „Za życiem”. W skład tej grupy wchodzi przedstawiciele dotychczasowych realizatorów asysty rodzinnej, zarówno z jednostek samorządowych, jak i pozarządowych, w tym reprezentanci Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Asystentów Rodziny.

Poradnik zawiera opis sytuacji, w których może zostać udzielone kobiecie i rodzinie wsparcie asystenta rodziny, oraz wskazuje potrzeby kobiet w ciąży i rodzin, które wynikają z oczekiwania lub przyjścia na świat potomstwa, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka ciężko chorego. Informacja o problemach zdrowotnych dziecka jest zazwyczaj dla kobiety i jej rodziny sytuacją kryzysową, wymagającą zewnętrznego wsparcia. Pozostawienie rodziny samej w tym ważnym dla niej momencie może bowiem generować kolejne problemy.

Na tym tle opracowano i przedstawiono różne możliwości kompleksowego wsparcia kobiet w ciąży i rodzin wynikające z połączenia dotychczasowych działań asystenta rodziny (na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny) z nowymi wytycznymi (ustawa i program „Za życiem”).

Pokazano, co pozostaje w zakresie roli i zadań asystenta rodziny (czynności nakazane), a co pozostaje poza nią. Przedstawiono zarówno wariant podstawowy realizacji działań asystenta w zakresie wskazanym w ustawie „Za życiem”, jak i optymalny, poszerzony. Zaprezentowano również warunki organizacyjne, jakie powinny być spełnione, aby uzyskać wysoką jakość pracy asystenta rodziny.

Należy pamiętać, że nie chodzi tu o ustalenie ścisłych standardów, mających uczynić pracę asystentów rutynową i schematyczną, ale raczej o pokazanie pewnych możliwości działania, zapewniających większą skuteczność. Asystent rodziny, stykając się z różnego rodzaju sytuacjami problematycznymi, których rozstrzygnięcie często nie jest możliwe w sposób definitywny oraz działając zarówno w obrębie świata czasem sformalizowanej instytucji, jak i życia codziennego klientów, powinien być refleksyjnym praktykiem, umiejącym poddać swoje działanie namysłowi przed, w czasie i po wykonanych czynnościach, tak aby adekwatnie reagować na indywidualne i dynamiczne okoliczności pojawiające się w życiu osób wspieranych.

Poradnik może być wykorzystywany jako materiał szkoleniowy lub jako podręcznik do codziennej pracy asystentów rodziny. Dlatego też składa się z części podstawowej i dodatków, z których każdy może stanowić odrębną całość.

1. Wyjaśnienie podstawowych pojęć

Opracowanie: Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Rodzina – zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oznacza małżonków, rodziców dziecka w fazie prenatalnej, rodziców dziecka, opiekuna faktycznego dziecka, przez którego rozumie się „osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka, a także pozostające na ich utrzymaniu dzieci”. Wynika z tego, że na mocy tej ustawy asystent obejmuje wsparciem nie tylko, jak dotąd, rodziny z dziećmi, ale również małżonków oczekujących dziecka i rodziców dziecka w fazie prenatalnej. Ma to być oddziaływanie wspierające o charakterze profilaktycznym, skierowane do osób nie tylko mających dzieci, ale również bezdzietnych, przygotowujących się do wyzwań rodzicielstwa, zwłaszcza związanego z ciężką chorobą potomka – zanim urodzi się dziecko lub w zakresie interwencji kryzysowej – w czasie ciąży, po jego śmierci lub po porodzie.

Ustawa „Za życiem” określa uprawnienia kobiet w ciąży i rodzin do wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz instrumentów polityki na rzecz rodziny (art. 1).

Wsparcie to ma być realizowane przez zapewnienie (art. 4):

- kobietom w ciąży dostępu do diagnostyki prenatalnej,
- odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych,
- jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
- odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
- dostępu do usług koordynacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
- możliwości przeprowadzenia porodu w szpitalu III poziomu referencyjnego; oraz 3 kolejnych realizowanych m.in. przez asystenta rodziny:
- dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę oraz kobiety w ciąży,
- dostępu do poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę,
- innych świadczeń, w tym w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej.

Rodzina jest uprawniona w sytuacjach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 („kobieta w okresie ciąży, porodu i połogu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych”) i ust. 2 pkt 2-4 („dziecko, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu”) do poradnictwa w zakresie:

- przewyższania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka,
- wsparcia psychologicznego,
- pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych;

- dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej (art. 8 ust. 1. ustawy „Za życiem”).

Koordinacją ww. poradnictwa zajmuje się asystent rodziny. Polega ona na opracowywaniu wspólnie z osobami katalogu możliwego do uzyskania wsparcia oraz występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.

Ustawodawca, opisując problemy zdrowotne dziecka, posługuje się określeniem: „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu”. **Upośledzenie** w potocznym rozumieniu tego słowa to ograniczenie w zakresie funkcjonowania jakiegoś narządu, organu. Słowa *upośledzenie* używało się zwłaszcza na określenie upośledzenia umysłowego (np. klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, DSM-4). Warto jednak zauważyć, że na skutek trendów w pedagogice specjalnej i psychologii, mających na celu odejście od terminów stygmatyzujących osoby nie w pełni sprawne odchodzi się od określenia *upośledzenie* na rzecz *niepełnosprawność* lub lepiej *osoba z niepełnosprawnością*, co pokazane zostało w nowym wydaniu DSM-5, gdzie *upośledzenie umysłowe* zostało zastąpione poprzez wprowadzenie pojęcia „intellectual disability” – „niepełnosprawność intelektualna”¹. Również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 2011 roku uaktualniła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń nazywając ją Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia². Ponadto w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie używa się terminu dziecko z upośledzeniem. Jest tam mowa o dziecku zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym (art. 27 ust. 1).

Warto więc, zwłaszcza w bezpośrednich kontaktach z osobami wspieranymi używać mniej stygmatyzujących określeń: dziecko, osoba z niepełnosprawnością czy nie w pełni sprawna, z zaburzeniami w rozwoju, ciężko chora, z problemami zdrowotnymi, w sytuacji niepełnosprawności.

2. Odbiorcy usług asystenta rodziny

Opracowanie: Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Do 31 grudnia 2016 roku, realizując zadania na podstawie ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej asystent rodziny wspierał rodziny z trudnościami w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej (art. 11, art. 15 wymienionej ustawy). Przepisy ustawy „Za życiem” poszerzają zakres odbiorców usług asystenta o kobiety i rodziny, w których zachodzi prawdopodobieństwo wystąpienia takich trudności w związku ze specjalnymi potrzebami w zakresie opieki, pielęgnacji lub wychowania. Jest to więc działanie mieszczące się w zakresie profilaktyki I-rzędowej.

Odbiorcami działań asystenta rodziny od stycznia 2017 roku są:

1. kobiety w okresie ciąży i porodu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, posiadające dokument potwierdzający ciążę i ich rodziny (art. 4 ust. 1, pkt 3, art. 4 ust. 3 i art. 8 ust. 2 ustawy „Za życiem”). Zgodnie

¹ J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Poradnik dla klinicystów*, Wyd. UJ, Kraków 2016, s. 34-35.

² Por. M. Mazur, *Geneza i definicja pojęcia niepełnosprawność*, „Pracownik Socjalny” Nr 8/2016.

z Informatorem „Uprawnienia w ramach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 16. 02.2017 roku³ do tej grupy zaliczono:

- każdą kobietę w ciąży i jej rodzinę (pomoc w zakresie informacji i poradnictwa na temat rozwiązań wspierających rodzinę),
 - rodziny, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko, oznacza to ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,
 - kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu,
 - kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych,
 - kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, urodzenia dziecka niezdolnego do życia, urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami,
2. rodziny z dzieckiem posiadającym zaświadczenie, potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (art. 4 ust. 2 pkt 2-4, i 8 ust. 2 ustawy „Za życiem”), wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,
 3. rodziny z trudnościami w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej (standardowe zadania asystenta rodziny realizowane w oparciu o ustawę o wspieraniu rodziny),
 4. rodziny z trudnościami w realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej oraz dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz dzieckiem i młodzieżą posiadającą odpowiednio opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy o systemie oświaty (Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” – Dz.U. z 2016 roku poz. 1260).

Dziecko z zaburzeniami w rozwoju posiada specjalne potrzeby w zakresie pielęgnacji, opieki i wychowania. Dlatego też uznano, że kobiety w ciąży powikłanej i rodzice dzieci przewlekłe chorych, i nie w pełni sprawnych, potrzebują szczególnego wsparcia w przygotowaniu się do tak trudnego rodzicielstwa lub specjalnego wsparcia w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej.

Pomocą asystenta rodziny nie powinny, co do zasady, być objęte (co zdarza się czasem w praktyce) rodziny z dziećmi, które nie mają problemów opiekuńczo-wychowawczych, a np. dotyka je problem uzależnień czy przemocy. W takich sytuacjach wykorzystane powinny być inne formy pomocy (terapia uzależnień, grupa robocza ds. przeciwdziałania przemocy, itp.).

³ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

3. Cele, zadania i dominujące działania asystenta rodziny

Opracowanie: Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Celem oddziaływań asystenta rodziny w ramach realizacji ustawy i programu „Za życiem” jest lepsze funkcjonowanie kobiet w ciąży, w szczególności ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz rodzin z niepełnosprawnym dzieckiem poprzez koordynację poradnictwa w zakresie pielęgnacji, opieki i wychowania dziecka z niepełnosprawnością oraz kwestii prawnych czy pomocy psychologicznej, rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej (art. 8 ust. 1. ustawy „Za życiem”). Ponadto działania koordynujące wobec rodziny oczekującej dziecka, które może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu (zob. Informator „Uprawnienia w ramach ustawy o wparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 16. 02.2017 roku⁴).

Do zadań asystenta należy:

- wsparcie i towarzyszenie emocjonalne,
- zapoznanie (przekazanie informacji i szczegółowe omówienie) kobiety w ciąży i/lub rodziny z **Informatorem** „Uprawnienia w ramach ustawy dla kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 16.02.2017 roku⁵, dotyczącym możliwości wsparcia,
- opracowanie wspólnie z kobietą w ciąży i/lub rodziną indywidualnego katalogu możliwego wsparcia,
- koordynacja poradnictwa i wsparcia dla kobiet i/lub rodziny (art. 8. ust. 1-3),
- występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów (z wyłączeniem świadczeniodawców) w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia (art. 8 ust. 3 pkt. 2 ustawy „Za życiem”).

Asystent rodziny realizuje wsparcie przy konsultacji zespołu specjalistów (nazwanego zespołem multiprofesjonalnym⁶).

Zadania asystenta rodziny wynikające z realizacji ustawy „Za życiem” zostały wpisane do ustawy o wspieraniu rodziny (art. 15 ust. 13a), jako głównej ustawy wyznaczającej rolę, zakres działań i organizację pracy asystentów. Do dominujących działań, jak do tej pory, należy więc wsparcie instrumentalne, informacyjne i emocjonalne, a w przypadku problemów opiekuńczo-wychowawczych – pedagogizacja. Przykłady takich działań pokazano w tabeli nr 1.

⁴ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

⁵ Ibidem

⁶ Zespół multiprofesjonalny złożony jest ze specjalistów pracujących z daną rodziną, lecz w odróżnieniu od grupy roboczej czy zespołu interdyscyplinarnego pracuje z każdą rodziną, niekoniecznie, w której problemem jest przemoc, jego celem jest wymiana informacji o rodzinie, utworzenie i realizacja planu współpracy z rodziną, koordynacja działań, zob. szerzej: I. Krasiejko, *Asystent rodziny jako członek zespołu multiprofesjonalnego*, „Doradca w Pomocy Społecznej”, kwiecień 2015.

Tabela nr 1. Przykłady działań asystenta z rodziną wynikające zarówno z ustawy o wspieraniu rodziny, jak i z ustawy „Za życiem”.

Rodzaj działania	Przykłady
wsparcie informacyjne	dostarczenie informacji dotyczących: - ofert wsparcia i pomocy rodzinie dostępnych w miejscu zamieszkania, na poziomie powiatu i województwa (adresy instytucji i organizacji pozarządowych, konkretnych specjalistów), - aktywnych form rodzinnej rekreacji i wypoczynku, - form zatrudnienia dla rodziców, - poradnictwo małżeńskie i wychowawcze.
wsparcie instrumentalne	- organizowanie działań samopomocowych (wymiany rzeczy i przysług), - organizowanie wolontariatu, np. pogotowia lekcyjnego, - wskazanie możliwości udziału w grupach samopomocowych, - występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia
wsparcie emocjonalne	- dawanie wspierających komunikatów, - okazywanie akceptacji, empatii, - tworzenie bezpiecznej i przyjaznej atmosfery emocjonalnej, - umożliwienie wglądu w przeżywane emocje, - stwarzanie okazji do bezpiecznego rozładowania napięcia emocjonalnego, - pomoc w rozważeniu za i przeciw w czasie przeżywania ambiwalencji w sytuacji podejmowania ważnych decyzji - elementy poradnictwa psychologicznego, - elementy interwencji kryzysowej
wsparcie wartościujące	- docenianie członków rodziny, wskazywanie ich zasobów indywidualnych, rodzinnych, - ukazywanie rodziny jako wartości, - wskazywanie wartości rodzinnych, w tym trwałości małżeństwa i integralności rodziny, - wzmacnianie więzi wewnątrzrodzinnych i międzypokoleniowych, - ukazywanie dziecka jako wartości, - zwracanie uwagi na wartość kultury rodzinnej, rodzinnego i aktywnego spędzania czasu wolnego
koordynacja wsparcia	opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia oraz pomoc w jego realizacji we współpracy z innymi służbami społecznymi
towarzyszenie instrumentalne i emocjonalne	asystowanie: - w poszukiwaniu rozwiązań sytuacji trudnych i ich realizacji, - w sytuacjach dnia codziennego, - w czasie wizyt w instytucjach - w wyciąganiu wniosków z porażek, - w przeżyciach emocjonalnych związanych z otrzymaniem informacji o problemach zdrowotnych dziecka, ze stratą dziecka lub jego chorobą
pedagogizacja rodziców	- dostarczanie wiedzy o celach, zadaniach, treściach, metodach, środkach i uwarunkowaniach procesu wychowania, - wymiana informacji o wychowaniu w ogóle, o wychowaniu konkretnego dziecka w danej rodzinie, w określonej rodzinnej sytuacji, - wspólne poszukiwanie rozwiązań problemów wychowawczych, - modelowanie i trening umiejętności opiekuńczo-wychowawczych
elementy pracy socjalnej, w tym wsparcie rzeczowe	- zapewnienie dóbr materialnych, tj. żywność, ubrania, leki, meble, schronienie, - pomoc w poprawie sytuacji socjalno-bytowej, np. zamianie mieszkania, aktywizacja zawodowa, - integrowanie środowiska lokalnego (np. poprzez współorganizowanie pikników)
monitorowanie postępów	- wsparcie w utrzymywaniu zmian, - analiza powrotów do starych przyzwyczajeń, - docenianie konstruktywnych zachowań
działania zaradcze	- pomoc dzieciom (i innym osobom zależnym), przy udziale krewnych lub służb interwencyjnych, w zastanej przez asystenta, w czasie wykonywania przez niego obowiązków służbowych, sytuacji zagrażającej ich życiu lub zdrowiu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie I. Krasiejko, *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Wyd. MRPiPS, Warszawa 2016.

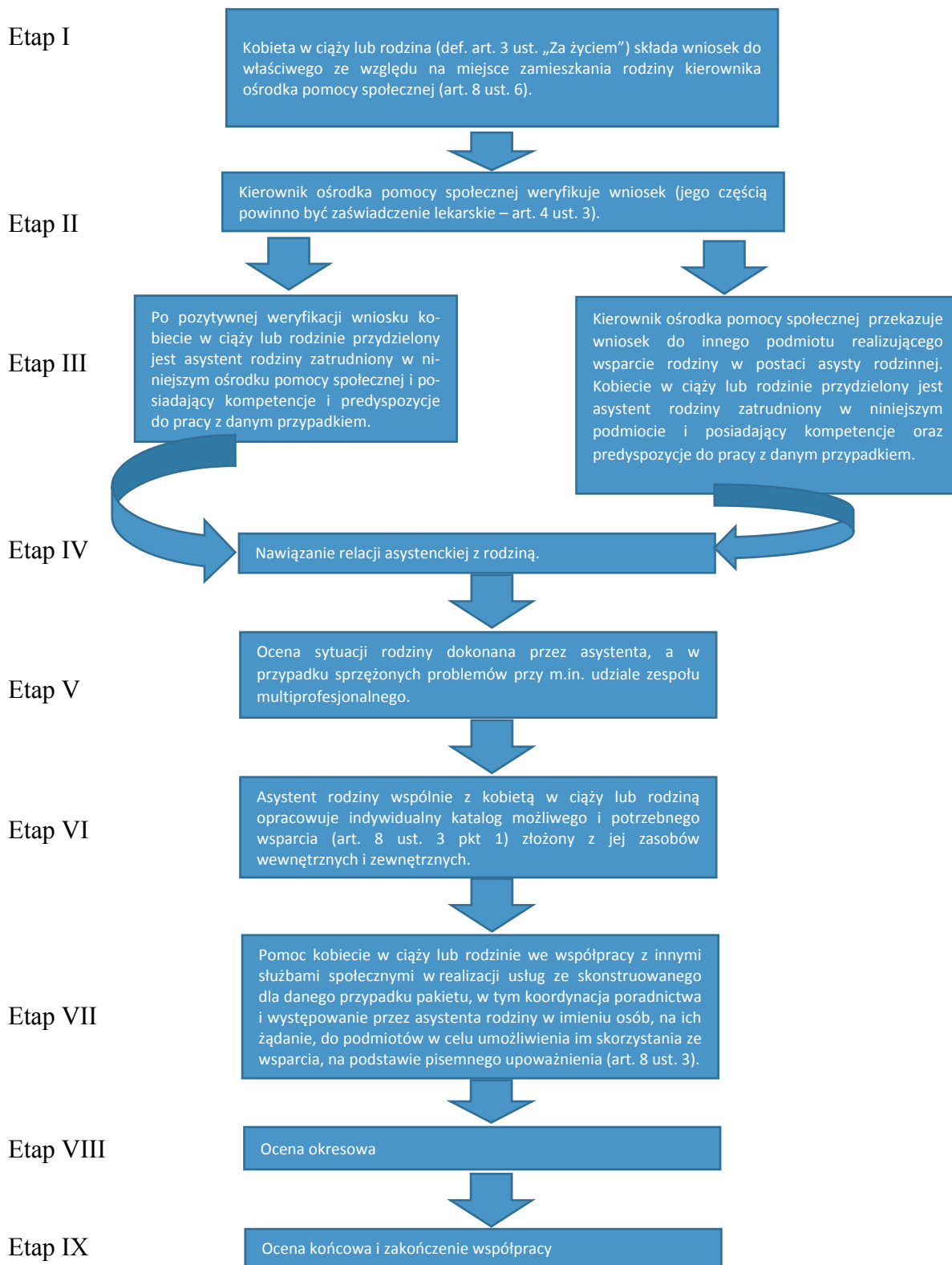
4. Etapy realizacji asystentury w zakresie wskazanym w ustawie „Za życiem” – wariant podstawowy

Opracowanie: Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie „DLA RODZINY” w Częstochowie

Ogólny, podstawowy schemat postępowania w przypadku złożenia wniosku o wsparcie asystenta rodziny przez kobietę w ciąży (w tym powikłanej) lub w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz rodziny dzieci, u których zdiagnozowano „ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, która powstała w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu” przedstawia poniższa ilustracja.

Schemat nr 1. Etapy asystentury rodziny w ramach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, wariant podstawowy.



Etapy metodycznego działania asystenta rodziny są podobne do tych, które realizował do tej pory z rodzinami posiadającymi trudności opiekuńczo-wychowawcze: od rozpoznania sytuacji i nawiązania relacji asystenckiej poprzez opracowanie projektu działania, zawierającego wymagany w art. 8 ust. 3 ustawy „Za życiem” „katalog możliwego do uzyskania wsparcia”, po jego realizację, ocenę okresową do końcowej i zakończenia działania. Jednakże w przypadku pracy z kobietami i rodzinami w sytuacji kryzysu związanego z oczekiwaniem lub pojawieniem się na świecie dziecka

poważnie chorego etapy te będą krótsze i będą przebiegały szybciej, w sposób bardziej skondensowany. Praca będzie koncentrowała się na empatycznym odzwierciedleniu uczuć rodziców w celu opanowania gwałtownych reakcji emocjonalnych, określeniu zasobów matki i innych członków rodziny, mechanizmów i sposobów radzenia sobie z sytuacją kryzysową, które mogą być bezpośrednio przydatne do wyjścia z kryzysu oraz na wskazaniu zasobów środowiska (w tym instytucji) przydatnych w rozwiązaniu problemu i sposobów dotarcia do nich.

Jedną z najistotniejszych składowych procesu pomagania jest *ocena zasobów*, jakie mogą być przez osobę wykorzystane w procesie przechodzenia przez kryzys i jego rozwiązywaniu. Wśród tych zasobów istotnymi są sprawdzone w przeszłości sposoby radzenia sobie w podobnych, choć może nie aż tak trudnych, sytuacjach. Wśród zasobów, które mogą być spożytkowane są wszelkie konstruktywne wzorce myślenia i emocjonalnego reagowania. Tu też należy zakwalifikować umiejętności, wiedzę, atuty interpersonalne, sprawność fizyczną. One wszystkie powinny zostać wykorzystane do wzmocnienia klienta poprzez takie konstruowanie procesu pomocy, wobec którego będzie on miał, rozstrzygające o powodzeniu poczucie własności⁷. Dopiero potem proponujemy zasoby instytucjonalne z przygotowanego katalogu możliwego wsparcia.

Tabela nr 3. Przykładowe zasoby rodziny

Zasoby osobiste członków rodziny to: inteligencja, wiedza i umiejętności, cechy osobowości, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, poczucie kontroli nad własnym życiem, poczucie własnej wartości, doświadczenia. Do zasobów systemu rodzinnego można zaliczyć: – spójność rodziny (zaufanie, lojalność, szacunek wzajemny, wspólne wartości i cele, wzajemne docenianie się, wspieranie, stabilność, integracja i poszanowanie indywidualności), – adaptacyjność (zdolność rodziny do przeciwdziałania przeszkodom), – organizacja rodziny (zgodność, jasność i konsekwencje w zakresie obowiązujących ról i reguł, wspólne przywództwo rodziców, jasne granice rodzinne i pokoleniowe), – umiejętność porozumiewania się (jasność, bezpośredniość przekazów informacji), – silne więzi (wysoki stopień związania emocjonalnego, pragnienie utrzymania więzi, otwartość w omawianiu problemów, poczucie bliskości członków rodziny, wspólne wykonywanie czynności), – wytrzymałość rodziny (wewnętrzna trwałość, poczucie celowości działań, otwarcie się na nowe doświadczenia, poczucie kontroli nad wydarzeniami, aktywne nastawienie do sytuacji trudnych), – elastyczność (zdolność do zmiany reguł, granic, pełnionych ról w momencie krytycznych wydarzeń lub zmian spowodowanymi cyklami rozwojowymi rodziny, czyli otwarty wzorec komunikacji, gotowość do kompromisu, możliwość przyjmowania obowiązków, aktywne uczestnictwo w podejmowaniu decyzji), – ilość i forma czasu spędzanego przez rodzinę, wymiary wspólnego czasu oraz znaczenie jakie się temu przypisuje, – zdolność rodziny do wykorzystywania zasobów indywidualnych w życiu codziennym i w sytuacjach trudnych, – wszelkie dobra materialne rodziny⁸, – pomoc dalszych krewnych: opieka nad dziećmi, pomoc rzeczowa, finansowa, w tym finansowanie wydatków szkolnych dzieci, finansowanie kosztów odpoczynku, hobby i zajęć pozalekcyjnych. Zasoby środowiska: – zasoby socjalne: sieć wsparcia ważnych osób ze względu na pokrewieństwo, przyjaźń, znajomość, miejsce zamieszkania – sieć publiczna. – zasoby gospodarcze: możliwość pracy, bezpieczeństwo pracy, wynagrodzenie za pracę, bezpieczeństwo finansowe rodziny i możliwość planowania w zakresie stylu życia i konsumpcji, status społeczny osoby, uznanie społeczne, członkostwo w odpowiednio uznanych społecznościach, – zasoby miejsca zamieszkania: warunki mieszkaniowe (subiektywny stopień swobody w odniesieniu do zamieszkania, możliwość subiektywnej stylizacji obiektów mieszkalnych), jakość środowiska życia (dostęp do zasobów przyrody i rekreacji, stymulowanie różnorodności codziennego stosowania zasobów naturalnych, stosunkowo niskie narażenie na zanieczyszczenie środowiska, ponadregionalna sieć, komunikacja i mobilność), – profesjonalne usługi: informacja (dostęp do rzetelnych informacji na temat praw i gwarantowanych usług w ramach zorganizowanego systemu zabezpieczenia społecznego), jakość konstrukcji (dostęp do usług i udogodnień wsparcia psychologicznego w zakresie poradnictwa, profilaktyki, terapii i pomocy technicznej oraz indywidualne podejście w zakresie agencji usług), jakość produktu i procesu (zadowolenie z doświadczeń i narzędzi wsparcia)⁹.
--

⁷ W. Szlagura, *Pomaganie w kryzysie – wprowadzenie w problematykę interwencyjną*, www.interwencjakryzysowa.pl

⁸ Badura-Madej W. (red.) *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wyd. Śląsk, Katowice 1999, s. 89-90.

⁹ Herriger N., *Ressourcen und Ressourcendagnostik in der Sozial Arbeit*, Manuskript, Düsseldorf 2006.

5. Katalog możliwego wsparcia – usługi podstawowe i dodatkowe

Opracowanie: Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Informacje o możliwości skorzystania ze wsparcia asystenta rodziny powinny być umieszczone na plakatach w szpitalach i innych miejscach, gdzie można skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast ośrodki pomocy społecznej i inne podmioty prowadzące wsparcie rodziny powinny udostępniać **Informator** „Uprawnienia w ramach ustawy dla kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 16.02.2017 roku¹⁰ oraz mieć opracowany własny pakiet usług z wypisanymi i krótko scharakteryzowanymi usługami dla kobiet w ciąży oraz dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych na danym terenie wraz z podanymi adresami instytucji resortu zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, wspierania rodziny je realizującymi.

W pakiecie takim, czyli w „katalogu możliwego wsparcia dla danej gminy” powinny być wpisane świadczenia i usługi podstawowe (wymienione w ww. Informatorze, powstałym zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy „Za życiem”) oraz usługi dodatkowe (nieujęte w Informatorze a możliwe do uzyskania na danym terenie, np. m.in. wskazane w Programie kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem”). Realizacja Kompleksowego Programu wsparcia dla rodzin „Za życiem” została zaplanowana na lata 2017–2020. Zatem rozwiązania będą wprowadzane zgodnie z harmonogramem działań.

Na bazie ww. pakietu dla danej gminy asystent rodziny tworzy „indywidualny katalog możliwego wsparcia” dla danej kobiety lub rodziny, będący załącznikiem do planu pracy z rodziną (sporządzanego na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy o wspieraniu rodziny).

Poniżej została zaprezentowana propozycja formularza, który może być załącznikiem do planu pracy z rodziną (wg. wytycznych z ustawy o wspieraniu rodziny). Przykłady usług dodatkowych są zawarte w załącznikach do niniejszego materiału, w których opisano specyfikę pracy z różnymi kategoriami klientów.

¹⁰ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

Przykład formularza

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny: Imię i nazwisko asystenta rodziny: Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐ świadczenie 4000 zł	
☐ świadczenie wychowawcze	
☐ świadczenie rodzicielskie	
☐ świadczenia opiekuńcze	
☐ zasiłek rodzinny z dodatkami	
☐ świadczenia z pomocy społecznej	
☐ diagnostyka prenatalna	
☐ dodatkowe wizyty położnej	
☐ poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
☐ opieka położnicza nad matką	
☐ opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
☐ poradnictwo laktacyjne	
☐ poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
☐ poradnictwo prawne dla rodziców	
☐ pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
☐ rehabilitacja lecznicza dziecka	
☐ opieka wytchnieniowa	
☐ opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
☐ kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
☐ dofinansowanie ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
☐ Karta Dużej Rodziny	
☐ placówki wsparcia dziennego	
☐ domy samotnych matek	
☐ inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe	
☐ rodziny wspierające	
☐ placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
☐ piecza zastępcza	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐	
☐	

6. Występowanie przez asystenta w imieniu osób na podstawie ich upoważnienia

Opracowanie: Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Zgodnie z art. 8 ust. 3 pkt 2 ustawy „Za życiem” asystent rodziny może występować w imieniu kobiet w ciąży i rodzin, na ich żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie ich pisemnego upoważnienia. Zgodnie art. 5 ust. 41 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych do świadczeniodawców zalicza się: podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoby fizyczne, które uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Podmioty odpowiedzialne za realizację wsparcia obowiązane są do współpracy z asystentem rodziny w zakresie przekazywania informacji na jego wnioski o możliwym do zrealizowania przez te podmioty wsparciu. Przekazują one również asystentowi rodziny informacje w zakresie udzielonego wsparcia, w przypadku złożenia przez kobietę lub rodzinę wniosku. Z obowiązku tego są zwolnieni wymienieni na wstępie świadczeniodawcy.

Realizacja tego działania nie kłóci się z dotychczasową rolą asystenta rodziny, polegającą na przygotowaniu rodziny do samodzielnego radzenia sobie z opieką i wychowaniem dzieci oraz wykonywania działań na rzecz domu i rodziny, odzyskania sprawczości i kontroli nad własnym życiem. Jest jedynie rozszerzeniem zadań asystenta rodziny, dzięki któremu usługi świadczone przez niego stają się bardziej powszechne.

Kobieta w ciąży powikłanej lub rodzina w sytuacji poważnej choroby dziecka jest, co zostanie szczegółowo opisane w dalszej części poradnika, w stanie kryzysu, wymagającym fachowego wsparcia.

To jaki styl pracy przyjmie asystent rodziny zależy od stanu psychicznego kobiety w ciąży lub rodziców dziecka, a w szczególności poziomu jego *mobilności – immobilności* psychologicznej. Gilliland i James¹¹ mówią o trzech stylach działania w interwencji kryzysowej: stylu *dyrektywnym*, *współpracującym* i *niedyrektywnym*.

W sytuacji znacznego nasilenia kryzysu, *klient* zazwyczaj jest *immobilny*, co oznacza, że nie jest w stanie adekwatnie spostrzegać rzeczywistości, wyciągać rozsądnych wniosków, podejmować trafnych decyzji i celowych, efektywnych działań. Wówczas podejściem "z wyboru" po stronie jest *styl dyrektywny*. Oznacza to, że pomagacz przejmuje czasowo kontrolę nad sytuacją, podejmuje decyzje (również za klienta), jest odpowiedzialny. Asystent stosuje sformułowania typu: "uważam, że...", "proponuję...", "zorganizuję...", "chcę, żeby Pani...". W tych okolicznościach może wykonać działania, np. zrealizować daną sprawę urzędową za rodzica, na jego prośbę i po podpisaniu upoważnienia. Klient znajdujący się w stanie znacznej nierównowagi, dezorientacji może wówczas znaleźć czasowe oparcie w kimś, kto jawi się jako osoba kompetentna w radzeniu sobie z trudnościami.

Gdy poziom immobilności klienta nie jest duży, jednakże nie jest on jeszcze na tyle silny, by samodzielnie poradzić sobie sposobem działania interwenta powinien być *styl współpracujący*. Tutaj obie strony funkcjonują w roli równoprawnych partnerów w procesie. Asystent przyjmuje rolę ułatwiającego, wspierającego, kompetentnego doradcy. W języku komunikatów dominuje pierwsza osoba liczby mnogiej: "zobaczmy...", "rozważmy...", "spróbujmy..." . W tym stylu działania

¹¹ B.E. Gilliland, R.K. James, *Crisis intervention strategies*, 1993; za: W. Szlagura, *Pomaganie w kryzysie – wprowadzenie w problematykę interwencyjną*, www.interwencjakryzysowa.pl

odpowiedzialność jest podzielona. Pomagający odpowiada za kompetentne wypełnienie tego, co wynika z jego roli. W tym przypadku asystent razem z rodzicami wykonuje dane działania, np. towarzyszy im podczas wizyty w danej instytucji.

Wówczas, gdy *stan klienta* można uznać za *mobilny*, czyli gdy jest on w stanie adekwatnie kontaktować się z rzeczywistością, kontroluje emocje, może podejmować decyzje, działać celowo asystent działa *niedyrektywnie*. Oznacza to, że "zarządzanie" procesem i podstawowa odpowiedzialność ulokowane są po stronie klienta. Rolą pomagacza jest rola doradcy, który pomaga w wyjaśnianiu niejasności, wskazuje niezauważone przez klienta opcje, pomaga dopracowywać szczegóły. Asystent używa sformułowań: "jak sądzisz..." "jakie jest twoje doświadczenie w ...", "co zadecydujesz...". Tu asystent już nie wyręcza klientów, informuje o możliwościach, lecz działania wykonują rodzice.

Pozostający w dobrym kontakcie z rodzicami asystent rodziny jest w stanie trafnie określić, jak powinien się zachowywać, by zapewnić maksimum efektywności. Przechodzenie pomiędzy tymi stylami zazwyczaj dokonuje się płynnie, poczynając od dyrektywności w początkowych fazach cechujących się znaczną dezorganizacją i dezorientacją, przez współpracę, do doradczej niedyrektywności.

W dostosowaniu swego działania do stanu klienta asystent może popełnić dwa rodzaje błędów. Pierwszy z nich, to przecenienie stopnia jego immobility i zbyt intruzyjne wchodzenie w obszary, w których klient dysponuje własnymi kompetencjami. Kontakt z klientem, uwrażliwienie na subtelne sygnały z jego strony przeważnie wystarczają, by skorygować błąd. Nie rodzi on poważniejszych konsekwencji.

Drugi rodzaj błędów polega na niedoszacowaniu immobility i stawianiu klientowi zadań, którym on nie jest w stanie sprostać. Obciążanie koniecznością podjęcia decyzji ("sam zdecyduj", "zrób to, co dla ciebie najlepsze") jest nakładaniem na niego ciężarów, jakich nie jest w stanie udźwignąć. Wzmacnia to poczucie bezsilności u klienta.

7. Warunki pracy zapewniające odpowiednią jakość asystentury rodziny

Opracowanie: Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku
Agnieszka Macyk, Marta Trybuś, Izabela Krasiejko – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Od stycznia 2017 roku, zgodnie z ustawą z dnia 4 listopada 2016 o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” każda kobieta w ciąży i jej rodzina, rodziny, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko, kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu, kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych, kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka mają prawo do skorzystania ze wsparcia asystenta rodziny.

Jeśli wystąpią z wnioskiem (wraz z ww. zaświadczeniem lekarskim, w sytuacjach wskazanych w ustawie „Za życiem”) do gminy/kierownika ośrodka pomocy społecznej w gminie (właściwego ze względu zamieszkania)/instytucji prowadzącej pracę z rodziną o pomoc asystenta rodziny powinny w myśl ustawy „Za życiem” uzyskać od gminy takie wsparcie.

Proces ten jest natychmiastowy, gdyż w przypadku zaistnienia okoliczności wskazanych w ustawie „Za życiem” nie jest stosowana procedura wymagająca m.in. przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego (czyli z pominięciem art. 11 ust 1-3

ustawy o wspieraniu rodziny). Ze względu na przeżywany przez te rodziny kryzys wymagający wsparcia i wyrażoną przez nie wolę wsparcia (tryb wnioskowy) powinny mieć one pierwszeństwo. W standardowych sytuacjach określonych w ustawie o wspieraniu rodziny asystent jest jedną z wielu proponowanych rodzinie przez służby społeczne form wsparcia.

Gminy, które dotąd nie zatrudniały asystenta winny to zrobić niezwłocznie, mając na względzie zadania, jakie osoba ta pełni w myśl obu ustaw. Ustawa „Za życiem” weszła w życie 1 stycznia 2017 r. i od tego dnia w istocie każda gmina winna być przygotowana na przyjęcie wniosku o przydzielenie asystenta rodziny. Powinna zatem dysponować przygotowanym do pracy asystentem rodziny. Zadanie zatrudniania asystentów rodziny jest dofinansowywane ze środków budżetu państwa na zasadach określonych w Programie Asystent rodziny i Koordynator rodzinnej pieczy zastępczej. Program ogłasza minister właściwy ds. rodziny, a środki na ten cel pochodzą z rezerwy celowej budżetu państwa. W roku 2017 dodatkowo, na mocy ustawy „Za życiem” środki na program pochodzić będą również z Funduszu Pracy (do 70 mln złotych). Zatem w każdej gminie od roku 2017 do realizacji zadań powinien być zatrudniony minimum jeden asystent, tak aby móc realizować ustawę „Za życiem”. Gminy, które zatrudniają asystentów powinny oszacować możliwość objęcia dodatkowym wsparciem kobiety/rodziny z opisanych grup przez aktualnie zatrudnione osoby. Należy przeanalizować kwalifikacje asystentów, ich przygotowanie do wykonywania tych zadań.

Art. 10 ust. 1. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej stanowi, że: „Pracę z rodziną organizuje gmina lub podmiot, któremu gmina zleciła realizację tego zadania na podstawie art. 190”. Wójt/burmistrz/prezydent gminy może więc utworzyć zespół asystentów, zatrudnić jedną osobę według potrzeb, na przykład przy ośrodku pomocy społecznej lub zlecić usługę asystenta rodziny innemu podmiotowi. Jeżeli zadania w zakresie obu ustaw ma realizować ośrodek pomocy społecznej, należy pamiętać o uchwale Rady Gminy, która przekazuje uprawnienia ośrodkowi pomocy społecznej.

Ważnym elementem strategii działań samorządu gminy jest gminna diagnoza potrzeb (np. odległości na terenach wiejskich czy osiedlach, liczba cięż zagrożonych, rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, itp.). Zatrudnianie asystentów (i ich kwalifikacje) powinny uwzględniać ww. potrzeby gminy.

Finansowanie etatów i warunki pracy asystentów rodziny

Realizując ustawę „Za życiem” i ustawę o wspieraniu rodziny warto przeanalizować wynagrodzenie asystenta rodziny w kontekście potrzeby posiadania wyższych kwalifikacji i kompetencji, potrzebnych pracownikowi realizującemu zadania na podstawie dwóch ustaw: ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Pracodawca ma również obowiązek przeszkolenia BHP i ubezpieczenia pracownika. Należy zadbać o nadzór merytoryczny zadania oraz obsługę administracyjno-finansową. Dodatkowym kosztem są konsultacje, szkolenia czy supervizja pracy asystenta, wyposażenie pracownika w telefon komórkowy z doładowaniem, zwrot kosztów dojazdów do rodzin i instytucji, materiały biurowe i środki dydaktyczne do pedagogizacji. Praca asystenta rodziny ma charakter zespołowy i multiprofesjonalny (zespół, który tworzy wraz z innymi asystentami i specjalistami stanowi jego zaplecze wsparcia i pomocy merytorycznej). Z uwagi na zespołowy charakter pracy asystenta rodziny, wskazane byłoby, aby gmina nie zatrudniała mniej niż 2 asystentów. Asystenci rodziny i inni specjaliści powinni pracować w zespołach, które spotykają się 1 x w tygodniu w celu omówienia działań na rzecz rodzin.

Liczba rodzin przeznaczonych dla jednego asystenta nie powinna przekraczać ustanowionej w ustawie o wspieraniu rodziny liczby do 15 rodzin i być uzależniona od zdiagnozowanych potrzeb rodziny i niezbędnych, oszacowanych godzinowo, działań na jej rzecz oraz od etapu pracy z rodziną a także kwalifikacji zawodowych, w tym doświadczenia zawodowego i życiowego asystenta.

Godziny pracy asystenta rodziny w ramach zawartej umowy winny mieć charakter elastyczny i dostosowany do potrzeb rodziny i zadań, które zostały z nią zaplanowane. Czas pracy asystenta rodziny powinien uwzględniać także konieczność przygotowania przez niego dokumentacji.

Kwalifikacje asystenta rodziny

Art. 17 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej stanowi, że asystenta rodziny zatrudnia kierownik jednostki organizacyjnej gminy, która organizuje pracę z rodziną, lub podmiot, któremu gmina na podstawie art. 190 zleciła organizację pracy z rodziną. Praca asystenta rodziny jest wykonywana w ramach stosunku pracy w systemie zadaniowego czasu pracy (preferowana forma zatrudnienia) albo umowy o świadczenie usług, do której – zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) – stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Praca asystenta rodziny nie może być łączona z wykonywaniem obowiązków pracownika socjalnego na tym samym terenie. Asystent rodziny nie może prowadzić postępowań z zakresu świadczeń realizowanych przez gminę.

Jeśli asystent ma pełnić zadania koordynujące poradnictwo, doradzać w trudnościach opiekuńczo-wychowawczych wynikających z niepełnosprawności dziecka, wspierać emocjonalnie w sytuacji kryzysu to zasadnym wydaje się, aby rola ta przypadła wysoko wykwalifikowanemu pracownikowi. Przy doborze asystenta do realizacji zadań z dwóch ustaw powinno być uwzględnione jego wykształcenie, kompetencje i predyspozycje.

W art. 12. ust. 1. ustawy z dnia 9 czerwca 2011 o wspieraniu rodziny jest wskazane, że asystentem rodziny może być osoba, która:

- 1) posiada:
 - a) wykształcenie wyższe na kierunku pedagogika, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie lub praca socjalna lub
 - b) wykształcenie wyższe na dowolnym kierunku uzupełnione szkoleniem z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub studiami podyplomowymi obejmującymi zakres programowy szkolenia określony na podstawie ust. 3 i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub
 - c) wykształcenie średnie i szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, a także udokumentuje co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną
- 2) nie jest i nie była pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest jej zawieszona ani ograniczona;
- 3) wypełnia obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do niej wynika z tytułu egzekucyjnego;
- 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Asystent rodziny jest obowiązany do systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji w zakresie pracy z dziećmi lub rodziną, w szczególności przez udział w szkoleniach oraz samokształcenie.

Doskonalenie warsztatu pracy, praca nad sobą i rozwój umiejętności psychospołecznych pozwala nie tylko kompetentnie i profesjonalnie wykonywać swoje obowiązki, ale również zapobiega wypaleniu zawodowemu asystenta. Rekomendowani do zatrudnienia w charakterze asystentów rodziny – z punktu widzenia realizacji zadań z ustawy „Za życiem” – winni być szczególnie osoby z wykształceniem specjalistycznym w zakresie: pedagogiki specjalnej, wczesnoszkolnej z edukacją włączającą, oligofrenopedagogiki, pedagogiki leczniczej. Ponadto pedagog lub psycholog z uprawnieniami do terapii, wczesnego wspomagania rozwoju, integracji sensorycznej.

Profesjonalizm w świadczeniu pomocy kobietom w ciąży i rodzinom dzieci z niepełnosprawnością, związany jest z wieloma elementami, m.in.: przestrzeganiem etyki zawodowej, umiejętnością rozwiązywania dylematów etycznych, określonym wykształceniem czy z dodatkowymi kwalifikacjami pracownika (certyfikowane szkolenie), możliwością konsultacji/

superwizji pracy, warunkami zatrudnienia, atmosferą w instytucji, wiedzą na temat usług wskazanych w Informatorze Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przygotowanym na podstawie art. 5 ustawy „Za życiem”. Należy również zapobiegać wysokiej fluktuacji asystentów, która najczęściej jest spowodowana nieodpowiednimi warunkami pracy. Praca asystenta z daną kobietą lub rodziną powinna mieć charakter ciągły. Udzielanie pomocy nie może być eksperymentowaniem. Organizowanie konsultacji/superwizji, spotkań zespołów multiprofesjonalnych i innego zaplecza niezbędnego do właściwego wykonywania zadań przez asystenta rodziny są obowiązkiem gminy.

Dodatek nr 1

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny – wariant optymalny

opracowanie:

Franciszek Bronk, Mirosława Jezior, Edyta Sinacka-Kubik, Magdalena Gajewska,
Monika Rudnik – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny – wariant optymalny

Propozycja działań w zakresie realizacji ustawy „Za życiem” i Programu kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” obejmująca szereg kompleksowych działań dla kobiet i rodzin z zakresu wsparcia i interwencji. Proces ten może rozpocząć się już od działań na terenie szpitala, w którym przebywa kobieta w ciąży.

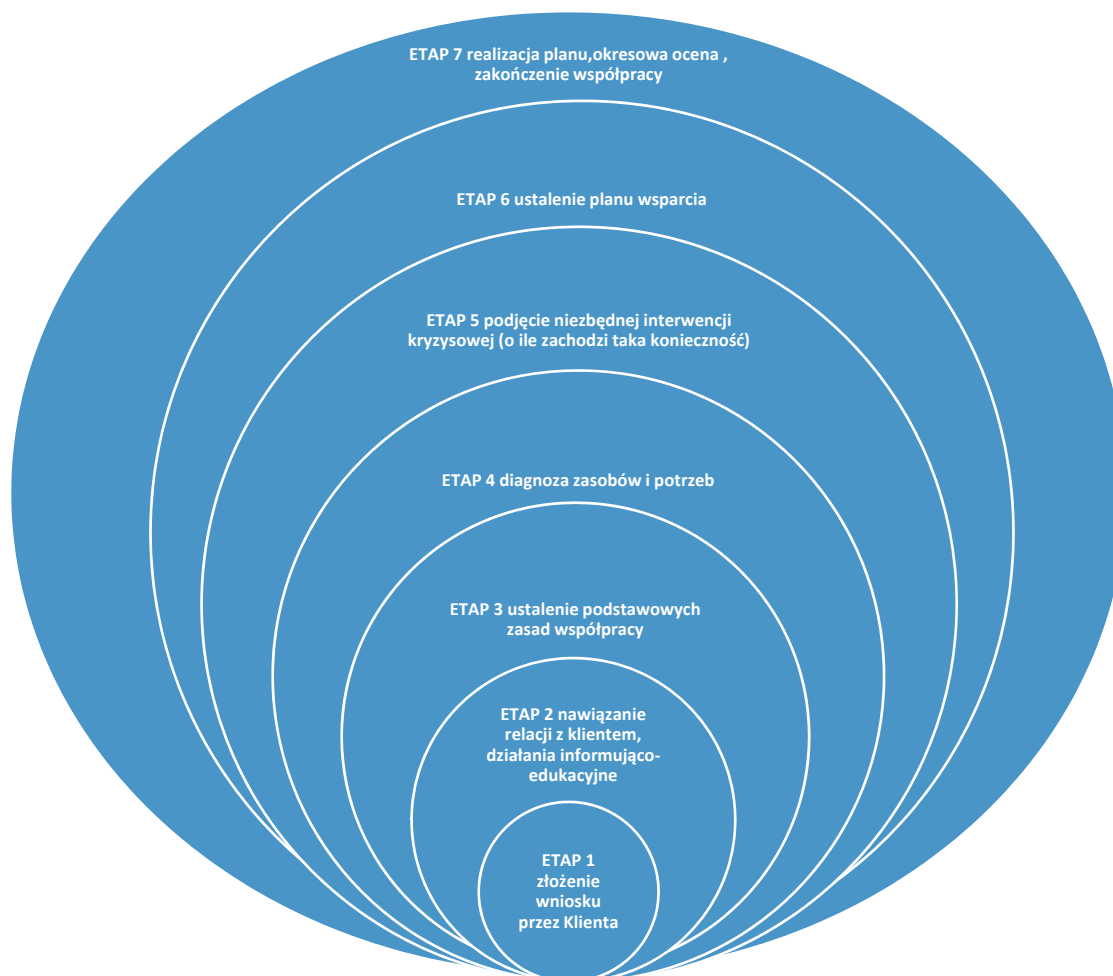
1.1. Orientacja w procesie wsparcia

W związku z nałożeniem na asystentów rodziny obowiązków i odpowiedzialności związanych z objęciem wsparciem nowej grupy specyficznych odbiorców, którzy pod względem potrzeb oraz zakresu zaangażowania asystenta rodziny istotnie odbiegają od dotychczasowych grup objętych pomocą. W obliczu powyższego pojawiły się przesłanki do opracowania propozycji usystematyzowanego i spersonalizowanego sposobu organizowania wsparcia. Po rozpoznaniu sytuacji przez zespół praktyków, proponuje się podejście oparte na zdefiniowaniu etapów w organizacji procesu wsparcia, przy uwzględnieniu poniższych założeń:

- ✓ Proces wsparcia składa się z szeregu powiązanych ze sobą działań, które zachodzą w ustalonej kolejności;
- ✓ Uszczegółowienie etapów w organizowanym procesie wsparcia pozwala na wprowadzenie punktów odniesienia pozwalających na orientację asystenta rodziny, w jakim miejscu oddziaływania znajduje się w pracy z klientem;
- ✓ Zaproponowana logika etapów daje szansę na uporządkowanie relacji „asystent rodziny – klient”, bowiem założenia planu wsparcia zostają wypracowane wspólnie z klientem i są wypadkową prezentowanych oczekiwań klienta oraz realnych możliwości oddziaływania asystenta rodziny;
- ✓ Prezentowana logika etapów oddziaływania stanowi element strukturyzujący podejście do planowania procesu wsparcia ze strony asystenta rodziny, tj. wychodzi czynnie naprzeciw potrzebom rodziny oraz ogranicza ryzyko: pominięcia ważnych czy wręcz niezbędnych potrzeb; przyjęcia niewłaściwej hierarchii ważności zidentyfikowanych potrzeb; zogniskowania uwagi na wątkach mało istotnych i oderwanych od kluczowych kontekstów;
- ✓ Tak zaplanowany proces wsparcia daje asystentowi rodziny poczucie bezpieczeństwa zawodowego poprzez wyposażenie asystenta rodziny w narzędzie wzbogacające jego warsztat pracy i dające konkretne wskazówki do pracy.

1.2. Etapy procesu wsparcia

Etapy procesu wsparcia przedstawia poniższy schemat. Zaprezentowane etapy wsparcia co do zasady mają zastosowanie do wszystkich sytuacji, w których udzielane jest wsparcie. Proponowane szczegółowe działania w ramach poszczególnych etapów planu wsparcia prezentuje **Załącznik nr 4 – Etapy procesu wsparcia**



Etap 1 – Złożenie wniosku o przyznanie asystenta rodziny

Proces wsparcia rozpoczyna się z chwilą złożenia wniosku o objęcie asystenturą rodzin przez Klientkę/rodzinę. Wniosek składany jest do właściwego, ze względu na miejsce zamieszkania kierownika ośrodka pomocy społecznej. Do wniosku załączona zostaje zgoda na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu, zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz przedkłada do wglądu jedno z zaświadczeń-zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu lub dokument potwierdzający ciężę. Po pozytywnej weryfikacji wniosku rodzinie przyznany zostaje asystent rodziny, o czym rodzina zostaje powiadomiona w formie pisemnej.

Etap 2 – Nawiązanie relacji z rodziną, działania informująco-edukacyjne

Asystent nawiązuje pierwszy kontakt z rodziną, który. Pierwszy kontakt asystenta rodziny z klientką służy nawiązaniu kontaktu z klientką, służy wstępnej ocenie stanu psychologicznego klientki, rozpoznaniu jej oczekiwań, przedstawienia roli asystenta rodziny i możliwym do uzyskania wsparciu z jego strony oraz możliwości skorzystania z lokalnych zasobów. Na tym etapie przewiduje się możliwość rezygnacji rodziny ze wsparcia asystenta rodziny, ponieważ dopiero na pierwszej wizycie, rodzina otrzymuje pełną wiedzę o jego roli i możliwych formach wsparcia. Ponadto na tym etapie uwzględnia się także możliwość zmiany asystenta rodziny na wniosek klientki, uznając nawiązanie relacji pomocowej za kluczowe w procesie wsparcia. Nawiązanie relacji z klientką przez asystenta rodziny w sytuacji zgłoszenia przez nią wniosku o przydzielenie wsparcia jest

trudnym zadaniem, z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo budowania kontaktu z klientem doświadczającym kryzysu psychologicznego. Pierwszy kontakt asystenta rodziny z klientką przeżywającą różne, często negatywne stany emocjonalne wymaga podążania w rozmowie za klientem. Pomocne będą pytania otwarte, zachęcające klientkę do dłuższych wypowiedzi, sprzyjające budowaniu relacji. Pytania zamknięte, na które odpowiedzią jest „tak” lub „nie” są właściwe w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia klientki lub innego członka rodziny, gdy wskazane jest podjęcie szybkich działań o charakterze interwencji kryzysowej.

Etap 3 – Ustalenie zasad współpracy

Na tym etapie następuje omówienie podstawowych zasad współpracy. Pozwala to na określenie sposobu wzajemnych kontaktów pomiędzy Klientką a asystentem rodziny w zakresie m.in. charakteru, zakresu oraz częstotliwości kontaktów.

Etap 4 – Diagnoza zasobów i potrzeb

Na tym etapie asystent rodziny w trakcie rozmowy pozyskuje od rodziny informacje, dzięki którym możliwe jest ustalenie zarówno zasobów, jak i czynników ryzyka (barier). Dane powinny być zbierane podczas swobodnej rozmowy i odnotowane po zakończeniu spotkania (chyba, że chodzi o dane takie jak data urodzenia, PESEL itp.). Asystent rodziny nie powinien posługiwać się kwestionariuszem zawierającym pytania, ponieważ nie sprzyja to dobrej komunikacji z rodziną. Zebrane informacje stanowią punkt wyjścia do wstępnej oceny sytuacji rodziny. Wstępne rozpoznanie powinno uwzględniać zebranie informacji i obserwacji pozwalających na ewentualne wykluczenie stanu kryzysu, lub jego potwierdzenie i w konsekwencji podjęcie w pierwszej kolejności działań o charakterze ratunkowym w odniesieniu do Klientki oraz działań asekuracyjnych w stosunku do pozostałych członków najbliższej rodziny. Należy pamiętać, że sytuacja kryzysu może wystąpić na każdym etapie wsparcia, a zatem działania o charakterze interwencji kryzysowej powinny zostać wdrożone zawsze w momencie jego stwierdzenia.

Przykładowe zagadnienia do kwestionariusza wywiadu oraz zasady prowadzenia wywiadu zawiera ***Załącznik nr 5 - Kwestionariusz oceny systemu rodzinnego.***

Etap 5 – Podjęcie niezbędnej interwencji kryzysowej

W sytuacji stwierdzenia stanu kryzysu w rodzinie, niezbędne jest podjęcie adekwatnych działań interwencyjnych zabezpieczających Klientkę oraz członków jej najbliższej rodziny (w szczególności małoletnie dzieci). W przypadku stwierdzenia kryzysu w pierwszej kolejności należy podjąć działania w kierunku opanowania kryzysu, a dopiero w dalszej kolejności można przejść do planowych działań rozłożonych w czasie.

W przypadku, gdy Klientka/rodzina korzystała we wcześniejszym okresie ze wsparcia specjalistycznego, należy rozpoznać możliwości kontynuowania wsparcia. W zależności od rodzaju stwierdzonych trudności (zdrowie psychiczne, somatyczne, psycho-somatyczne) – organizowane jest adekwatne wsparcie specjalistyczne dla Klientki i/lub członków jej rodziny. W przypadku braku możliwości ze strony Klientki sprawowania opieki nad małoletnimi dziećmi – należy zabezpieczyć opiekę nad dziećmi (z wykorzystaniem zasobów bliższej/dalszej rodziny lub korzystając z możliwości oferowanych przez system pieczy zastępczej). Proponowane szczegółowe działania w ramach Etapu 4 prezentuje ***Załącznik nr 6 – Podjęcie działań o charakterze interwencji.***

Etap 6 – Ustalenie planu wsparcia

Po etapie zażegnania kryzysu i ustabilizowania sytuacji rodziny lub w przypadku, gdy podjęcie działań ratunkowych nie było konieczne, podejmowane są czynności w kierunku zbudowania planu wsparcia, przy aktywnym udziale Klientki/rodziny. Plan wsparcia jest formą wzajemnej umowy pomiędzy Klientką i asystentem rodziny, zawierającym katalog niezbędnych działań do realizacji, określającym sposób i czas ich wykonania, a także monitorowanie postępów. Plan wsparcia zawiera

również wskazanie podmiotów/osób, z którymi rodzina/asystent rodziny na wniosek rodziny będzie współpracował, w celu jak najbardziej adekwatnej pomocy.

Etap 7 – Realizacja ustalonych zadań, okresowa ocena postępów, wprowadzanie niezbędnych korekt, zakończenie oddziaływania.

Realizacja planu wsparcia jest na bieżąco monitorowana przez asystenta rodziny oraz podlega okresowej ocenie w zakresie postępów realizacji kontraktu. W zależności zachodzących zmian w sytuacji rodziny, plan wsparcia może być modyfikowany i dostosowywany do bieżących potrzeb. Asystent rodziny wraz z rodziną podejmuje również decyzje o zakończeniu współpracy.

1.3. Algorytmy jako czynna forma treningu podejmowanych czynności na rzecz klientki/rodziny.

Szczegółowe rozwiązania dotyczące postępowania asystenta rodziny w zdefiniowanych poniżej trzech sytuacjach prezentują algorytmy, które stanowią załącznik do niniejszego dokumentu (**Załącznik nr 1, 2, 3,**).

- ✓ ***Algorytm A0** – Działania sytemu umożliwiające Klientce podjęcie decyzji odnośnie skorzystania z pełni przysługujących jej uprawnień wynikających z Ustawy „Za Życiem”*
- ✓ ***Algorytm A1** – Działania wspierające w związku objęciem Klientki wsparciem asystenta rodziny w sytuacji, w której nie stwierdzono stanu kryzysu.*
- ✓ ***Algorytm A2** – Postępowanie asystenta rodziny w przypadku wystąpienia stanu kryzysu a w konsekwencji konieczności podjęcia działań stabilizacyjnych w odniesieniu do Klientki i jej rodziny*

1. **Zakres stosowania:** pomoc społeczna, instytucje systemu wspierania rodziny, służba zdrowia, inne podmioty działające na rzecz rodziny.
2. **Rozpoczęcie postępowania:** złożenie do ośrodka pomocy społecznej/ gminy wniosku o objęcie wsparciem w formie asystenta rodziny.
3. **Sposób postępowania:** zgodnie z algorytmem.
4. **Zakończenie postępowania:** podjęcie działań na rzecz ustabilizowania sytuacji Klienta, objęcie środowiska rodziny monitorowaniem sytuacji, udzielenie adekwatnej pomocy do stwierdzonych potrzeb.
5. **Warunki** niezbędne do właściwego przygotowania asystenta rodziny do objęcia wsparciem nowej grupy odbiorców:
 - ✓ Zapoznanie z obowiązującymi przepisami prawa (ze szczególnym uwzględnieniem zapisów dotyczących czasu jaki przewidziano na opracowanie szczegółowych regulacji prawnych w odniesieniu do nowych i jeszcze nie funkcjonujących ofert).
 - ✓ Analiza/inwentaryzacja zasobów funkcjonującego systemu wsparcia o zasięgu gminnym i powiatowym w tym dostępnych usług medycznych.
 - ✓ Stworzenie podwalin działań ponadsektorowych – zorganizowanie spotkania kluczowych podmiotów celem ustalenia zasad współpracy (reprezentanci: pomocy społecznej, podmioty udzielające świadczenia finansowe, podmioty realizujące usługi medyczne, inne).
 - ✓ Przygotowanie merytoryczne – trening/szkolenie w zakresie podejścia do animowania działań wspierających w nowym obszarze działań i odpowiedzialności, w tym:
 - zapoznanie z psychologicznymi uwarunkowaniami funkcjonowania osób w sytuacji traumy związanej z uzyskaniem informacji o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej zdrowiu dziecka (z uwzględnieniem symptomatyki kryzysu emocjonalnego i psychicznego oraz sposobów postępowania w takim przypadku);

- zapoznanie z możliwymi sposobami animowania działań wspierających wg propozycji rozwoju relacji pomocowej wg. logiki następujących etapów;
 - prześledzenie algorytmów działania dla konkretnych scenariuszy sytuacji, w jakich znalazła się Klientka/rodzina, ewentualne opracowanie własnych uwzględniających lokalne uwarunkowania.
6. **Dlaczego** warto stosować algorytmy?
- ✓ Możliwość samodzielnego wykorzystania techniki jako elementu „treningu wyobraźni”.
 - ✓ Daje sposobność do pogłębiania refleksji nad planowanymi działaniami.
 - ✓ Może być ważnym elementem wdrażania do nowych obowiązków i odpowiedzialności.
 - ✓ Jest techniką na tyle uniwersalną, że można go stosować do wszelkiego rodzaju planowanych działań wspierających, ratunkowych.
7. **Co zyskuje** klient/rodzina, a co asystent rodziny przy usystematyzowanym podejściu do animowania procesu wsparcia:
- Klient/rodzina:
- ✓ Zdobycie rzetelnej informacji o sposobie działania pomocy społecznej (weryfikacja funkcjonujących negatywnych stereotypów).
 - ✓ Nabywanie kompetencji w zakresie samodzielnego poruszanie się w funkcjonującym systemie wsparcia a w tym skuteczniejszego docierania do funkcjonujących ofert i usług
 - ✓ Zwiększanie poczucie sprawczości a tym samym pewności siebie w kontekście sprawnego organizowania codziennych obowiązków.
 - ✓ Przeświadczenie/pewność zasad co do funkcjonowania bezwarunkowego elementu oparcia.
 - ✓ Stabilizowanie zachwianego poczucia bezpieczeństwa/uzyskanie elementarnego poczucia bezpieczeństwa w nowej sytuacji.
 - ✓ Wypracowanie dystansu do swoich indywidualnych doświadczeń, poprzez osadzenie jednostkowej sytuacji rodziny w szerszym kontekście społecznym/środowiskowym/ systemu wsparcia.
- Asystent rodziny:
- ✓ Poczucie pewności w podejmowanych działaniach.
 - ✓ Poczucie konkretności w zakresie roli do wypełnienia (w miarę układania relacji pomocowej dookreślanie roli) opierającej się na respektowaniu zasady angażowania w pierwszej kolejności zasobów, możliwości i uprawnień Klienta/rodziny.
 - ✓ Utrwalanie roli asystenta rodziny opartej na: koordynowaniu działań, informowaniu i edukowaniu, animowaniu niezbędnych form wsparcia wychodzących naprzeciw potrzebom Klienta/rodziny po wykorzystaniu jego zasobów, możliwości.
 - ✓ Ustalanie kluczowych punktów odniesienia pozwalających na ewentualny powrót do realizowanych ustaleń i działań – w przypadku takiej potrzeby (np. niezadowolenie Klienta, relatywizowanie ustaleń, uznawanie efektów za niezgodnych z oczekiwaniami).
 - ✓ Poczucie bezpieczeństwa zawodowego związane z poczuciem pewności co do obszarów bezpośredniej odpowiedzialności oraz możliwość oparcia realizacji planu na innych podmiotach udzielających wsparcia czy oferujących usługi.
 - ✓ Wzmocnienie posiadanych kompetencji – poprzez objęcie wsparciem nowej specyficznej co do potrzeb grupy odbiorców.
 - ✓ Poczucie zawodowej satysfakcji – w związku z powodowanym sprawstwem w zakresie skutecznego animowania działań wspierających na rzecz udzielenia skutecznej pomocy Klientce/rodzinie.
8. Symbole występujące w procedurze:



Zdarzenie – oznaczające początek lub koniec procedury



Czynność – działanie. Opisuje poszczególne działania w obrębie procedury



Podjęcie decyzji – wskazuje jakie decyzje zostały podjęte



Dokument, który jest sporządzany w obrębie procedury

9. **Opis** najważniejszych działań podejmowanych w ramach algorytmów:

Algorytm A0 opisuje działanie systemu wsparcia uwidaczniające jego profilaktyczny wymiar poprzez aktywne informowanie o możliwościach i zapraszanie do współpracy w kluczowych momentach kontaktu matki dziecka z jego przedstawicielami. Momenty te to: powzięcie informacji o tym, że ciąża nie rozwija się prawidłowo, po urodzeniu dziecka oraz w momencie składania wniosku o wypłatę jednorazowego świadczenia. Na wskazanych etapach matka uzyskuje pisemną informację o możliwościach uzyskania pomocy i przysługujących jej uprawnieniach, pytana jest również o ewentualne wyrażenie zgody na nawiązanie kontaktu z pracownikiem pomocy społecznej (pracownik socjalny lub asystent rodziny) mającego na celu osobiste przedstawienie oferty spersonalizowanego wsparcia. Taka sytuacja daje szansę na stosunkowo szybkie podjęcie działań na poziomie minimalizującym ryzyko wystąpienia głębokiego kryzysu, a przez to ogranicza skutki ewentualnych zaniechań w zakresie podejmowanych działań pomocowych. Ponadto w proponowanych działaniach akcentuje się ponadprzeciętny poziom wyczulenia systemu na szczególny charakter sytuacji w jakiej znalazła się matka dziecka i jej rodzina – co uzasadnia przyjęcie czynnej postawy polegającej na wychodzeniu z inicjatywą do Klientki w zakresie informowania i umożliwienia bezpośredniego kontaktu z pracownikiem systemu wspierania rodziny. Działanie takie może przynieść wymierne korzyści zarówno matce dziecka przez jak najwcześniejsze określenie jej potrzeb i uruchomienie adekwatnych form wsparcia, jak i samego systemu pomocy – bowiem działania animowane na wczesnym etapie rozwoju sytuacji są bardziej skuteczne, jak i generujące optymalny poziom kosztów. Jak wynika z algorytmu w przypadku odmowy matki dziecka w zakresie skontaktowania jej z asystentem rodziny społecznej, propozycje są ponawiane w kolejnych ważnych momentach związanych z przebiegiem i dynamiką ciąży i okresu poporodowego. Propozycjom tym towarzyszy zawsze świadomość problemu z jakim zmaga się matka dziecka, następuje monitorowanie/ocena sytuacji matki – co w przypadku wystąpienia kryzysu ułatwia podjęcie decyzji o działaniach ratunkowych. Wykonanie działań zapisanych w algorytmie wymaga synchronizacji zasobów służby zdrowia i systemu wsparcia rodziny – co dodatkowo wzmacnia szansę osiągnięcia stanu wysokiej efektywności podejmowanych działań.

Algorytm A1 i Algorytm A2 prezentują przykładowe możliwości rozwoju działań w dwóch kluczowych wariantowych sytuacjach tj. pierwszej, gdzie animowanie działań wspierających nie napotyka na poważne utrudnienia spowodowane wystąpieniem symptomów kryzysu, oraz sytuację kryzys uwzględniającą. Można je uznać za wariantową kontynuację sytuacji opisanej w algorytmie A0 tj. od momentu, gdy matka dziecka wyraża zgodę na kontakt z pracownikiem pomocy społecznej i decyduje się na złożenie wniosku o objęcie wsparciem asystenta rodziny. Przykład, w którym występują przesłanki występowania kryzysu na samym początku zakłada podjęcie działań stabilizujących (Algorytm A2). Jest on oparty o plan działań wypracowany przez zaangażowanych reprezentantów grupy interdyscyplinarnej – co daje szansę na szybkie ustalenie wszelkich niezbędnych działań, a także gwarantuje bezpośredni przepływ ważnych informacji i pozwala na podział ewentualnych ról i odpowiedzialności. Jednocześnie podejmowane są działania asekurowające całą rodzinę. Opanowanie sytuacji kryzysu jest bowiem niezbędnym warunkiem do podjęcia dalszych działań w animowanym procesie wsparcia.

Algorytmy odzwierciedlają najważniejsze działania podejmowane w procesie wsparcia. Warto zwrócić uwagę na okna symbolizujące decyzję Klientki odnośnie proponowanych działań. Momentem podjęcia ważnej decyzji jest (po etapie przydzielenia Klientce/rodzinie asystenta rodziny oraz po nawiązaniu relacji) ustalenie czy wyraża ona zgodę na dalszą współpracę z asystentem rodziny (w ogóle), bądź z przydzielonym konkretnie asystentem rodziny. Asystent rodziny powinien uzyskać potwierdzenie od Klientki na dalsze działania, bowiem uzyskiwane w trakcie oddziaływań ważne informacje – które dla Klientki mogą być szczególnie wrażliwe czy trudne w przekazywaniu, stanowią o minimalnych warunkach skuteczności działań. Takie podejście do sprawy jest wyrazem podkreślającym podmiotowość Klientki, okazaniem szacunku dla jej wewnętrznych dylematów, przeżywanego niepokoju i obaw o przyszłość dziecka i rodziny. Wynika to ze szczególnej sytuacji, w której nawiązuje się relacja – i w przypadku braku dyspozycji po stronie Klientki do kontynuowania działań, próba wdrażania dalszych etapów animowania planu pomocy w którym niezbędna będzie pełna współpraca Klientki skazana jest na niepowodzenie. W związku z tym wydaje się to szczególnie uzasadnione by w tej sytuacji być wyczulonym i podążać za wyrażaną dyspozycją Klientki.

Ponadto warto zwrócić uwagę na liczbę i rodzaj dokumentów do wytworzenia w trakcie animowanego procesu działań wspierających – stanowić będą one o możliwościach ewaluacji całego procesu, są elementem porządkującym, a także pozwolą na ewentualną ocenę/kontrolę jego prawidłowości, pozwolą wrócić do poczynionych ustaleń w sytuacjach tego wymagających (np. relatywizowanie ustaleń stron/podmiotów, formułowanie nieobiektywnych ocen, wyrażanie niezadowolenia przez Klientkę).

Całość proponowanych działań w opracowanych algorytmach wynika z logicznych zależności i może być traktowana jak wartościowy element odniesienia w podejściu do animowania procesu wsparcia. Jest formą ćwiczenia w myśleniu o procesie wsparcia uplastyczniającą niejako wyobraźnię asystenta rodziny zarówno co do tego jak powinien działać dobrze zsynchronizowany system pomocy (medycznej, społecznej) oraz co do rodzaju, kolejności i wagi podejmowanych przez niego działań.

Załączniki:

1. *Załącznik nr 1 – Algorytm A0. Działania systemu umożliwiające Klientce podjęcie decyzji odnośnie skorzystania z pełni przysługujących jej uprawnień wynikających z Ustawy „Za Życiem”*
2. *Załącznik nr 2 – Algorytm A1. Działania wspierające, w związku objęciem Klientki wsparciem asystenta rodziny w sytuacji, w której nie stwierdzono stanu kryzysu*
3. *Załącznik nr 3 – Algorytm A2. Postępowanie asystenta rodziny w przypadku wystąpienia stanu kryzysu a w konsekwencji konieczności podjęcia działań stabilizacyjnych w odniesieniu do Klientki i jej rodziny*
4. *Załącznik nr 4 – Etapy procesu wsparcia*
5. *Załącznik nr 5 – Kwestionariusz oceny systemu rodzinnego*
6. *Załącznik nr 6 – Podjęcie działań o charakterze interwencji*

Załącznik nr 1

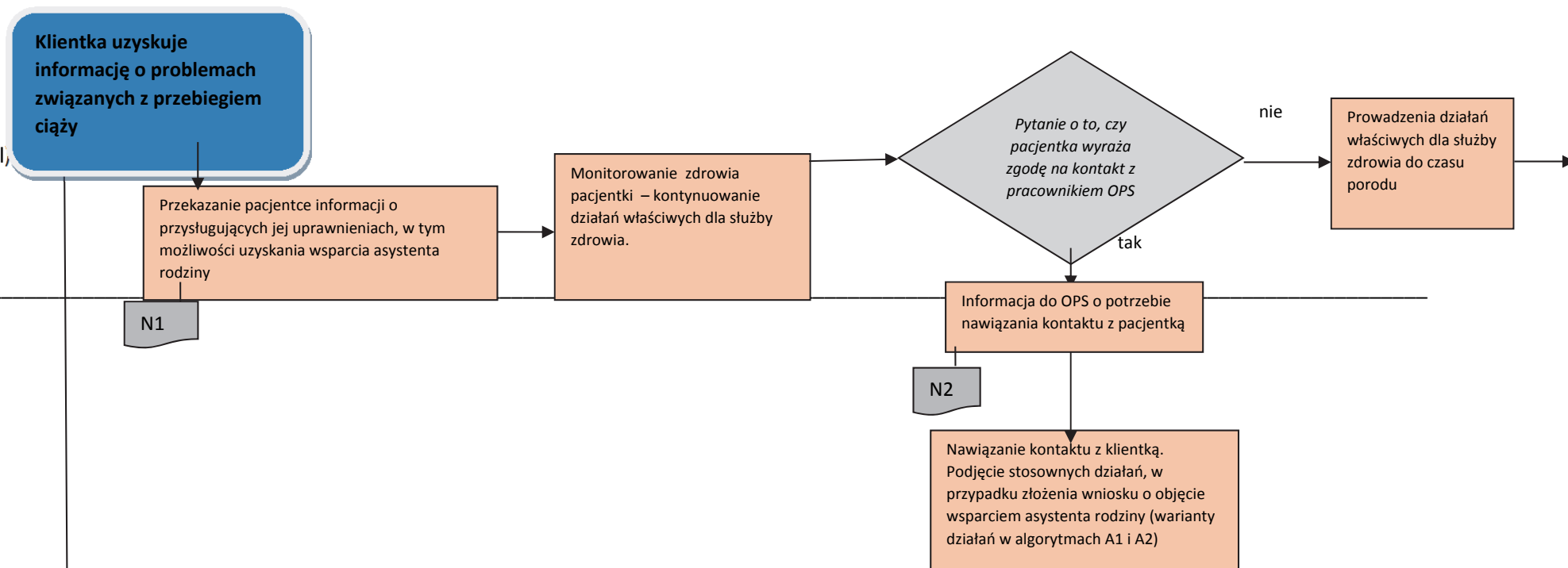
Algorytm A0. Działania sytemu umożliwiające Klientce podjęcie decyzji odnośnie skorzystania z pełni przysługujących jej uprawnień wynikających z Ustawy „Za Życiem” Str. 1

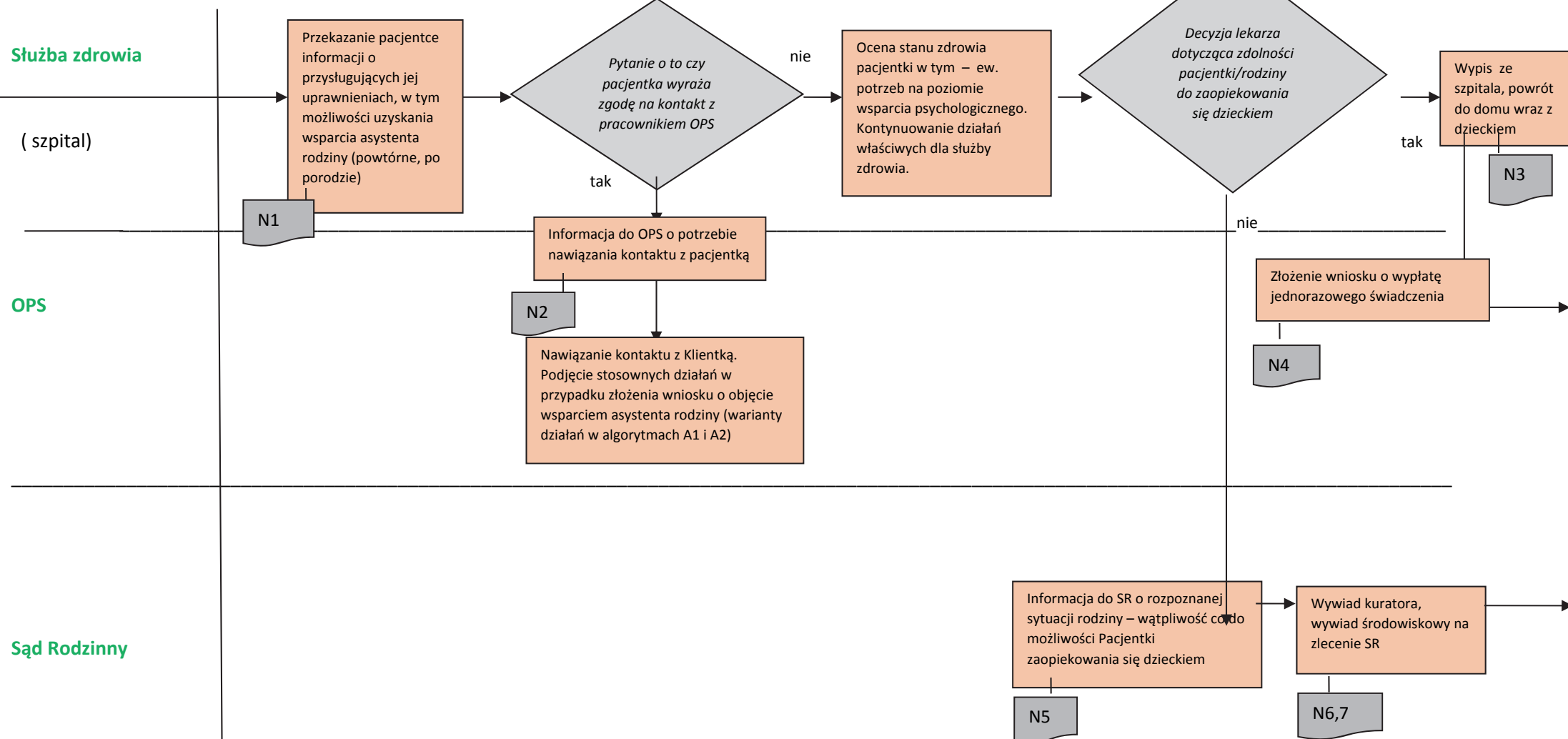
Służba Zdrowia

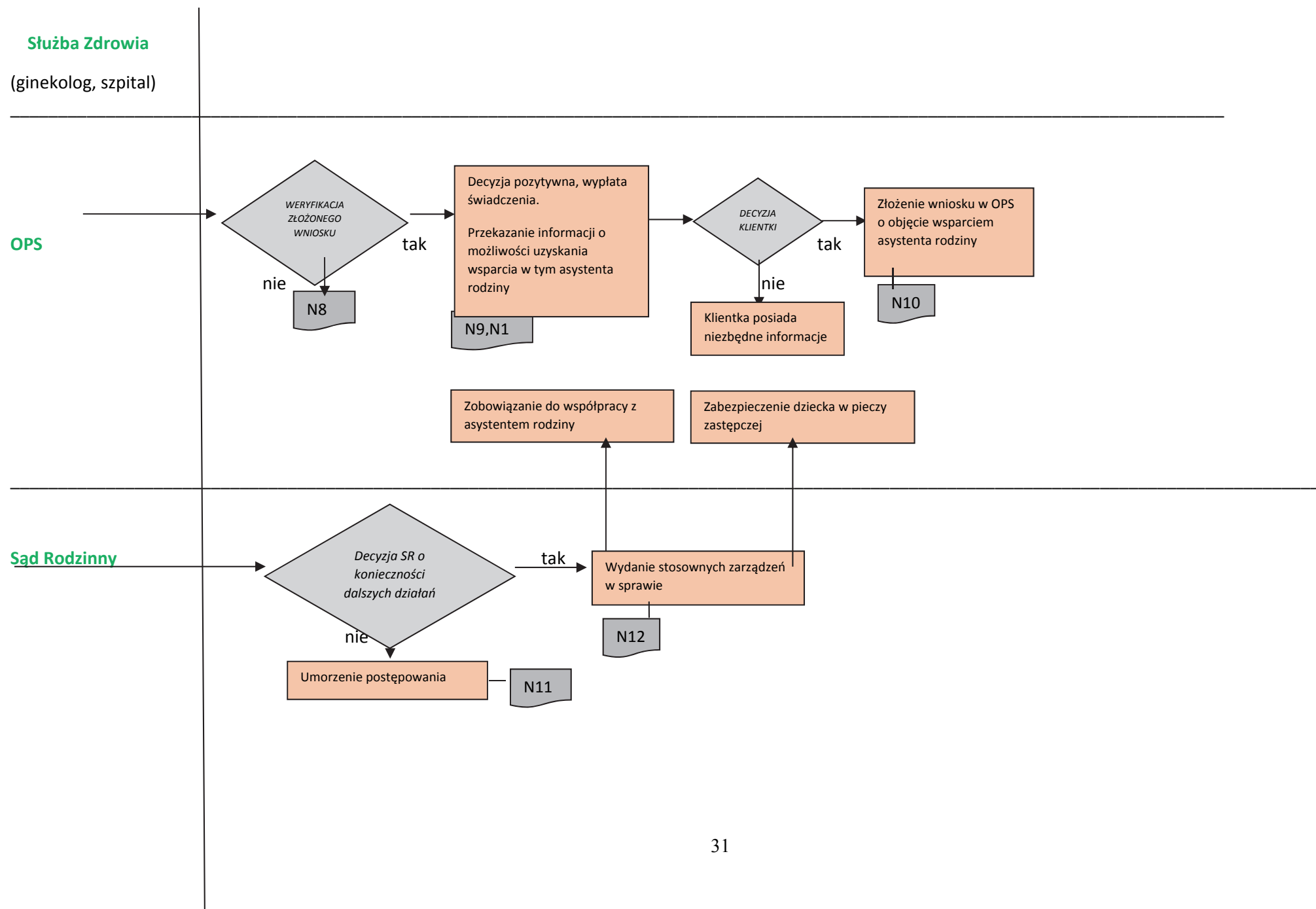
(ginekolog, szpital)

OPS

Sąd Rodzinny





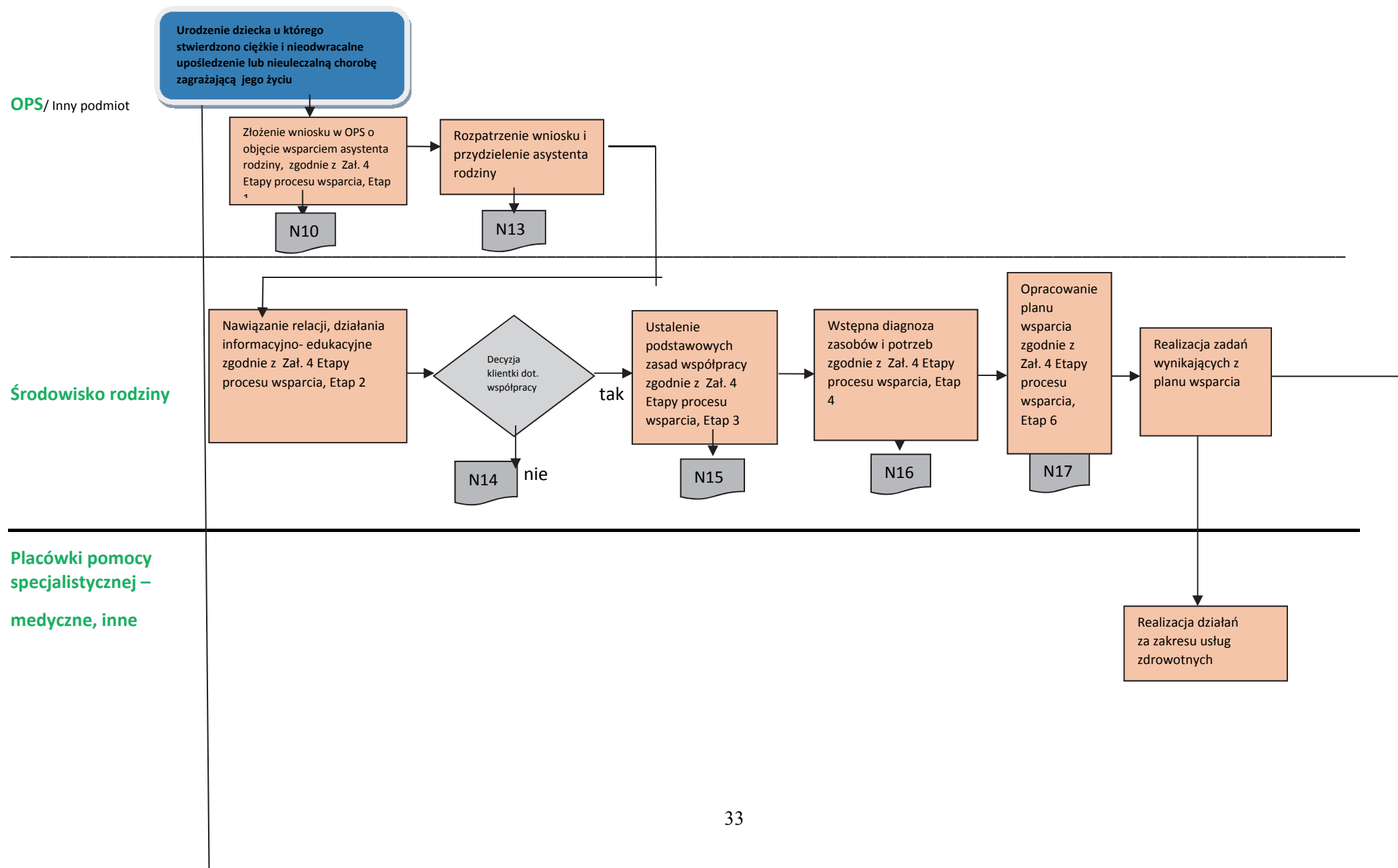


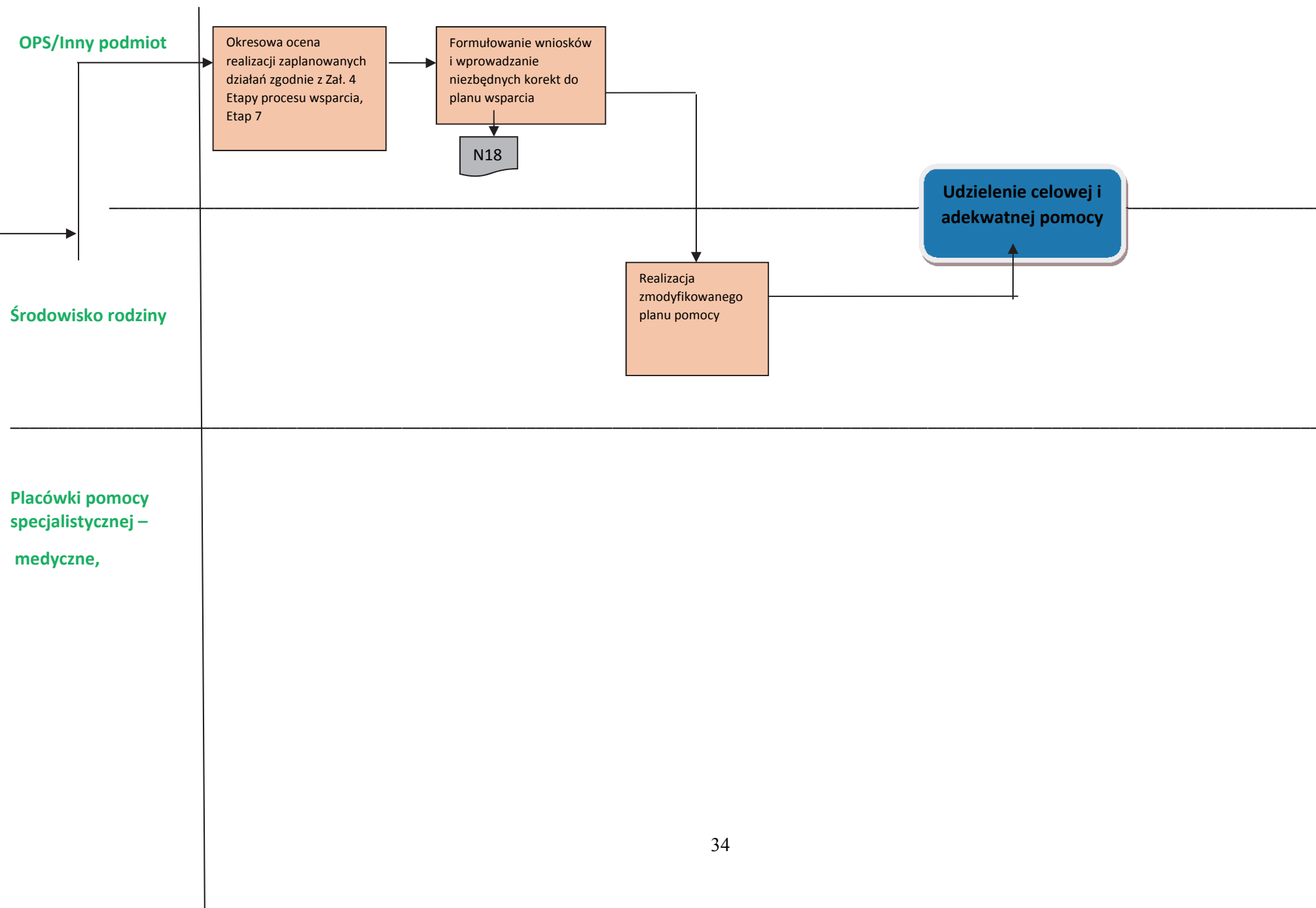
Wykaz dokumentów związanych z algorytmem A0:

- N1 – pisemna informacja o przysługujących uprawnieniach, w tym możliwości uzyskania wsparcia asystenta rodziny
- N2 – pismo do OPS o potrzebie nawiązania kontaktu z pacjentką
- N3 – wypis ze szpitala
- N4 – wniosek o przyznanie jednorazowego świadczenia finansowego wraz z wymaganymi załącznikami tj. zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna chorobę zagrażającą życiu oraz zaświadczeniem lekarskim/zaświadczeniem wystawionym przez położną , potwierdzającym pozostawanie pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu
- N5 – pismo do Sądu Rodzinnego o wgląd w sytuację rodziny
- N6 – wywiad sporządzony przez kuratora Sądu Rodzinnego
- N7 – wywiad środowiskowy sporządzony przez pracownika socjalnego
- N8 – możliwe warianty: decyzja odmowna odnośnie przyznania jednorazowego świadczenia finansowego, informacja o nierozpatrzeniu wniosku, wezwanie do uzupełnienia wniosku, przekazanie zgodnie z właściwością miejscową np. do innego ops
- N9 – decyzja pozytywna odnośnie przyznania jednorazowego świadczenia finansowego
- N10 – wniosek o objęcie wsparciem asystenta rodziny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych, zgoda na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu, oraz jedno z zaświadczeń – zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu lub dokument potwierdzający ciążę
- N11 – postanowienie sądu (sytuacja umorzenia postępowania)
- N12 – postanowienie sądu np. zobowiązanie do współpracy z asystentem rodziny, zabezpieczenie dziecka w pieczy zastępczej

Załącznik nr 2

Algorytm A1. Działania wspierające w związku objęciem Klientki wsparciem asystenta rodziny, w sytuacji w której nie stwierdzono stanu kryzysu. Str. 1





Wykaz dokumentów związanych z algorytmem A1:

- N10 – wniosek o objęcie wsparciem asystenta rodziny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych, zgoda na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu oraz jedno z zaświadczeń – zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu lub dokument potwierdzający ciążę
- N13 – informacja o przyznaniu wsparcia asystenta rodziny
- N14 – wniosek o zmianę asystenta lub oświadczenie o rezygnacji ze wsparcia asystenta rodziny
- N15 – notatka pisemna z ustaleń poczynionych z rodziną, w tym o zakresie współpracy
- N16 – kwestionariusz oceny systemu rodzinnego
- N17 – plan wsparcia
- N18 – aktualizacja planu wsparcia z uwzględnieniem korekt

Załącznik nr 3

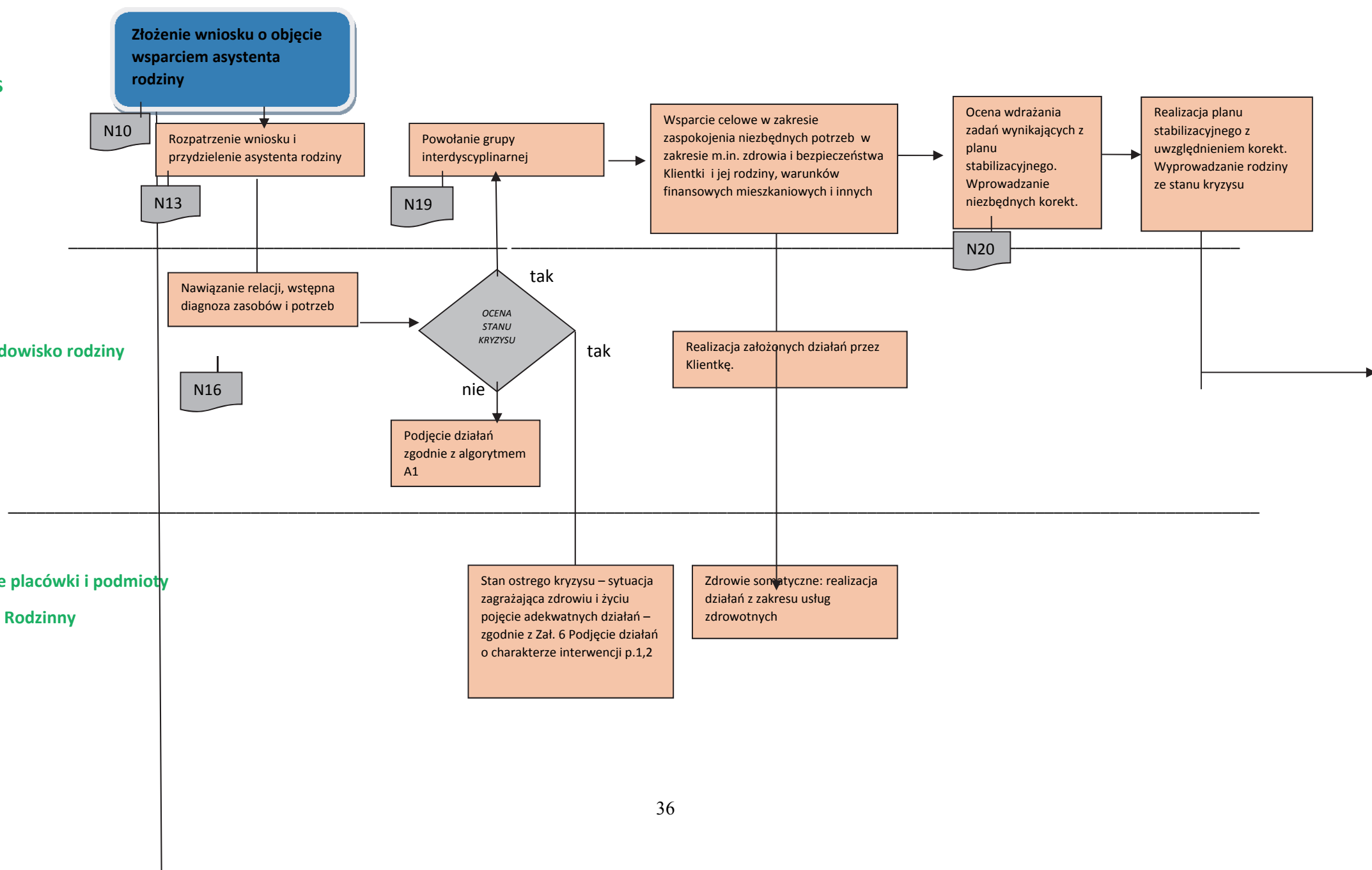
Algorytm A2. Postępowanie asystenta rodziny w przypadku wystąpienia stanu kryzysu, a w konsekwencji konieczności podjęcia działań stabilizacyjnych w odniesieniu do Klientki i jej rodziny. Str. 1

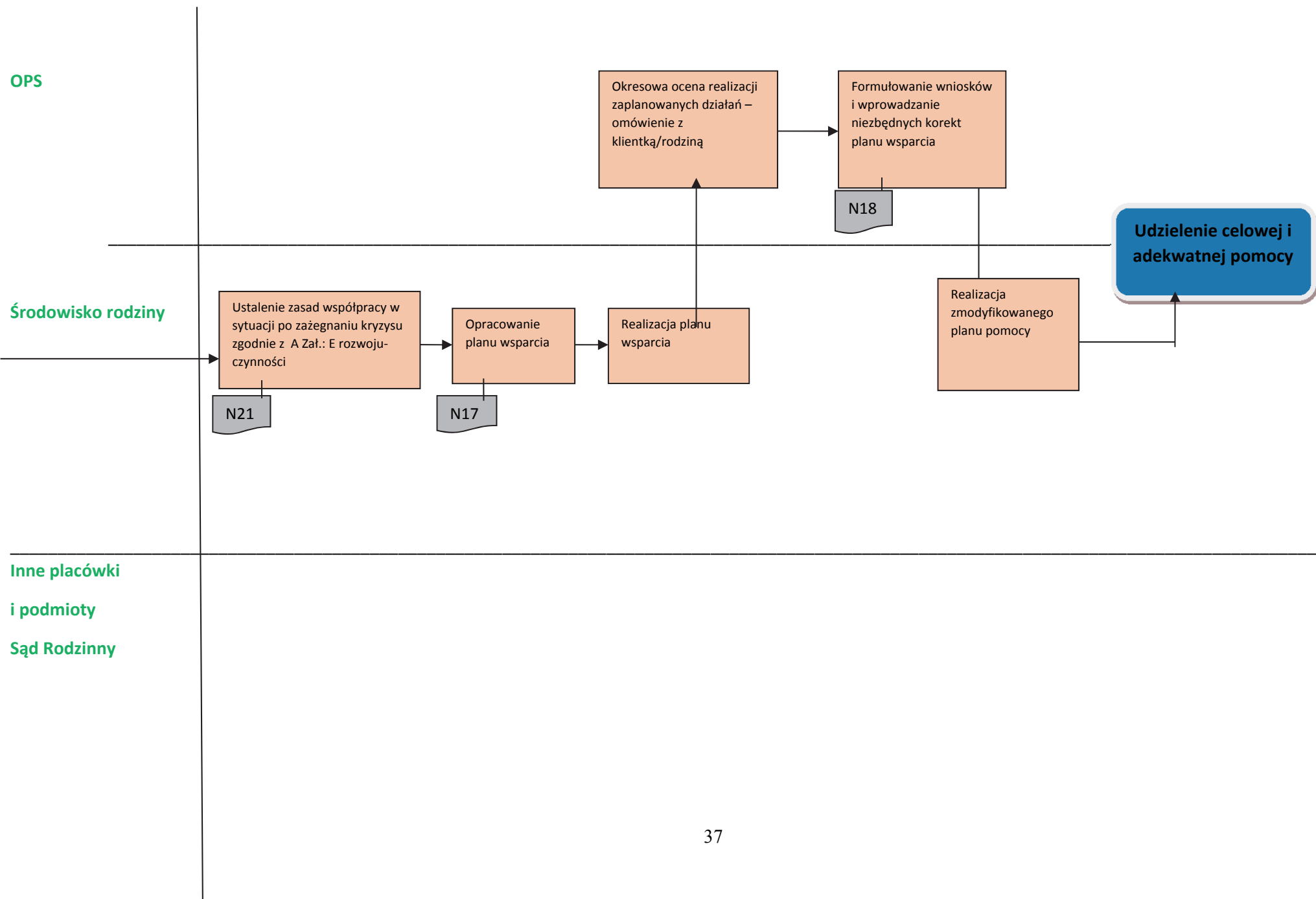
OPS

Środowisko rodziny

Inne placówki i podmioty

Sąd Rodzinny

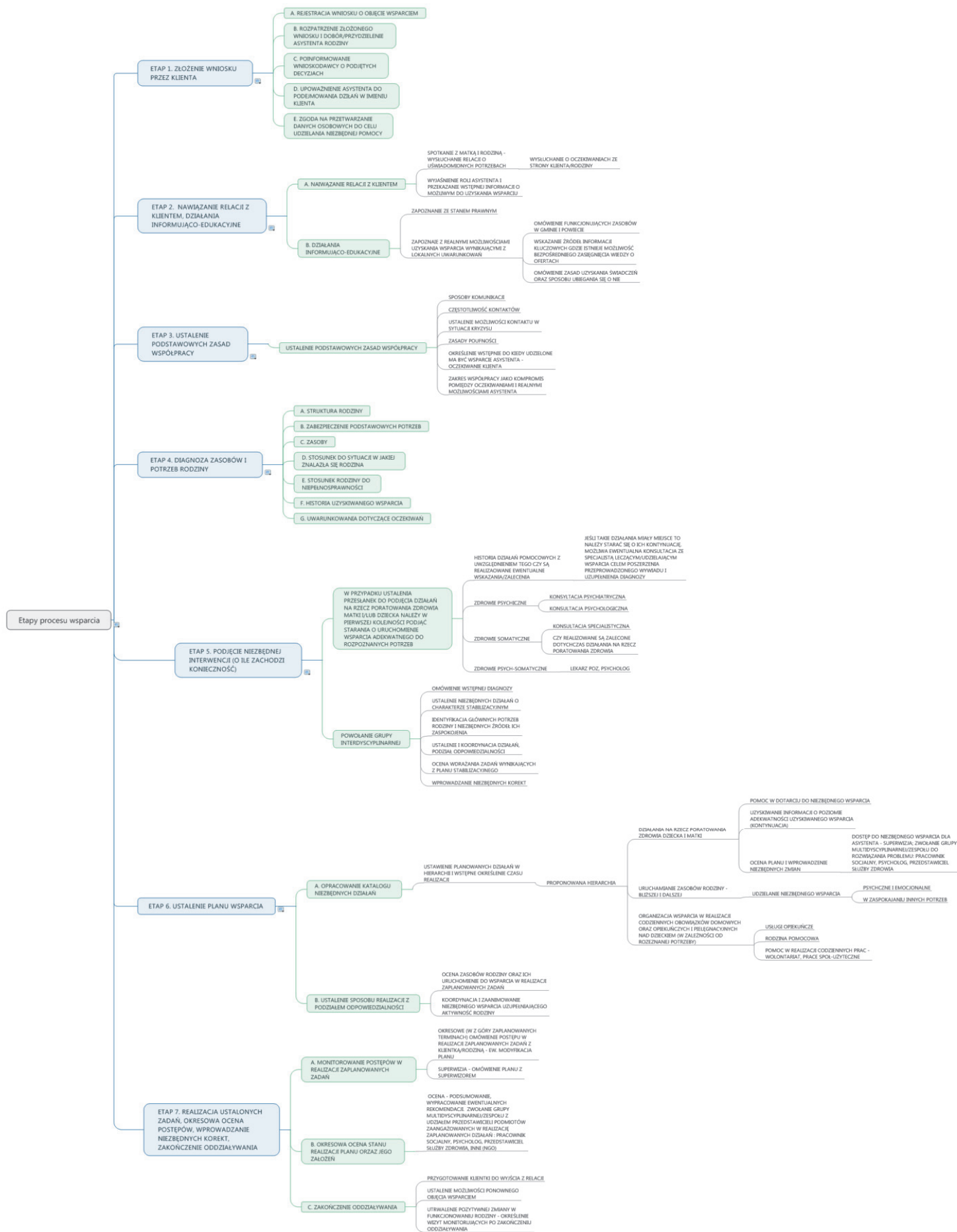




Wykaz dokumentów związanych z algorytmem A2:

- N10 – wniosek o objęcie wsparciem asystenta rodziny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych, zgoda na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu, oraz jedno z zaświadczeń – zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu lub dokument potwierdzający ciężę
- N13 – pismo informujące o przyznaniu wsparcia asystenta rodziny
- N16 – kwestionariusz oceny systemu rodzinnego
- N19 – plan działań stabilizujących
- N20 – notatka dotycząca oceny stanu wdrożenia działań stabilizujących
- N21 – notatka pisemna z ustaleń poczynionych z rodziną, po zażegnaniu kryzysu
- N17 – plan wsparcia
- N18 – aktualizacja planu wsparcia z uwzględnieniem korekt

Załącznik nr 4 – Etapy procesu wsparcia



Niniejszy kwestionariusz ma służyć jako narzędzie pomocnicze dla asystenta rodziny w zakresie diagnozowania stopnia kryzysu w jakim znajduje się klientka i jej rodzina, zasobów klientki i jej systemu rodzinnego oraz czynników ryzyka zaburzeń w funkcjonowaniu klientki i jej rodziny. W związku z tym zawarte w nim pytania stanowią wskazówki do uwzględnienia w rozmowie z klientką, a uzyskane w ten sposób informacje pomogą w adekwatnej ocenie systemu rodzinnego.

Kwestionariusza nie zabieramy na spotkanie z klientką, staramy się mieć w pamięci pytania i zbierać informacje podczas swobodnej rozmowy – będąc w kontakcie z klientką. Staramy się nie notować podczas spotkania, chyba, że są to informacje dot. daty urodzenia, adresu itp., lub ważnych informacji uzyskanych od klientki, które mogłyby nam umknąć, np. przemoc w rodzinie, choroba członka rodziny – w tym przypadku wskazane jest notowanie w formie haseł, które po spotkaniu z klientką możemy rozwinąć. Prosimy rodzinę o zgodę na notowanie podczas rozmowy. Po spotkaniu dobrze jest zarezerwować sobie czas na spisanie informacji o rodzinie.

KWESTIONARIUSZ OCENY SYSTEMU RODZINNEGO w zakresie diagnozy zasobów i potrzeb oraz czynników ryzyka dezorganizacji systemu rodzinnego.

1. Struktura rodziny

- Czy Klientka pozostaje w związku małżeńskim/partnerskim?
- Jaki jest charakter związku – czy związek można określić jako trwały, oparty na stałej relacji ?
- Czy jest to pierwsze czy kolejne dziecko w rodzinie?
- Jeżeli są dzieci w rodzinie, to czy dzieci są zdrowe/chore przewlekłe/niepełnosprawne?
- Kto jeszcze wchodzi w skład rodziny?

2. Zabezpieczenie podstawowych potrzeb

- Jaka jest sytuacja finansowa i mieszkaniowa klientki/rodziny – w kontekście czynników determinujących: wzmacniających elementarne poczucie bezpieczeństwa, lub czynników istotnie je zaburzających?

3. Zasoby

- Czy Klientka ma oparcie w partnerze, czy w sytuacji jest zaangażowany partner ?
- Czy Klientka/rodzina może liczyć na wsparcie dalszej rodziny – na kogo, w jakim zakresie?
- Czy Klientka/rodzina otwarcie rozmawia na temat trudnej sytuacji, kto o niej wie?
- Czy w rodzinie istnieją wypracowane strategie radzenia sobie z kryzysem, jeśli tak, to jakie?

4. Stosunek do sytuacji, w jakiej znalazła się rodzina

- Jak rodzina zareagowała na wiadomość o zaistniałej sytuacji?
- Jak rodzina rozumie sytuację, w jakiej się znalazła?
- Czy w historii życia rodziny miało miejsce podobne doświadczenie?
- Czy rodzina przewiduje trudności, jakie mogą pojawić się w ich życiu, w związku z zaistniałą sytuacją, jeśli tak, to jakie?

5. Stosunek rodziny do niepełnosprawności

- Jaką rodziną posiada doświadczenia w kontakcie z osobą niepełnosprawną?
- Jeśli posiada doświadczenie, to jakie istniały wypracowane strategie radzenia sobie z istniejącymi barierami/ewentualnymi problemami wynikającymi z niepełnosprawności?
- Ustalenie, czy w podejściu do niepełnosprawności klientka/rodzina kieruje się doświadczeniami i wie o możliwościach uzyskania pomocy/skorzystania z przysługujących uprawnień, czy też przekonania klientki oparte są na stereotypach.

6. Historia uzyskiwanego wsparcia

- Czy klientka/członkowie rodziny kiedykolwiek korzystała/korzystali ze wsparcia w szczególności: członków rodziny (bliższej, dalszej), otoczenia (m.in. sąsiedzi, znajomi), specjalistów (psychologa, psychiatry, terapeuty, innych)? Jeśli tak, to gdzie i w związku z jaką sytuacją?

7. Uwarunkowania dotyczące oczekiwań

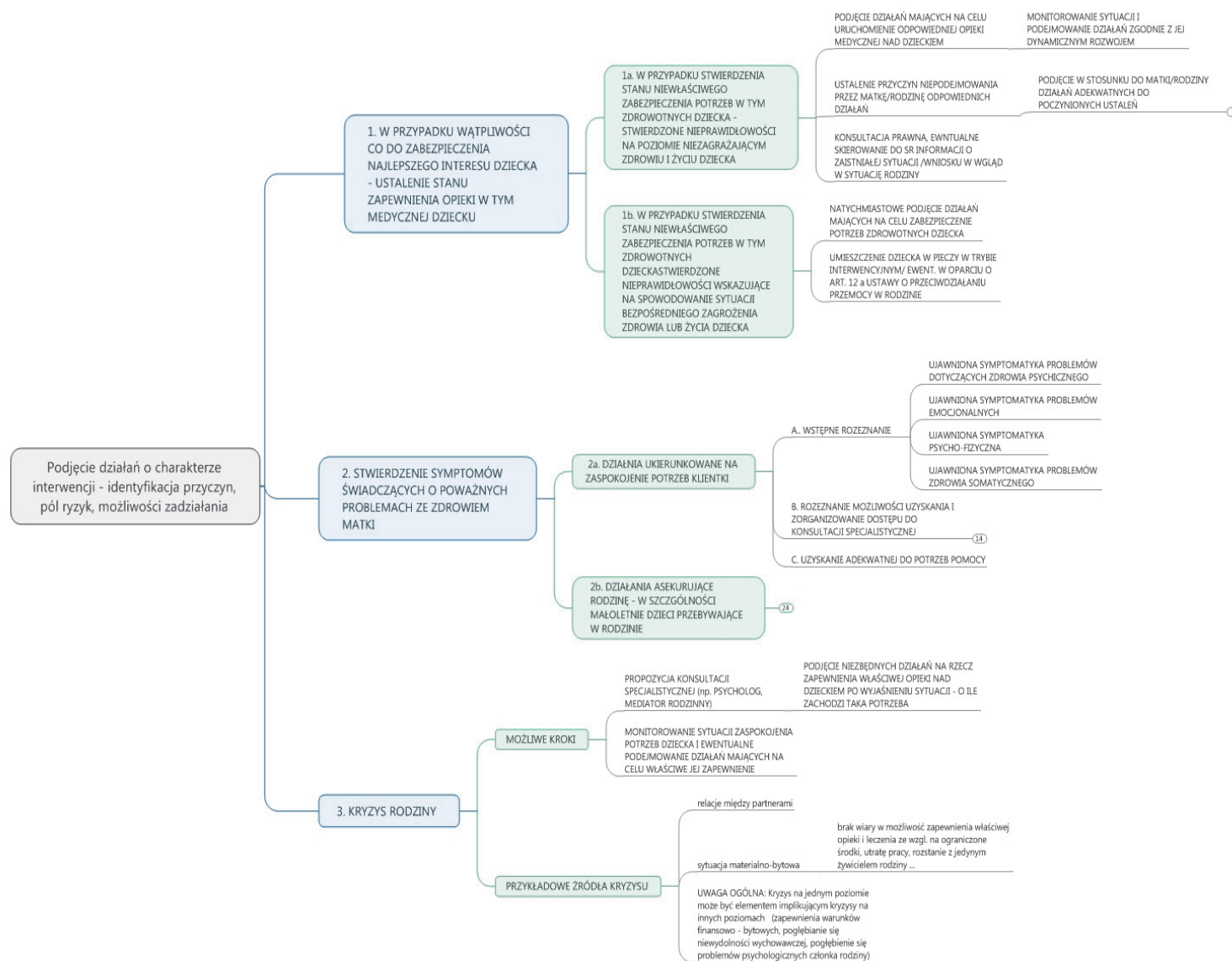
- Czy klientka/rodzina posiada wiedzę o przysługujących uprawnieniach, jeśli tak, to w oparciu o jakie źródła -środki masowego przekazu, ulotki informacyjne, analiza ustawy i programu?
- Jakiego rodzaju wsparcia klientka/rodzina oczekuje od asystenta rodziny: emocjonalnego, informacyjnego, materialnego, instrumentalnego?

8. Identyfikacja innych obszarów problemowych w rodzinie:

- Czy aktualnie w życiu rodziny istnieją inne niezwiązane z sytuacją trudności?
- Czy ewentualne problemy mogą zdaniem rodziny wpływać na aktualną sytuację. Jeśli tak, to w jaki sposób?

Załącznik nr 6 – Podjęcie działań o charakterze interwencji.

Analiza sytuacji na poziomie skutków.



Dodatek nr 2

Specyfika działania asystenta w środowisku małomiasteczkowym i wiejskim

Opracowanie:

Agnieszka Macyk, Małgorzata Mróz, Marta Trybuś – Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Asystentów Rodziny

Realizacja zadań w zakresie pomocy osobom i rodzinom w małym mieście lub na wsi różni się od prowadzenia działań w mieście większą dostępnością do wsparcia uzyskanego w środowisku rodzinnym i sąsiedzkim, lecz mniejszą w zakresie pomocy instytucjonalnej.

Działania przygotowujące do prowadzenia asystentury rodziny według ustawy „Za życiem” składać powinny się z poniżej opisanych etapów.

Etap I Inwentaryzacja zasobów w gminie – co jest na miejscu, co w niedalekiej odległości (np. w mieście powiatowym, ewentualnie wojewódzkim, jeśli jest w odległości do 50 km), czego brakuje i w najbliższej przyszłości nie będzie. Inwentaryzacja pozwoli urealnić możliwości gminy, bowiem nie można zaproponować kobiecie w ciąży i jej rodzinie czegoś czego nie ma, a ustawodawca to przewidział, jako opcję do skorzystania. Ponadto konieczne przy inwentaryzacji zasobów jest upewnienie się, że mieszkanka gminy może skorzystać z usługi np. w mieście wojewódzkim, bowiem takie miasto często realizuje programy w zakresie ochrony zdrowia, pomocy społecznej czy edukacji skierowane do osób zameldowanych/zamieszkałych na terenie miasta lub w pierwszej kolejności dla swoich mieszkańców. Inwentaryzacja powinna objąć przegląd dostępności np. następujących podmiotów: • szpitale II i III poziomu referencyjnego, • ośrodki i poradnie prowadzące diagnostykę prenatalną, • ośrodki i poradnie, w których psychologowie pracują z osobami po stracie i w kryzysie, • ośrodki opieki paliatywnej i hospicyjnej, • ośrodki i poradnie rehabilitacyjne, • podmioty zatrudniające położne i pielęgniarki tzw. środowiskowe, • poradnie laktacyjne, • punkty/ośrodki pomocy prawnej, • przedszkola i żłobki integracyjne i specjalne, • poradnie zdrowia psychicznego, w tym lekarzy psychiatrów, • parafie, kościoły oraz związki wyznaniowe – czy mają możliwość udzielenia wsparcia duchowego. W małej gminie nie ma z reguły specjalistycznych oddziałów położniczych. Brakuje specjalistów i poradni oraz specjalistycznych ośrodków. Rodzice potrzebujący wsparcia, o których mowa w ustawie „Za życiem” będą musieli udać się do większych miast po pomoc. Dla rodzin mało mobilnych, bez środka własnego transportu, często oznacza to dojazd jednym lub nawet kilkoma środkami transportu. Kiedy pojawi się jeszcze dziecko z niepełnosprawnością to dotarcie do specjalisty staje się dużym wyzwaniem. Należałoby więc zagwarantować takiej rodzinie transport, aby mogli skorzystać z pomocy. Asystent rodziny nie powinien wozić rodziny własnym samochodem ze względów bezpieczeństwa. Kolejnym problemem, z jakimi borykają się małe gminy, to rejonizacja w ośrodkach specjalistycznych, w których przyjmują jedynie osoby z danego miasta lub z miejscowości oddalonych od niego o niewielką ilość kilometrów. Należałoby więc w takich okolicznościach, o jakich mówi ustawa „Za życiem” zadbać o to, by zostały podpisane porozumienia pomiędzy ośrodkami pomocy społecznej a ośrodkami specjalistycznymi (np. ośrodki rehabilitacyjne, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki interwencji kryzysowej, hospicja dla dzieci).
Etap II Oficjalne wystąpienie do jednostek ujętych w ustawie „Za życiem” i równocześnie zinwentaryzowanych jako dostępne dla mieszanek danej gminy z prośbą o podpisanie porozumienia o współpracy. Konieczne w porozumieniu jest ujęcie zapisu o udzielaniu pomocy poza kolejnością, w trybie określonym w ustawie „Za życiem”.
Etap III Przygotowanie pracowników ośrodków pomocy społecznej lub innych podmiotów wsparcia rodziny (asystentów rodziny, pracowników socjalnych) poprzez system szkoleń z zakresu pracy w obszarach: • interwencji kryzysowej, • pracy z osobą po stracie, • pracy z osobą w żałobie, • świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży powikłanej oraz rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością.
Etap IV Opracowanie gminnego informatora nt. możliwości wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin w danej gminie oraz poza gminą, np. w mieście powiatowym i wojewódzkim z precyzyjną adnotacją, czy pomoc ta przysługuje mieszkance gminy i czy osoba zwracająca się o wsparcie może na nie liczyć poza kolejnością. Ponadto opracowanie formularza wniosku dla rodziny o objęcie wsparciem, druku indywidualnego katalogu możliwego wsparcia (zob. propozycję druku w rozdziale 5 części właściwej), opracowanie druku upoważnienia dla asystenta, wyposażenie asystenta w identyfikator.

Specyfika pracy z odbiorcami usług asystenta rodziny środowisku małomiasteczkowym i wiejskim.

Kobieta, która dowiedziała się, że jej dziecko urodziło się z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem lub z nieuleczalną chorobą zagrażającą jego życiu otrzymuje informację o tym, że może uzyskać wsparcie asystenta rodziny od razu od personelu szpitala. Szpitale położnicze powinny zostać zaopatrzone w informatory dla takich kobiet i posiadać podstawową wiedzę na temat zadań asystenta, aby umiał odpowiedzieć na pierwsze pytania rodziny potrzebującej wsparcia. Kobiety z małych miast i wsi często rodzą w szpitalach w większych miastach. Po uzyskaniu informacji o chorobie dziecka mogą przeżywać silne emocje i mieć trudność w podejmowaniu jakichkolwiek decyzji. Dlatego też należałoby zadbać o to, by wzór wniosku o przydzielenie asystenta w gminie z której pochodzi, mogła zabrać ze szpitala i go wypełnić, gdy jej stan emocjonalny się poprawi. Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej o możliwych formach wsparcia oraz gotowy wniosek zabrany ze szpitala pozwoli na to, by kobieta przypominała sobie o takiej możliwości, nawet jeśli podczas pobytu w szpitalu nie była w stanie zebrać myśli i niewiele do niej trafiało, z tego co się wokół niej dzieje. Po powrocie do domu, gdy zauważy ten wniosek i Informator o możliwości skorzystania z różnych form wsparcia udzielanych na podstawie ustawy „Za życiem”, w tym z pomocy asystenta rodziny, może zdecydować się na jego złożenie w ośrodku pomocy społecznej lub w innej instytucji wspierania rodziny w gminie

Wniosek ten należy złożyć w ośrodku pomocy społecznej, bo w małych miastach i wsiach tam jest zwykle zatrudniony asystent rodziny. Wniosek tafia do dyrektora lub kierownika ośrodka pomocy społecznej, który następnie przekazywany jest do koordynatora sekcji pomocy środowiskowej, do której najczęściej przynależą asystenci. Koordynator natomiast przekazuje wniosek do konkretnego asystenta. Często w małych miastach i wsiach w gminie zatrudniony jest tylko jeden asystent i bez względu na jego specjalistyczne kompetencje i predyspozycje będzie zmuszony podjąć pracę z taką rodziną. Stanowić to będzie dla niego spore obciążenie, dlatego też bezwzględnie taki asystent powinien mieć zagwarantowane konsultacje/supervizję oraz szkolenie dotyczące pracy z rodzinami, które muszą się zmierzyć z takim problemem. Ze względu na duży ładunek emocjonalny oraz na intensywność takiej pracy, asystent rodziny pracujący z takimi rodzinami powinien mieć mniejszą ilość rodzin. Chcąc bowiem udzielać wsparcia, reprezentować w urzędach, pomagać w realizowaniu codziennych obowiązków, wizyty w takiej rodzinie będą częste i czasochłonne. Ze względu na brak w małych miastach i wsiach poradni specjalistycznych asystent będzie zmuszony jechać do oddalonych nawet o kilkadziesiąt kilometrów instytucji, co wymaga dużego nakładu czasu. Nie będzie więc w stanie przy obecnie obowiązującej liczbie rodzin (15) efektywnie pracować ze wszystkimi. Ze względu na konieczność dojazdu do ośrodków specjalistycznych należałoby zapewnić asystentom rodziny możliwość korzystania albo z samochodu służbowego, jeśli ośrodek takim dysponuje, otrzymanie delegacji ze zwrotem kosztów, a jeżeli asystent korzysta z samochodu prywatnego do celów służbowych to otrzymanie ryczałtu na paliwo.

Asystent rodziny odwiedzając rodziny, w której urodziło się chore dziecko będzie też zmuszony do wykonywania licznych telefonów np. w celu umawiania spotkań ze specjalistami, dlatego pracodawca powinien zadbać o to, by posiadał on telefon służbowy z opłaconym abonamentem.

Asystent rodziny po otrzymaniu wniosku od swojego przełożonego sam umawia się na spotkanie z rodziną. Rodzina decyduje o czasie i miejscu pierwszego spotkania. Asystent rodziny musi być przygotowany do udzielania informacji, jaką pomoc może otrzymać rodzina oraz gdzie może się po nią udać. Aby mógł to realizować potrzebuje wykazu wszelkich placówek specjalistycznych działających najbliżej miejsca zamieszkania rodziny. Asystent rodziny pomaga rodzinie w pierwszej kolejności usystematyzować działania, jakie rodzina musi podjąć. Pomaga w ustaleniu działań priorytetowych.

Podczas wizyt asystent rodziny musi wykazać się delikatnością. Musi pamiętać, by nie zasypywać matki pytaniami. Może się zdarzyć, że matka nie potrafi nawet dokładnie przekazać informacji jakie otrzymała od lekarza co do stanu zdrowia swojego dziecka. Dlatego, jeśli matka

wyrazi taką wolę asystent rodziny może razem z matką/rodzicami dziecka udać się do lekarza w celu uzyskania informacji. Asystenta obowiązuje tajemnica zawodowa i nikomu bez zgody rodziny nie ujawnia uzyskanych informacji.

Asystent pomaga również w uzyskaniu wszelkich świadczeń, jakie kobieta może otrzymać z zakresu systemu wsparcia rodziny czy pomocy społecznej. Pomaga w uzyskaniu orzeczenia o niepełnosprawności dziecka. Wskazane byłoby, żeby wszelkie formularze posiadał przy sobie podczas wizyt w rodzinie, aby rodzice mogli te wnioski spokojnie wypełnić.

Rodzina, która boryka się z problemem ciężkiej choroby dziecka powinna być objęta wsparciem psychologa. Niestety w małych miastach i wsiach brakuje specjalistów i najczęściej trzeba się udać do większego miasta. Asystent posiada dane teleadresowe do instytucji, które oferują taką pomoc i wsparcie, a w razie potrzeby towarzyszy podczas takiego spotkania, jeśli rodzina wyrazi taką wolę.

Asystent rodziny pomaga również w zebraniu wszelkich potrzebnych dokumentów do uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności i innych świadczeń. Asystent rodziny – na mocy uzyskanego upoważnienia – może wystąpić o wydanie niezbędnych dokumentów z poszczególnych urzędów.

Asystent rodziny winien posiadać adresy placówek rehabilitacyjnych oraz podnoszących standard życia dzieci z niepełnosprawnością i pomaga rodzinie w skorzystaniu z ich pomocy.

W razie zdiagnozowania nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu dziecka asystent informuje rodziców o możliwości skorzystania z pomocy fundacji i stowarzyszeń, które prowadzą hospicja peri – i postnatalne. Pomaga w skontaktowaniu się z takimi fundacjami, za zgodą rodziny towarzyszy podczas pierwszej wizyty.

Rolą asystenta w tej ostatniej sytuacji będzie przede wszystkim towarzyszenie i udzielanie wsparcia. W małych miastach to często asystent będzie pełnił rolę psychologa. Oczywiście powinien zachęcać rodzinę do skorzystania ze wsparcia specjalisty, ale jeżeli rodzina nie wyrazi takiej gotowości to powinien sam szukać możliwości konsultacji u specjalistów, aby dowiedzieć się jak pomóc takiej rodzinie, a jakich błędów nie popełnić. Powinien więc sam uzyskać możliwość konsultacji, przeszkolenia czy superwizji, zwłaszcza, że w małych miejscowościach często jest zatrudniony tylko jeden asystent i musi mierzyć się samodzielnie z różnymi obciążeniami i utrudnieniami.

Gdy kobieta otrzymuje od lekarza informację o tym, że jej dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu lub gdy dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych to rola asystenta polegająca na koordynowaniu poradnictwa ograniczy się przede wszystkim do wsparcia psychologicznego i pomocy prawnej. Jeśli ośrodek pomocy społecznej podpisał porozumienie z ośrodkiem interwencji kryzysowej lub innym ośrodkiem czy poradnią, gdzie pracują psychologowie, pierwsza wizyta asystenta w rodzinie powinna być przeprowadzona z interwentem kryzysowym/psychologiem. Po wizycie następuje ocena stanu psychicznego kobiety. Jeśli asystentowi nie możemy zapewnić wsparcia interwenta kryzysowego/psychologa niezbędna jest konsultacja psychologiczna/superwizja. Brak dostępu do takich form wsparcia winno w przypadku takich rodzin wykluczać możliwość podjęcia przez niego samodzielnie pracy z kobietą przeżywającą traumę po stracie dziecka. Tylko takie skoordynowane działanie gwarantuje bowiem prawidłową realizację zadań z ustawy „Za życiem”. Należy pamiętać, że asystent rodziny zatrudniony w gminie wiejskiej może mieć jedynie ogólne przygotowanie do pracy w zawodzie i w tak trudnej sytuacji rodziny musi zostać wsparty przez wysokiej klasy specjalistów.

Spotkania asystenta w tym przypadku z członkami rodziny: partnerem/mężem, dziećmi, dalszą rodziną, o ile jest to możliwe, także powinny odbywać się w obecności psychologa/interwenta kryzysowego. Spotkania mają służyć przygotowaniu otoczenia na możliwe zachowania/reakcje kobiety, która ma stracić lub już utraciła dziecko, przebieg procesu żałoby. Ważne, aby uwrażliwić otoczenie na objawy nieprawidłowości, np. zbyt długi przeżywanie żałoby i co zrobić w takiej sytuacji. Celem tych spotkań jest także stworzenie planu wsparcia kobiety i pozostałych członków

rodziny, szczególnie dzieci – czy są w stanie zapewnić pomoc kobiecie w rodzinie, czy potrzebują pomocy z zewnątrz.

Na kolejnym spotkaniu asystenta z kobietą i rodziną asystent opracowuje plan pomocy (katalog możliwego wsparcia), uwzględniający potrzeby kobiety/rodziny i możliwości na danym terenie (pamiętamy, że w etapie systemowym mamy dobrze zinwentaryzowane zasoby). Kobieta określa także wstępnie, czy pójdzie do instytucji samodzielnie, czy oczekuje towarzyszenia od asystenta. Dalej następuje właściwa koordynacja poradnictwa przez asystenta – kontakt z instytucjami wskazanymi w poprzednim etapie przez kobietę, wspólnie z nią lub przez samego asystenta na podstawie upoważnienia, otrzymanego od kobiety. Szczegółowo etapy pracy opisano w kolejnych dodatkach będących załącznikami do materiału szkoleniowego.

W przypadku, kiedy kobieta po porodzie nie może zabrać ze sobą do domu dziecka z powodu poronienia, urodzenia dziecka martwego, dziecka niezdolnego do życia lub obciążonymi wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami to podstawowym zadaniem asystenta będzie skierowanie rodziny do specjalisty, jakim dysponuje gmina lub do instytucji, fundacji i stowarzyszeń, które zajmują się wspieraniem kobiet po stracie dziecka oraz poszukanie możliwości umieszczenia żywego, ciężko chorego dziecka w hospicjum dziecięcym, jeśli kobieta i rodzina tego sobie życzy. W tym przypadku istnieje także możliwość poinformowania o instytucji pieczy zastępczej, o ile stan zdrowia dziecka na taką pomoc pozwala.

Ze względu na traumę praca z rodziną w takiej sytuacji powinna być podjęta natychmiast po wpłynięciu wniosku do ośrodka pomocy społecznej. Wskazane jest, aby na oddziałach położniczych, kiedy kobieta znajdzie się w tak dramatycznej sytuacji otrzymała informację od wykwalifikowanego personelu szpitalnego o możliwości otrzymania wsparcia w postaci asystenta. Konieczna jest więc zaznajomienie personelu szpitala z rolą i zadaniami asystenta. Jeżeli kobieta wyrazi taką chęć psycholog/lekarz w jej imieniu informuje ośrodek pomocy społecznej lub inny podmiot wspierania rodziny zatrudniający asystentów rodziny i asystent może spotkać się z kobietą w szpitalu, bo jeśli dziecko jest niezdolne do życia, bądź obciążone wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi to matka nie będzie miała czasu na samodzielne szukanie odpowiedniej instytucji. Ważne jest, aby kobieta i rodzina nie pozostawała w tej sytuacji sama, bez wsparcia. Działanie w takich sytuacjach musi być podejmowane bardzo szybko. Pojawia się po raz kolejny konieczność, aby asystent posiadał albo samochód służbowy, albo ryczałt na paliwo.

Asystent rodziny – w przypadku śmierci dziecka – może poinformować kobietę/rodzinę o przysługującym jej prawie pochowania dziecka. Może pomóc w zorganizowaniu pochówku. Towarzyszy członkom rodziny w załatwianiu formalności i spraw urzędowych. Może również pomóc w realizowaniu codziennych obowiązków. Asystuje, jeśli rodzina wykaże taką chęć, podczas spotkań z lekarzami. W przypadku decyzji rodziców o umieszczeniu dziecka chorego w placówce całodobowej systemu zdrowia lub w pieczy zastępczej – poszukuje takich możliwości.

Asystent może zostać skierowany do rodziny, kiedy już powróci kobieta ze szpitala do domu. Wówczas głównym zadaniem asystenta rodziny będzie udzielanie wsparcia psychologicznego i pomoc w podjęciu codziennych czynności.

Wzór porozumienia

POROZUMIENIE zawarte dnia

pomiędzy

Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w, reprezentowanym przez

a

....., reprezentowanym przez

Przedmiotem porozumienia jest udzielanie wsparcia kobietom i ich rodzinom, które spełniają przesłanki opisane w ustawie z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i ich rodzin „Za życiem”.

§ 1

1. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w oraz zobowiązują się do wzajemnej współpracy w celu skutecznego udzielania wsparcia kobietom w ciąży, |w szczególności tym u których dziecka zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, powstałą w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.
2. Wsparcie będzie także udzielane kobietom, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu oraz kobietom, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych.

§ 2

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w obejmie kobiety o której mowa w § 1 oraz jej rodzinę usługą koordynacji świadczoną przez asystenta rodziny zatrudnionego w GOPS.

§ 3

..... udzieli asystentowi, o którym mowa w § 2 niezbędnych informacji na temat możliwych form wsparcia dla kobiet i ich rodzin oraz ustali najbliższy możliwy termin (poza kolejnością) do skorzystania z określonych usług przez kobietę i jej rodzinę.

Dodatek nr 3

Specyfika realizacji asystentury przez organizacje pozarządowe

Opracowanie:

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie
DLA RODZINY” w Częstochowie

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie
Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Organizacje pozarządowe realizujące asystenturę rodziny prowadzą zazwyczaj również inne formy pomocy rodzinie, m.in. poradnictwo specjalistyczne oraz placówki wsparcia dziennego. Obok asystentów rodziny zatrudniają innych specjalistów: psychologów, pedagogów, mediatorów, terapeutów rodzinnych, wychowawców. Korzystają też z zasobów samych rodzin, zwłaszcza tych, które podniosły już na tyle swoje umiejętności, że mogą teraz być przykładem dla innych. Stwarzają więc możliwość łączenia różnorodnej, kompleksowej działalności przez realizację różnych projektów – także twórczej, innowacyjnej i pożytecznej działalności z rodziną oraz poszczególnymi jej członkami. Organizacje pozarządowe, które decydują się na realizowanie usług asystenckich mogą jednocześnie posiadać:

- zaplecze socjalne (lokale, miejsca, gdzie świadczą pomoc),
- rzeczowe (szereg artykułów z darowizn i sprzętów np. rehabilitacyjnych, gier edukacyjnych, zabawek i innych do przekazania lub wykorzystania na zajęciach),
- finansowe (możliwość indywidualnego wsparcia kobiety, rodziny lub zakupienia/pozyskania jej nieodpłatnie usługi, niezbędnych artykułów; organizacji zbiórek finansowych i rzeczowych dla konkretnej rodziny/kobiety),
- zasoby osobowe i kadrowe do realizacji asystentury, w tym wolontariuszy, którzy mogą zostać wykorzystane do wspierania kobiet, rodzin i dzieci, pomocy w opiece nad dziećmi,

Dzięki temu stowarzyszenia/fundacje mogą dowolnie łączyć oddziaływania o charakterze terapeutycznym, wykorzystując specjalistów zatrudnionych w innych placówkach lub projektach organizacji (mediator, radca prawny, terapeuci uzależnień, konsultanci asystentów, koordynator wolontariatu) z pracą asystenta rodziny. Te z organizacji, których organem prowadzącym jest Kościół czy związki wyznaniowe mogą dodatkowo zadbać o wsparcie duszpasterskie i duchowe na każdym z etapów poradnictwa i wsparcia. Zaletą organizacji są też elastyczność w pracy, dostosowanie godzin, szybkość oraz sprawność reagowania.

Posiadając szerszy dostęp do zasobów finansowych poprzez udział w projektach skierowanych do organizacji pozarządowych mogą świadczyć różnorodne usługi dla rodzin oraz podwyższać swe kompetencje, zatrudniać dodatkowych pracowników, lepiej ich wynagradzać, szkolić, superwizować, czyli dążyć do planowanego rozwoju organizacji, co wpływa na możliwość szerokiego wsparcia grupy docelowej. A to w konsekwencji wywiera korzystny wpływ na możliwość realizacji działań zgodnie z ustawą „Za życiem”, gdzie asystent ma spełniać rolę koordynatora. Nadal głównym zadaniem pozostaje pedagogizacja oraz wspieranie informacyjne, instrumentalne, z nastawieniem na umiejętne wsparcie emocjonalne w sytuacji określonej jako kryzysowa. Wobec czego, aby wzmocnić w tym zakresie kompetencje i umiejętności asystenta należy zabezpieczyć szkolenia o tematyce interwencji kryzysowej, aby tym samym miał możliwość udzielenia wsparcia i koordynacji działań adekwatnych do potrzeb w rodzinie z aktywnym jej udziałem lub początkowym brakiem współpracy z uwagi na kryzys wynikający z traumatycznych przeżyć.

Nowa ustawa „Za życiem” – to nowy, trudny obszar w realizacji asystentury rodziny. To praca, która wymaga połączenia zasobów i wspólnego działania bardzo wielu podmiotów. To patrzeć na rodzinę przez wszystkie uprawnione czy zaangażowane w pomoc na jej rzecz podmioty w ten sam sposób, aby nie obarczać jedynie asystenta rodziny obowiązkami i odpowiedzialnością „bo ma koordynować działania o, których mowa w ustawie”. To nie tylko spójność działań, czy stworzenie oferty pomocy, ale swoisty rodzaj porozumienia w jednym określonym celu.

Realizacja asystentury rodziny przez organizacje pozarządowe to przede wszystkim tworzenie sieci wzajemnej wymiany zasobów instytucji lokalnych w czasie wspólnych inicjatyw społecznych na rzecz grupy docelowej, np. rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością, rodzin w kryzysie, czy pozyskiwanie rodzin wspierających, współpraca z placówkami wsparcia dziennego lub placówkami całodobowymi dla dzieci, które mogłyby spełniać rolę „opieki wytchnieniowej”. Asystenci powinni też pamiętać, że organizacje na określonym terenie znają się pomiędzy sobą i w przypadku nieposiadania u siebie danej usługi są najlepszym źródłem informacji, gdzie i do kogo należy się o tę pomoc zwrócić. Ponadto grupowe działania organizacji pozarządowych, takie jak pikniki, uroczystości okolicznościowe, szkolenia dla rodziców, zajęcia nie tylko dla dzieci i młodzieży, ale

i dla całych rodzin wzmacniają więzi rodzinne i włączają osoby wymagające wsparcia w społeczność lokalną.

Realizacja asystentury rodziny przez organizacje pozarządowe pozwala na kierowanie się rodzin, zgodnie z przepisami ustawy „Za życiem” i ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej bezpośrednio – na podstawie wniosku – do organizatorów szerokiego wsparcia rodziny, co tym samym skraca drogę do podjęcia ważnych dla grupy docelowej działań wspierających, jak również nie naraża osoby w sytuacji kryzysowej na wielokrotne prowadzenie rozmów, czasem nawet traumatycznych, dotyczących sytuacji rodziny. Pierwsze „zaopiekowanie” się i właściwa koordynacja działań ze strony asystenta rodziny dadzą możliwość nawiązania właściwej relacji i zbudowania zaufania w dalszej współpracy, zmniejszy również koszty emocjonalne wielokrotnego wracania do opisu bolesnych wydarzeń, da poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa w tak trudnych momentach.

Asystentura rodziny, jako działanie zlecone przez samorząd gminny do realizowania przez organizacje pozarządowe kieruje się tymi samymi przepisami prawa, co realizacja tego zadania przez podmioty samorządowe zarówno w odniesieniu do ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, jak i w odniesieniu do ustawy „Za życiem”. Jednak nieco inaczej wygląda specyfika pracy asystenta rodziny, który realizuje zadania „ustawowe” będąc pracownikiem stowarzyszenia, a nieco inaczej będącym zatrudnionym w ośrodku pomocy społecznej. Rozpoczęcie pracy bezpośrednio po zgłoszeniu, możliwość pokierowania rodziny do specjalistów w poradni prowadzonej przez organizację pozarządową daje szansę na uchwycenie właściwego momentu udzielenia pomocy rodzinie w konkretnym obszarze. Nie jest to łatwe zadanie, ale wspólna praca asystenta rodziny, pracownika socjalnego, pedagoga, kuratora, czy innego specjalisty poszerza możliwości zaoferowania rodzinie pomocy i dokonania przez jej członków wyborów, zmierzających do poprawy codziennego funkcjonowania. Zespoły multiprofesjonalne, złożone z ww. pracowników, rozszerzają zarówno zakres pomocy, jak i odpowiedzialności wszystkich uczestników spotkania z włączeniem rodziny uczestniczącej w nim.

Specyfika pracy w stowarzyszeniu pozwala na szerszą formułę świadczonej usługi, m.in. elastyczny czas pracy dopasowany do potrzeb i możliwości rodziny, szeroka oferta wsparcia. Stowarzyszenia mają możliwość pozyskiwania dodatkowych środków finansowych na różne projekty poprzez konkursy skierowane do organizacji pozarządowych lub w czasie różnych akcji charytatywnych, z 1% podatku itd. Możliwości te pozwalają na zatrudnienie nowych asystentów rodziny, rozszerzenie oferty kierowanej do rodzin i do dzieci, zakup potrzebnych materiałów. Nie oznacza to jednak, że skala trudności w obszarze wsparcia rodzin jest mniejsza. Wręcz przeciwnie, ponieważ oczekiwania środowiska i samych odbiorców czasami „przerastają” codzienne możliwości. Nie bez znaczenia jest liczba zatrudnionych asystentów rodziny. Zespół asysty rodzinnej, w którym pracuje „nastu” pozwala na dopasowanie pracownika z danymi kompetencjami i predyspozycjami do potrzeb danej rodziny, wymianę pomysłów na rozwiązania trudnych sytuacji. Aby zagwarantować wysoką jakość usługi, zapobiec wypaleniu zawodowemu i fluktuacji kadr, pracownik musi czuć się nie tylko częścią zespołu, ale sam czuć się bezpiecznie, dlatego niezwykle ważnym elementem jest stworzenie możliwości zatrudnienia asystentów rodziny w ramach umów o pracę, nawet jeśli jego uposażenie finansowanie jest ze środków uzyskanych z projektu. W kontekście ustawy „Za życiem” ma to szczególne znaczenie. Jeżeli spojrzymy na zatrudnienie asystentów rodziny w całym kraju to widzimy, jak wiele jest miejsc, gdzie jest jeden asystent, są takie, gdzie nie ma ich wcale, lub pracują jedynie tymczasowo na umowę – zlecenie.

W organizacjach pozarządowych planowanie i wdrażanie wsparcia odbywa się zgodnie z działalnością zespołów kadrowo-wolontaryjnych, co oznacza, że wszystkie działania, projekty, programy ukierunkowane na rodziny są wspólnie wypracowywane, wdrażane i oceniane podczas spotkań merytorycznych. Co ważne – nowe projekty powstają lub mogą powstawać przy partycypacyjnym udziale odbiorców wsparcia – kobiet w ciąży i rodzin oraz wychowawców, trenerów, asystentów.

Skuteczna praca z kobietą w ciąży, w ciąży powikłanej oraz z jej rodziną, rodzinami z dziećmi niepełnosprawnymi lub ciężkimi chorobami wymaga indywidualizacji procedur oraz technik, czyli specyficznego dopasowania sposobów postępowania do potrzeb rodziny. Model odpowiedni w pracy z rodziną borykającą się z trudnościami w sferze socjalno-wychowawczej, ale radzącej sobie z realizacją innych filarowych funkcji, nie będzie odpowiedni dla rodzin w głębokim kryzysie lub przeżywających traumy. Analiza doświadczeń praktycznych i teorii pomagania pozwala jednak określić czynniki wpływające na efektywną pomoc. Znajdują się wśród nich:

- wsparcie całej rodziny, a nie tylko dorosłych, również dzieci, które już są w tej rodzinie,
- wykorzystanie empowermentu (wzmacnianie kompetencji i przywracanie samostereowności), wspólna decyzja dotycząca korzystania i planowania poradnictwa i koordynacji,
- budowanie więzi lokalnych, z lokalnymi instytucjami, grupami, parafiami,
- traktowanie pracy z rodziną jako procesu (z pomocą należy przychodzić etap po etapie, planowo),
- jakość i etyka pracy osób wspierających rodziny (kwalifikacje, konsultacje/supervizja, praca zespołowa, docenienie działań oraz zapobieganie wypaleniu zawodowemu w długim procesie pomagania),
- systematyczna praca zespołowa.

Dodatek nr 4

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny

— Wsparcie asystenta rodziny skierowane
do kobiet w ciąży i rodzin

opracowanie:

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie
Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Asystentów Rodziny

Edyta Sinacka-Kubik – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

Zgodnie z zamysłem ustawodawcy z form wsparcia zawartych w ustawie „Za życiem” mogą skorzystać kobiety w okresie ciąży i porodu, co oznacza (zob. Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹) każdą kobietę w ciąży i jej rodzinę. Pomoc asystenta rodziny polegać ma przede wszystkim na informacji i koordynacji poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających kobietę/rodzinę.

Wsparcie to może być skierowane w szczególności do kobiet wykazujących pierwsze objawy kryzysu, opisanych poniżej zaburzeń psychicznych lub do kobiet, którym z powodu różnych trudności, w tym opiekuńczo-wychowawczych odebrano dzieci do pieczy zastępczej. W przypadku obu ww. grup asystent rodziny nie tylko konstruuje katalog możliwego do zaoferowania wsparcia, ale realizuje kompleksową pomoc, opartą na zapisach zarówno ustawy „Za życiem”, jak i ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Przy czym w pierwszym przypadku dominującym działaniem będzie wsparcie emocjonalne i towarzyszenie w dotarciu po pomoc zdrowotną, psychologiczną lub/i psychiatryczną a w drugim – pedagogizacja.

1. Wybrane zaburzenia psychiczne w okresie ciąży i po porodzie i sposoby pomocy

Depresja w przebiegu ciąży

Badania epidemiologiczne wykazały, że duża część kobiet (25–35%) cierpi z powodu obniżonego nastroju już w okresie ciąży, ale jedynie 20% z tych kobiet spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych. Występowanie depresji w ciąży jest rzadsze niż po porodzie. Szczyt nasilenia objawów przypada na pierwszy trymestr ciąży, w drugim trymestrze objawy ustępują, aby ponownie nasilić się w trzecim trymestrze². Objawy depresyjne w ciąży są zwykle zapowiedzią depresji poporodowej. Rozpoznanie depresji w ciąży może być trudne, gdy wiele „normalnych” objawów ciąży może być mylnie uznawanych za depresyjne. Czynniki ryzyka wystąpienia depresji są: już przeżyty epizod zaburzeń afektywnych, młody wiek, brak dostatecznego wsparcia społecznego, samotność, wielodzietność, ambiwalentny stosunek do ciąży, zły status socjoekonomiczny, negatywne przeżycia, konflikty małżeńskie, gorszy stan ogólnego zdrowia³.

Kobieta, zwłaszcza w pierwszych miesiącach trwania ciąży, często ma obniżone samopoczucie, odczuwa skrajne emocje, w tym smutek i lęk, jest zmęczona, zniechęcona do aktywności, brak jej energii. Są to tzw. objawy depresyjne, które występują – według różnych szacunków – u 30–70 proc. ciężarnych. Ale gdy złość, smutek i zniechęcenie mieszają się z radością, podekscytowaniem, nadzieją – to nie jest depresja, tylko typowa dla ciąży ambiwalencja uczuciowa spowodowana zmianami hormonalnymi. Kiedy jednak uczucie przygnębienia nie mija, a nawet pogłębia się, gdy kobieta całymi tygodniami żyje na zwolnionych obrotach, jest permanentnie zmęczona, smutna, nic jej nie interesuje – przestaje to być zachowanie normalne. Niepokojącymi objawami są zaburzenia rytmu dnia (zmęczenie odczuwane już od rana, trudności z zasypianiem lub nadmierna senność) i zmiana łaknienia (np. nagle drastyczne obniżenie apetytu lub jego wzrost), ale często zachowania takie są składane na karb ciąży. Podobnie jak kłopoty z koncentracją i pamięcią – inne ważne objawy depresji. O chorobie można mówić wtedy, gdy kobieta ocenia siebie i rzeczywistość bardzo krytycznie, depresyjnie, ma stale obniżoną samoocenę, towarzyszy jej poczucie winy i bezwartościowości. Nic jej nie cieszy – także to, co dawniej lubiła, nie wykazuje niczym zainteresowania, utraciła zdolność do przeżywania radości. Nie widzi wyjścia z sytuacji, nie ma ochoty żyć dalej – do tego stopnia, że pojawiają się myśli samobójcze⁴.

¹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

² J. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejna, *Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie*, „Ginekologia Polska” 2005, tom 76, nr 4, s. 322-330.

³ M. Rzewuska, *Zaburzenia psychiczne w ciąży i po porodzie oraz ich leczenie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 9 (1)/2009, s. 7-28.

⁴

Obserwacja takiego stanu psychicznego u kobiety powinna zaalarmować bliskich członków rodziny, jak również osoby współpracujące z rodziną (np. asystent rodziny, lekarz ginekolog) i zachęcić kobietę do kontaktu z psychologiem i lub lekarzem psychiatrą w celu podjęcia decyzji o sposobach leczenia. Uważa się, że dzieci kobiet z nieleczoną depresją ciężarnych są bardziej płaczliwe i niespokojne, a w późniejszym życiu częściej same mają objawy lękowe i depresyjne, a także wymagają leczenia psychiatrycznego⁵.

Smutek poporodowy

Specyficznym i dość powszechnym zaburzeniem nastroju okresu okołoporodowego jest smutek poporodowy (przygnębienie poporodowe, postpartum blues, baby blues). Szacuje się, iż występuje u około 50–80% kobiet, pojawia się zwykle w okresie nawału mlecznego, nasilenie objawów ma miejsce ok. 5–6 dnia po porodzie, trwa od około 10 dni do 2 tygodni, czasem przedłuża się do miesiąca⁶. Objawy obejmują chwiejność nastroju z uczuciem radości przechodzącym w płaczliwość, lęk, zaburzenia snu, drażliwość, poczucie zmęczenia. Symptomy smutku poporodowego na ogół poważnie nie wpływają na zdolność kobiety do prawidłowego funkcjonowania, pogarszają natomiast jakość jej życia. Macierzyństwo nie przynosi oczekiwanych i naturalnych gratyfikacji – jak przeżywanie radości z kontaktu z dzieckiem czy przy karmieniu piersią. Matki czują się niekompetentne, zagubione, przeżywają poczucie winy, że nie czują w pełni miłości do niemowlęcia. Stan ten nie wymaga leczenia farmakologicznego, wystarcza wsparcie rodziny i bliskich, na ogół ustępuje samoistnie. Jednak w niektórych przypadkach może czas trwania wydłużyć się poza okres połogu, prowadząc do poważnych zaburzeń nastroju, szczególnie gdy ciąża i poród był dla kobiety źródłem silnego stresu⁷.

Pomoc asystenta w rodzinie, w której kobieta doświadcza smutku poporodowego po urodzeniu dziecka z niepełnosprawnością polega głównie na działaniach edukacyjnych wobec klientki i jej rodziny oraz na udzielaniu wsparcia. Ważne jest umożliwienie kontaktu z lekarzem lub położną, którzy udzielą wyczerpującej informacji kobiecie i jej rodzinie na temat charakteru tych zaburzeń i uspokoją ich. W sytuacji nasilenia objawów pomocne jest podanie kontaktu do instytucji, zajmujących się tą problematyką. Należy zwrócić uwagę bliskich pacjentki na konieczność odciążenia jej w obowiązkach, umożliwienia odpoczynku, gdy dziecko śpi, utwierdzenia kobiety w tym, że jest dobrą mamą dla swojego dziecka. Warto także wesprzeć rodziców, zwłaszcza gdy jest to ich pierwsze dziecko, w nauce pielęgnacji oraz zadbać o pomoc konsultanta laktacyjnego, w przypadku wystąpienia problemów z laktacją. Nie powinno się bagatelizować przygnębienia poporodowego, ponieważ u niektórych kobiet zwiększa ono ryzyko rozwinięcia się depresji poporodowej.

Depresja poporodowa

Depresja poporodowa pojawia się w pierwszych czterech tygodniach po porodzie (10–20% kobiet wykazuje objawy depresji w pierwszym tygodniu po porodzie). Narastanie objawów występuje w ciągu 30 dni od urodzenia dziecka⁸. Ryzyko depresji poporodowej jest wyższe szczególnie w sytuacji śmierci dziecka w okresie okołoporodowym. Utrata dziecka w okresie okołoporodowym może mieć długotrwałe konsekwencje zarówno dla matki, jak i całej rodziny. Po traumie związanej z narodzinami martwego dziecka, u 1/5 kobiet diagnozuje się chroniczną depresję, a u 1/5 występują objawy stresu pourazowego w kolejnej ciąży⁹.

⁵ J. Krzyżanowska-Zbucka, *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*, Warszawa 2008.

⁶ M. Steiner, K. Yonkers, *Depresja u kobiet*, Gdańsk 1999.

⁷ J. Krzyżanowska-Zbucka, *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*, op. cit.

⁸ J. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejna, *Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie*, op. cit.

⁹ M. Chrzan-Dętkoś, *Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką*, „Ginekologia praktyczna”, 2010.

Objawy depresji poporodowej to w dużej części typowe objawy depresyjne, takie jak w innego rodzaju zaburzeniach afektywnych¹⁰:

- stały nastrój przygnębienia – kobiety zwykle przeżywają smutek, ale w poważniejszych przypadkach zdarza się też poczucie braku emocji (anaesthesiadolorosa);
- negatywne myśli – depresyjna ocena rzeczywistości, wszystkie wydarzenia interpretowane są jako niepomyślne, groźne lub szkodliwe;
- poczucie beznadziejności – matka deklaruje brak nadziei na zmianę i poprawę samopoczucia;
- poczucie winy – postrzeganie siebie w negatywnym świetle, przeświadczenie kobiety, że do niczego się nie nadaje albo, iż ponosi całą winę za to, że jest chora;
- złe samopoczucie fizyczne, bolesność ciała (piersi, pleców, głowy, brzucha) bez wyraźnej somatycznej przyczyny;
- hipochondria;
- znaczne osłabienie energii życiowej – stałe uczucie zmęczenia;
- pogorszenie koncentracji lub/i zdolności do podejmowania decyzji;
- bierność, wynikająca ze zmęczenia lub z problemów z podejmowaniem decyzji;
- anhedonia – niezdolność do przeżywania radości;
- zaburzenia snu: trudności w zasypianiu, wczesne budzenie się, sen przerywany lub ucieczka w sen i nadmierna senność;
- zaburzenia łaknienia: utrata apetytu, co z kolei może pogłębić problemy ze zmęczeniem i drażliwością lub wzmożone łaknienie – niektóre kobiety jedzą, żeby czuć się lepiej, a następnie czują się źle z powodu przybieranych kilogramów;
- niepokój i ciągłe pobudzenie;
- drażliwość, szczególnie w stosunku do najbliższych;
- izolowanie się i unikanie kontaktów;
- myśli samobójcze – wyobrażenia na ten temat i plany popełnienia samobójstwa.

Obserwowana jest także specyficzna grupa objawów związanych bezpośrednio z macierzyństwem i relacją z nowo narodzonym dzieckiem¹¹:

- poczucie bezwartościowości w roli matki;
- zaburzony kontakt z niemowlęciem:
 - przewrażliwienie na punkcie jego zdrowia i rozwoju;
 - wyolbrzymianie drobnych trudności (zamartwianie się o karmienie, sen, płacz);
 - sprawdzanie, czy dziecko śpi, nasłuchiwanie, czy oddycha;
 - obojętność wobec potrzeb potomstwa;
 - trudność w odczytaniu i zrozumieniu sygnałów wysyłanych przez dziecko;
 - postrzeganie dziecka jako wyjątkowo kłopotliwego;
 - rozdrażnienie i lęk w kontakcie z dzieckiem;
 - brak odczuwania przyjemności – pozytywnego wzmocnienia przy zajmowaniu się dzieckiem;
 - niemożność zajęcia się niemowlęciem lub opiekowanie się nim w sposób mechaniczny.

Czynniki sprzyjające wystąpieniu depresji poporodowej:

- wcześniejsza skłonność do depresji (niebezpieczeństwo wystąpienia depresji po porodzie zwiększa się wówczas trzykrotnie);
- życiowe tragedie (śmierć rodzica, utrata poprzedniego dziecka w wyniku przerwania ciąży, poronienia lub urodzenie martwego dziecka);
- urodzenie wcześniaka, dziecka chorego lub obarczonego wadą;

¹⁰ S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne*, Warszawa 2002.

¹¹ J. Krzyżanowska-Zbucka, *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*, op. cit.

- dodatkowe kłopoty życiowe (samotne macierzyństwo, utrata pracy);
- brak pomocy i wsparcia ze strony rodziny i partnera;
- bardzo młody wiek matki (niedojrzałość do macierzyństwa);
- późna ciąża, zwłaszcza u kobiet aktywnych zawodowo;
- niska samoocena młodej matki.

W przypadku podejrzenia, że kobieta cierpi z powodu depresji poporodowej, niezbędne jest pokierowanie do specjalisty: lekarza psychiatrii i/lub psychoterapeuty. Decyzja o skierowaniu kobiety do szpitala wiąże się z dodatkową traumą dla matki i dziecka, jaką jest rozstanie, wymaga zatem dokładnego rozważenia i zaplanowania systemowego wsparcia zarówno dla kobiety, jak i pozostałych członków rodziny. W takich sytuacjach asystent rodziny powinien powołać zespół multiprofesjonalny, który szczegółowo oceni ryzyko zagrożenia zdrowia i/lub życia matki i/lub dziecka i zaplanuje działania interwencyjne, mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa wszystkim członkom rodziny.

Psychoza połogowa

Psychoza połogowa występuje u 1 na 500–1000 kobiet. Objawy narastają gwałtownie w ciągu kilku pierwszych dni, rzadziej 2–3 tygodni po urodzeniu dziecka. Czynniki ryzyka wystąpienia psychozy obejmują pierwszy poród, choroby psychiczne w rodzinie oraz choroba psychiczna w wywiadzie¹².

Występowanie niżej wymienionych objawów może świadczyć o rozwijającej się psychozie¹³:

- obniżony lub podwyższony nastrój;
- płacz lub śmiech nieadekwatny do sytuacji;
- zaburzenia snu – bezsenność;
- zaburzenia łaknienia, utrata apetytu;
- silne pobudzenie, kobieta bezładnie przemieszcza się w swoim otoczeniu;
- niezrozumiałe zachowanie, kobieta wykonuje różne niepotrzebne rzeczy, nagle krzyczy, wychodzi z domu nieadekwatnie ubrana, nie poznaje osób bliskich;
- silny niepokój i lęk, kobieta chowa się przed ludźmi; wypowiada treści urojeniowe np. że pójdzie do więzienia, bo nie dość dobrze zajmuje się dzieckiem, albo że ciągle jest w ciąży i wcale jeszcze nie urodziła, a to nie jest jej dziecko, lub że ktoś chce ukraść jej synka lub córeczkę;
- halucynuje – kobieta rozmawia z nieistniejącymi osobami;
- myśli samobójcze,

Psychoza połogowa uniemożliwia normalne funkcjonowanie pacjentki i możliwości opieki nad dzieckiem. konieczna jest szybka konsultacja psychiatryczna. W skrajnej sytuacji istnieje wysokie ryzyko samobójstwa lub dzieciobójstwa. Pacjentka z psychozą połogową powinna być leczona w oddziale stacjonarnym (zagrożenie dla zdrowia i życia jej i dziecka). Psychoza może w 90% nawracać przy kolejnych porodach¹⁴.

Zespół „wypalenia się sił”

Rodzice dziecka z niepełnosprawnością doświadczają poważnych obciążeń związanych z opieką i wychowaniem swojego dziecka, niezależnie od rodzaju niepełnosprawności. Dokonują wielu starań, by ich dziecko miało jak najlepszą opiekę i pomoc. W przeżyciach emocjonalnych rodziców mogą pojawiać się takie uczucia jak lęk oraz poczucie winy, że być może czegoś nie dopilnowali, zaniedbali i tym w związku tym odebrali dziecku szanse prawidłowego rozwoju.

¹² J. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejna, *Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie, op. cit.*

¹³ J. Krzyżanowska-Zbucka, *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym, op. cit.*

¹⁴ J. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejna, *Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie, op. cit.*

Wychowanie dziecka niepełnosprawnego wiąże się z licznymi trudnościami wywołującymi poczucie obciążenia emocjonalnego, chroniczne zmęczenie i napięcie. Czynniki te stanowią główne determinanty wystąpienia **zjawiska wypalania się sił macierzyńskich**. U matek dzieci niepełnosprawnych szczególnie spotęgowane są takie uczucia jak nieustanna obawa o przyszłość dziecka, chęć podjęcia wysiłku, by poprawić jego funkcjonowanie, oraz nierealistyczna nadzieja, by poprzez rehabilitację, terapię i opiekę wyjść poza ograniczone niepełnosprawnością możliwości rozwojowe dziecka. Wysokie zaangażowanie matki w sprawy dziecka wiąże się ze wzrostem obciążenia psychicznego. Ryzyko wypalenia jest szczególnie duże przy nagromadzeniu takich czynników, jak: poświęcenie aktywności w wychowanie, rehabilitację i opiekę nad dzieckiem, brak oczekiwanych gratyfikacji w postaci postępów w rozwoju dziecka, nieumiejętność właściwego odreagowywania napięcia i znaczny wysiłek psychofizyczny. Praca bez możliwości odpoczynku i regeneracji sił, brak pomocy i wsparcia ze strony innych osób, stała koncentracja na dziecku wyczerpują psychofizycznie siły matki¹⁵.

Występowanie zespołu „wypalania się sił” u matek dzieci niepełnosprawnych jest wynikiem wzajemnej interakcji wielu czynników zarówno wewnętrznych, charakterystycznych dla danej jednostki, jak i zewnętrznych, związanych z funkcjonowaniem w określonym środowisku. Nasilenie się czynników wywołujących zespół „wypalania się sił” powoduje poczucie zmęczenia, osamotnienia, niemożność sprostania sytuacji, depresji z towarzyszącym jej poczuciem winy wobec dziecka za nieefektywne działania. Symptomy tego zespołu zaburzeń obejmują wszystkie sfery osobowości i w miarę trwającego przemęczenia nasilają się coraz bardziej. Dominującym objawem psychicznym jest zdystansowanie się emocjonalne matki do dziecka, utrata wiary we własne kompetencje macierzyńskie, negatywny i pesymistyczny obraz dziecka i w konsekwencji osłabienie więzi z dzieckiem, a nawet emocjonalne odrzucenie go¹⁶. Zespół wypalenia się sił może stanowić podłoże dla niektórych jednostek chorobowych np. depresji, ale sam w sobie nie jest jeszcze chorobą¹⁷. Rolą asystenta rodziny we współpracy z rodziną, w której matka dziecka niepełnosprawnego doświadcza zespołu wypalenia sił może być pomoc w organizacji wsparcia psychologicznego oraz medycznego. W złagodzeniu tego stanu skuteczne może być odciążenie na jakiś czas rodzica od nadmiaru obowiązków np. poprzez zorganizowane pomocy domowej i wsparcie psychiczne ze strony innych osób ukazujące mu pozytywny obraz dziecka. Zdaniem A. Maciarz¹⁸ na zespół wypalenia się bardziej narażone są matki samotne, nadmiernie obciążone obowiązkami i nie mające wsparcia ze strony osób bliskich. Inne sposoby wsparcia rodziców dziecka niepełnosprawnego są przedstawione w kolejnym podrozdziale.

2.Cele i działania, etapy pracy asystenta rodziny oraz niezbędne dokumenty

Pracę asystenta pracującego z kobietą w ciąży i rodziną ukierunkowują następujące **cele**:

1. **Stabilizacja emocjonalna rodziny**- poprzez towarzyszenie jej w przeżywanych emocjach, dawanie wspierających komunikatów, okazywanie akceptacji, empatii, tworzenie bezpiecznej i przyjaznej atmosfery emocjonalnej, umożliwienie wglądu w przeżywane emocje, stwarzanie okazji do bezpiecznego rozładowania napięcia emocjonalnego, pomoc w rozważeniu za i przeciw w czasie przeżywania ambiwalencji w sytuacji podejmowania ważnych decyzji, elementy interwencji kryzysowej.

¹⁵ M. Karwowska, *Dylematy macierzyństwa tworzonego dla niepełnosprawnego dziecka*, [w:] A. Zych, A. Nowicka. (red.), *By człowiek nie musiał cierpieć*, Wrocław 2007, s. 213–224; E. Pisula, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 1998.

¹⁶ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Warszawa 2004.

¹⁷ M. Siemiński, A. Nitka-Siemińska, W. Nyka, *Zespół wypalenia*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, tom 1, nr 1/2007, s. 45–49.

¹⁸ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, op. cit.

2. **Wzrost kompetencji opiekuńczo-wychowawczych rodziców** poprzez dostarczanie wiedzy o celach, zadaniach, treściach, metodach, środkach i uwarunkowaniach procesu wychowania oraz trening pielęgnacji i czynności opiekuńczych wobec noworodka,
3. Osiągnięcie przez rodzinę pożądanego przez nią **poziomu stabilności życiowej** w sytuacji depresji (innych zaburzeń) lub niezaradności przyszłej matki, czyli prawidłowe pełnienie funkcji rodziny, przygotowanie optymalnego środowiska wychowawczego dziecka, wysoka umiejętność realizacji spraw dotyczących domu i rodziny, w tym na rzecz dziecka w zakresie pielęgnacji, opieki, wychowania.
4. **Koordinacja wsparcia udzielanego kobiecie i/lub rodzinie**, co będzie wiązało się z opracowaniem indywidualnego katalogu możliwego do udzielania wsparcia oraz pomoc w jego realizacji we współpracy z innymi służbami społecznymi.

Dominującym działaniami asystenta w zakresie realizacji powyższych celów powinny być:

1. Udzielanie wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego (poszukiwanie zasobów w kobiecie w ciąży, w rodzinie, oraz z klientką w rodzinie pochodzenia, sąsiedztwie, wśród przyjaciół i znajomych, stworzenie indywidualnego katalogu wsparcia rodziny), informacyjnego (zaprezentowanie ofert wsparcia i pomocy rodzinie dostępnych w miejscu zamieszkania, na poziomie powiatu i województwa).
2. Pedagogizacja przyszłych rodziców.
3. Motywowanie członków rodziny do podejmowania działań mających na celu budowanie zasobów radzenia sobie w sytuacji, w jakiej znalazła się rodzina.
4. Współpraca z innymi przedstawicielami, służb społecznych w zespole, koordynowanie poradnictwa dla kobiety w ciąży i rodzin.
5. Budowanie zespołu konsultacyjnego w celu omawiania ceny sytuacji rodziny i własnej z nią pracy.

ETAPY PRACY ASYSTENTA RODZINY Z RODZINĄ ORAZ NIEZBĘDNE DOKUMENTY

Jeśli kobieta w prawidłowo rozwijającej się ciąży lub jej rodzina wystąpiła z wnioskiem o pomoc asystenta rodziny oznacza to, że mierzy się z innymi problemami, mającymi wpływ na przyszłe środowisko wychowawcze mającego pojawić się dziecka. Mogą to być problemy wymienione w pierwszym punkcie (zaburzenia psychiczne lub złożone problemy natury socjalnej i psychologicznej). Wydaje się, że niewystarczające będzie jedno czy dwa spotkania z kobietą/rodziną. Warto przeprowadzić cały proces metodycznego działania, znany z realizacji asystentury rodziny wedle ustawy o wspieraniu rodziny.

Etap 0.	
Czas trwania:	2 dni od wpłynięcia wniosku do kierownika ośrodka pomocy społecznej/gminy Przekazanie wniosku do asystenta, zespołu w ośrodku pomocy społecznej lub w innej instytucji wspierania rodziny / organizacji pozarządowej realizującego asystenturę rodzinną
	Przydzielenie właściwego asystenta do udzielania wsparcia.
Zadania asystenta rodziny:	Przygotowanie się, do pracy w sytuacji przyjścia na świat dziecka Zapoznanie z potrzebami kobiety w ciąży/rodziny. Wstępna analiza Informatora Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
Dokumentacja:	Wniosek osoby/rodziny Zaświadczenie lekarskie o objęciu kobiety opieką ginekologiczną od 10 tygodnia ciąży. Pismo do innego niż ośrodek pomocy społecznej organizatora wsparcia rodziny lub adnotacja kierownika ośrodka pomocy społecznej o przydzieleniu asystenta.

Etap I.	
Czas trwania:	do 1 tygodnia
	Nawiązanie kontaktu, tworzenie relacji asystenckiej.
Zadania asystenta rodziny:	Nawiązanie kontaktu z kobietą w ciąży/rodziną oraz tworzenie relacji asystenckiej, tj. • zapoznanie kobiety w ciąży/rodziny z rolą, zadaniami, uprawnieniami asystenta i jego zobowiązaniami wobec zatrudniającej instytucji, • uzyskanie zgody rodziny na wsparcie asystenta, jeśli wniosek złożyła sama kobieta w ciąży, • rozmowy i obserwacje dotyczące życia rodziny, wstępne omówienie oczekiwań kobiety w ciąży lub rodziny, dotyczące pracy z asystentem (w przypadku sprecyzowanych oczekiwań lub pilnych sytuacji wykorzystanie upoważnienia szczególnego), • wsparcie emocjonalne, • ocena funkcjonowania emocjonalnego, w przypadku depresji, ustalenie spotkania z psychologiem lub innym specjalistą (upoważnienie szczególne), • dbanie o efektywność pracy asystenta rodziny – budowanie systemu konsultacji (konsultowanie procesu wsparcia oraz indywidualnego katalogu wsparcia dla kobiety w ciąży/rodziny z psychologiem, w miarę możliwości – superwizja)
Dokumentacja:	Zaakceptowany wniosek kobiety w ciąży i zgoda rodziny. Upoważnienie szczególne. Karta działań asystenta z kobietą w ciąży/rodziną.

Etap II.	
Czas trwania:	do 1 tygodnia.
	Rozpoznanie sytuacji rodziny. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	• zapoznanie się z życzeniami/oczekiwaniem/potrzebami kobiety w ciąży/rodziny, rozpoznanie zasobów własnych kobiety w ciąży/rodziny, • urealnianie perspektywy postrzegania sytuacji przez rodzinę, • ocena przygotowania rodziny na przyjście na świat dziecka, • poznanie sposobów radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, jakie posiada kobieta/rodzina, • ocena funkcjonowania emocjonalnego, • wypełnienie formularza wstępną oceną sytuacji rodziny, kontakty asystenta z osobą lub tylko z rodziną odbywają się minimum raz w tygodniu
Dokumentacja:	wstępny opis sytuacji kobiety/rodziny karta działań z rodziną

Etap III.	
Czas trwania:	2 tygodnie
	Opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia dla kobiet w ciąży i rodzin. Towarzyszenie emocjonalne
Zadania asystenta rodziny:	• stworzenie planu pracy z rodziną, w tym opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia (tworzony w oparciu o Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, poniższy spis na druku „indywidualny katalog możliwego wsparcia”), • towarzyszenie emocjonalne kobiecie i rodzinie, • ewentualna konsultacja katalogu i pomocy z innym specjalistą
Dokumentacja:	upoważnienie rodzajowe/ogólne dot. występowania w sprawach rodziny, Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹⁹ (z danymi uzupełnionymi przez asystenta) lub „gminny katalog możliwego wsparcia” formularz planu pracy z rodziną oraz „indywidualny katalog możliwego wsparcia” jako załącznik (zob. część teoretyczna), karta działań z rodziną

¹⁹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

Etap IV.	
Czas trwania:	W miarę potrzeb
	Realizacja planu pracy. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	• realizacja usług z indywidualnego katalogu możliwego wsparcia, w tym pomoc w skorzystaniu z usług ze skonstruowanego dla danego przypadku katalogu, • koordynacja poradnictwa i występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia (oprócz świadczeniodawców), • pedagogizacja kobiety w ciąży i rodziny w zakresie pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem, • motywowanie członków rodziny do podejmowania działań mających na celu budowanie zasobów radzenia sobie, • towarzyszenie emocjonalne kobiecie i rodzinie, kontakty asystenta z osobą i rodziną lub kontakty tylko z rodziną odbywają się w zależności od potrzeb
Dokumentacja:	upoważnienie rodzajowe/ogólne dot. występowania Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ²⁰ indywidualny katalog możliwego wsparcia – z adresami/telefonami jako załącznik do planu pracy z rodziną karta działań asystenta z rodziną

Etap V.	
Czas trwania:	raz na 3 m-ce
	Ocena okresowa.
Zadania asystenta rodziny:	Omówienie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z kobietą i /lub rodziną oraz z zespołem konsultacyjnym asystenta – telefonicznie lub osobiście w celu oceny adekwatności i skuteczności udzielonego wsparcia, ewentualna aktualizacja katalogu usług. Analiza postępów w realizowanym planie pracy z rodziną.
Dokumentacja:	Formularz: okresowa ocena sytuacji Notatki ze spotkania z zespołem konsultacyjnym (ewentualnie).

Etap VI.	
Czas trwania:	do 3 m-cy
	Ocena końcowa. Monitorowanie sytuacji rodziny
Zadania asystenta rodziny:	• podjęcie decyzji o zakończeniu współpracy – zapada za zgodą i po konsultacji z kobietą w ciąży oraz zespołem konsultacyjnym asystenta rodziny, • monitorowanie sytuacji oraz radzenia sobie.
Dokumentacja:	Formularz zakończenia współpracy. Informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia).

²⁰ Ibidem

3. Katalog możliwego wsparcia kobiety w ciąży i rodziny

Pakiet usług dla kobiet w ciąży i rodzin:

- Informacja o prawach i uprawnieniach rodziny (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczo-ginekologiczny w szpitalu, poradnia ginekologiczna.
- Diagnostyka i terapia prenatalna dla kobiet w ciąży – oddziały ginekologiczne w szpitalach, poradnie ginekologiczne i inne podmioty realizujące program badań prenatalnych.
- Poradnictwo laktacyjne – poradnie laktacyjne, poradnie K, szpitale i poradnie przyszpitalne, szkoły rodzenia.
- Poradnictwo specjalistyczne (w tym poradnictwo: psychologiczne, prawne) – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny.
- Pomoc psychologiczna i psychiatryczna w przypadku zaburzeń depresyjnych lub adaptacyjnych – poradnia zdrowia psychicznego.
- Grupy samopomocowe dla rodzin – ośrodek pomocy społecznej, organizacje pozarządowe.
- Świadczenia opieki zdrowotnej – prowadzone przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, poradnie przyszpitalne.
- Świadczenia wynikające z kodeksu pracy, np.: urlop macierzyński, zasiłek macierzyński.
- Świadczenia społeczne o charakterze pieniężnym wspierające rodzinę.
- Pedagogizacja rodziców – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny, szkoły rodzenia.

WYKAZ DOKUMENTÓW:

- 1) zaakceptowany wniosek rodziny o objęcie koordynacją poradnictwa przez asystenta rodziny do ośrodka pomocy społecznej/gminy wraz ze zgodą osoby i/lub rodziny dot. przetwarzania danych,
- 2) zgoda rodziny kobiety w ciąży na objęcie usługą asystenta,
- 3) zaświadczenie lekarskie o pozostawaniu pod opieką lekarską od 10 tygodnia ciąży,
- 4) formularz opisu sytuacji kobiety i /lub rodziny,
- 5) informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej²¹,
- 6) gminny katalog możliwego wsparcia,
- 7) formularz planu pracy z rodziną,
- 8) formularz indywidulanego katalogu możliwego wsparcia (druk poniżej),
- 9) karta pracy asystenta z rodziną,
- 10) formularz okresowej oceny sytuacji,
- 11) upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u psychologa), bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta),
- 12) formularz zakończenia współpracy/informacja do ośrodka pomocy społecznej (w zależności od organizacji asystentury w gminie),
- 13) baza danych o rodzinach (internetowa lub pisemna, z datą zgłoszenia rodziny, datą rozpoczynającą pracę, monitorowania i planowanego zakończenia wsparcia),
- 14) harmonogram/plan tygodniowy lub miesięczny lub karta czasu pracy z rodziną,
- 15) protokoły i dokumenty z prac zespołów,
- 16) dokumenty wpływające i wychodzące dot. pracy z rodziną,
- 17) informatory/ulotki lokalne, kontakty do instytucji/zaplecza wsparcia, akty prawne, ulotki organizacji pozarządowych itp.

Większość dokumentów to te, na których już asystent pracuje²².

²¹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

Przykład formularza dla rodziny

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐ świadczenie 4000 zł	
☐ świadczenie wychowawcze	
☐ świadczenie rodzicielskie	
☐ świadczenia opiekuńcze	
☐ zasiłek rodzinny z dodatkami	
☐ świadczenia z pomocy społecznej	
☐ diagnostyka prenatalna	
☐ dodatkowe wizyty położnej	
☐ poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
☐ opieka położnicza nad matką	
☐ opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
☐ poradnictwo laktacyjne	
☐ poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
☐ poradnictwo prawne dla rodziców	
☐ pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
☐ rehabilitacja lecznicza dziecka	
☐ opieka wytchnieniowa	
☐ opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
☐ kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
☐ dofinansowanie ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
☐ Karta Dużej Rodziny	
☐ placówki wsparcia dziennego	
☐ domy samotnych matek	
☐ inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe	
☐ rodzina wspierająca	
☐ placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
☐ piecza zastępcza	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐	
☐	

²² Zob. I. Krasiejko, *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Wyd. MRPiPS, Warszawa 2016, dostępny na stronie www.mrpips.gov.pl oraz www.asystentrodziny.info

Dodatek nr 5

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny

- Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin, w których przyjdzie lub przyszło na świat poważnie chore dziecko

opracowanie:

Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie „DLA RODZINY” w Częstochowie

Edyta Sinacka-Kubik – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

1. Charakterystyka sytuacji oraz opis potrzeb kobiety i rodziny.

Narodziny dziecka to moment przełomowy dla każdej rodziny. Wszelkie trudności, które mogą być związane z tym faktem większość rodzin pokonuje pomyślnie, przede wszystkim dzięki pozytywnym uczuciom, jakie łączą się z pojawieniem się w niej nowej, wspaniałej istoty.

Przyszli rodzice przez dziewięć miesięcy dojrzewają do nowych ról, które będą pełnili. Rodzicielstwo jest to szczególnie ważne doświadczenie w życiu dorosłej osoby. Okres oczekiwania na dziecko to czas radosnego podniecenia. Naturalne jest, więc pojawianie się określonych wyobrażeń na temat przyszłego dziecka oraz oczekiwań, jakie wobec niego mają rodzice. Napięcie związane z oczekiwaniem na potomstwo ulega rozładowaniu po udanym porodzie, gdy pojawiają się takie uczucia jak radość, wzruszenie, duma. Jednak w przypadku poważnej choroby dziecka, zdiagnozowanej w czasie ciąży jak i po narodzinach, napięcie to nie rozładowuje się, ale ulega patologicznemu nasileniu.

Wiadomość, że dziecko będzie czy też jest nie w pełni sprawne lub może wolniej się rozwijać, w dramatyczny sposób zmienia sytuację rodziny. Zaburza zwłaszcza funkcjonowanie rodziców. Sytuacja taka powoduje wyzwolenie bardzo silnych, negatywnych emocji. Narodziny niepełnosprawnego dziecka powodują zachwianie realizacji planów życiowych zarówno samych rodziców, jak i całej rodziny, burzy oczekiwania względem potomka. Emocje, które towarzyszą takiej sytuacji najczęściej są tak silne, że dezorganizacji ulegają relacje między członkami rodziny oraz zaburzony zostaje naturalny przebieg codziennego życia. Bardzo rzadko rodzina otrzymuje wówczas fachową pomoc, a negatywne relacje, zamiast się zmniejszać, często ulegają nasileniu albo utrwaleniu. Poznanie uczuć towarzyszących rodzicom w tym momencie jest niezbędne, jeżeli rzeczywiście chce się pomóc im i ich dziecku. W większości rodzin, mamy wówczas do czynienia z poważnym kryzysem psychicznym.

Według K. Mrugalskiej¹, kryzys ten to indywidualny, niepowtarzalny akt przeżywania i specyficzny sposób radzenia sobie z katastrofą, jaką jest urodzenie chorego dziecka. Na kryzys ten składają się najczęściej: poczucie nieustannego lęku o zdrowie i rozwój dziecka, stan zagubienia wynikający z niedostatku informacji, poczucie osamotnienia, wstyd i brak akceptacji społecznej. Szczególnie trudna jest niepewność rodziców, jak rozumieć zachowanie dziecka i jak na nie reagować. Do tego dołączają się stałe napięcie i zmęczenie wynikające z nieustannej mobilizacji i zwiększenia obowiązków.

K. Boczar² wskazuje następujące przyczyny takich reakcji rodziców:

- poczucie niespełnionej samorealizacji, spowodowane rozbieżnością między wymarzonym i rzeczywistym obrazem dziecka,
- konflikt między uczuciami macierzyństwa, a pojawiającą się niekiedy niechęcią do dziecka,
- przeświadczenie, iż upośledzone dziecko jest symbolem kary za uprzednie postępowanie, najczęściej rodzi duże poczucie winy,
- lęk przed podejrzeniami ze strony znajomych o „wstydliwą” chorobę, która wywołała upośledzenie,
- przyjęcie wiadomości o urodzeniu się upośledzonego dziecka jako faktu osobiście hańbiącego.

¹ K. Mrugalska, *Rodzice i dzieci*, w *U źródeł rozwoju dziecka*, Warszawa 1988, s. 44.

² K. Boczar, *Młodość umysłowo upośledzona w rodzinie i w środowisku pracy*, Warszawa 1982, s. 43.

Fazy doświadczania sytuacji kryzysowej w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością (Schuchardt (1989, za: Karwowska, Albrecht, 2008)

Faza I: Nieświadomość problemu

Jest to pierwsza reakcja rodziców na otrzymanie diagnozy ryzyka niepełnosprawności dziecka i/lub zagrożenia jego życia i zdrowia. Polega na doświadczeniu szoku przez rodziców, dla których taka informacja burzy dotychczasowe poczucie bezpieczeństwa. Pojawia się uczucie bezradności i zagubienia, ale również lęk i rozpacz. Na tym etapie rodzice nie mają świadomości, z jakimi trudnościami wiąże się wychowanie dziecka z niepełnosprawnością, a ich główne wysiłki koncentrują się na podważeniu prawdziwości diagnozy, a tym samym nie dopuszczają do świadomości faktu niepełnosprawności swojego dziecka.

Faza II: Świadomość problemu

Rodzice w dalszym ciągu nie potrafią zaakceptować diagnozy. Powoli w ich świadomości pojawia się antycypacja przyszłych trudności, a szczególnie ograniczeń, jakich ich dziecko nie będzie w stanie pokonać w toku rozwoju z racji zdiagnozowanych zaburzeń. W przeżyciu emocjonalnym dominują takie stany jak: rozpacz, złość, żal, smutek i rozczarowanie. Powoli ustępuje szok, jednak nadal trwa przerażenie. Obronnie u rodziców może pojawić się mechanizm wyparcia, polegający na przekonaniu, że zaburzenia dziecka mają charakter tymczasowy i wkrótce miną.

Faza III: Agresja

Jest to etap najbardziej zagrażający stabilności rodziny i jej spójności. Jest to moment, gdy rodzice zadają sobie pytanie: „Dlaczego właśnie nas to spotkało?”. W tej fazie rodzice przeżywają poczucie niesprawiedliwości, na bazie którego rodzi się bunt przeciwko wszystkim i wszystkiemu. U osób religijnych jest to moment przeżywania złości do Boga. Rodzice często obwiniają innych za stan dziecka, głównie przedstawicieli służby zdrowia, ale bywa też, że oskarżają siebie nawzajem. Faza ta jest trudnym doświadczeniem, które może doprowadzić do rozwodu, czy rozstania rodziców dziecka. W takich sytuacjach matka dziecka zostaje sama, przeżywając podwójny kryzys: choroby dziecka i rozpadu dotychczasowego związku. Pod koniec fazy pojawia się etap rozczarowania zwiększający prawdopodobieństwo przyjęcia przez rodziców, zwłaszcza przez matki postawy roszczeniowej („jeżeli nam się to trafiło, to nam się należy...”).

Faza IV: Nieracjonalnych przedsięwzięć w kierunku rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego

Energia rodziców koncentruje się wokół podważenia słuszności diagnozy. Symptomatycznym dla tej fazy jest zjawisko gonitwy terapeutycznej, polegające na angażowaniu specjalistów z różnych dziedzin w celu znalezienia cudownego leku lub metody rehabilitacyjnej, co niekiedy jest okupione ogromnym wysiłkiem, a także wysokimi nakładami finansowymi. Na końcu tej fazy rodzice zauważają brak sensu w swoich działaniach.

Faza V: Depresji

Jest to etap, w którym rodzice wyczerpani gonitwą terapeutyczną, zaczynają tracić nadzieję, a w przeżyciu emocjonalnym pojawiają się smutek i rozpacz. Pozytywnym aspektem tego stanu jest dokonanie przewartościowania swoich dotychczasowych oczekiwań, co do dziecka oraz własnego obrazu rodzica, by ostatecznie zaakceptować realny obraz dziecka. Dla części rodziców osiągnięcie akceptacji na tym etapie nie jest możliwe, a stan depresji, poczucie osamotnienia i izolacji pogłębiają się. Wówczas potrzebna jest pomoc specjalisty.

Faza VI: Racjonalnych decyzji

Jest to pierwsza faza pełnej akceptacji dziecka. Rodzice szukają pomocy u specjalistów, ale ich działania są racjonalne, a podejmowana terapia czy rehabilitacja uwzględnia ograniczenia rozwojowe

dziecka. Rodzice mają już świadomość, że ich dziecko nigdy nie będzie pełnosprawne i w związku z tym nie osiągnie takiego poziomu rozwoju, jak dziecko zdrowe.

Faza VII: Pełnej aktywności rodziców na rzecz rehabilitacji dziecka

Na tym etapie rodzice rozumieją możliwości i ograniczenia swojego dziecka wynikające z choroby. Angażują się w jego rehabilitację i terapię, a ich działania są systematyczne i przemyślane. Jest to faza rehabilitacji, ale już racjonalnej.

Faza VIII: Solidarności

W tej fazie część rodziców aktywnie poszukuje grup wsparcia, zapisują się do stowarzyszeń, fundacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych. Na tym etapie rodzice mogą doświadczać radości ze swego rodzicielstwa, mając poczucie, że ich wysiłek stwarza dziecku optymalne warunki do rozwoju, a kontakt z dzieckiem jest dla nich źródłem satysfakcji. Osiągnięcie tego stanu jest możliwe, o ile rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym będzie miała poczucie akceptacji ze strony środowiska lokalnego.

Potrzeby rodziców dzieci z zaburzoną rozwojem

Do potrzeb rodziców dzieci z dysfunkcjami E. Pisula³ zalicza:

1. Uzyskanie informacji o stanie dziecka i możliwościach udzielenia mu pomocy oraz właściwe przekazanie diagnozy. Modelowa procedura obejmuje jak najszybsze informowanie rodziców o problemach rozwojowych lub zdrowotnych dziecka – natychmiast po stwierdzeniu nieprawidłowości, przekazane informacji obojgu rodzicom, w sposób szanujący ich uczucia i prywatność oraz udzielenie wyczerpujących i zrozumiałych informacji o chorobie dziecka, ze wskazaniem możliwości dalszych kontaktów ze specjalistami lub innych źródeł pomocy. Dążenie rodziców do uzyskania tych informacji jest oczywiste – wynika ono z troski o dziecko, a także z pragnienia uzyskania kontroli nad wydarzeniami, zrozumienia ich i możliwości przewidywania ich w przyszłości. Sposobem łagodzącym zjawisko stresu u matek może być udział ojca dziecka w rozmowie. Obecność obojga rodziców umożliwia im wspieranie się nawzajem, a także pomaga w obiektywizacji odbioru informacji. Umożliwia ono też zaoszczędzenie matce dodatkowych obciążeń związanych z przekazaniem ojcu informacji o problemach związanych z dzieckiem.

2. Potrzeba „przetrawiania”. Pozostawała ona w związku z doświadczaniem przez rodziców skrajnego wyczerpania, ogromnego zmęczenia, braku snu i niemożności wypoczęcia, często towarzyszących im przez wiele lat. Matki opisywały swoją sytuację następująco: „opadam z sił”, „nie mam czasu dla siebie”, „jestem załamana”, „w dołku psychicznym”, „czuję się zagubiona”, „nie żyję dla siebie”, „nie mogę dać sobie ze wszystkim rady”, „nie dam rady podolać wszystkim obowiązkom”. I wyrażały swoje potrzeby: „chciałabym być zdrowa, uśmiechnięta, szczęśliwa, mieć czas dla siebie, wyjść do kina, do znajomych”.

3. Potrzeba przynależności i wsparcia. Poza wsparciem ze strony partnera, które wysuwa się wyraźnie na plan pierwszy – rodzice za przydatne uważają także korzystanie z pomocy specjalistów. Istotne znaczenie wspierające mają też rozmowy i kontakty z innymi rodzicami dzieci z problemami rozwojowymi (np. grupy samopomocowe). Związana z nią jest potrzeba doświadczania radości i rozrywki. Rodzice wskazywali na nią, zarówno mówiąc o kontaktach z dzieckiem, jak i z innymi osobami, np. z przyjaciółmi.

4. Potrzeba odczucia własnej wartości i potwierdzenia własnych kompetencji rodzicielskich, poczucia bycia docenionym przez innych, także jako matka lub ojciec. Istotne jest więc, aby specjaliści w czasie udzielania porad lub prowadzenia treningu umiejętności pielęgnacji i sprawowania opieki nad dzieckiem chorym robili to w taki sposób, aby wzmacniać, a nie osłabiać kompetencje i autorytet rodziców.

³ E. Pisula, *Potrzeby rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, www.slideshar.net

Do **sposobów pomocnych** w poradzeniu sobie przez rodziców z obciążeniami wynikającymi z zajmowania się dzieckiem z dysfunkcjami E. Pisula⁴ zalicza:

- grupy wsparcia, internetowe fora dyskusyjne, dające możliwość kontaktu i wymiany informacji z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej,
- opiekę wytechnieniową, tak, aby pozytywne skutki wypoczynku nie były pomniejszone z powodu stresu, którego źródłem jest poczucie winy,
- włączenie ojców w proces diagnozy i opieki nad dzieckiem,
- edukację, terapię, wsparcie emocjonalne i instrumentalne, zarówno dla matek, jak i dla ojców.

Wpływ niepełnosprawności dziecka na funkcjonowanie rodziców

Sytuacja trudna, wynikła z faktu choroby, niepełnosprawności dziecka, wymusza nowy cel komunikacji między partnerami, którym jest uzgodnienie oceny sytuacji, przyjęcia celu działania oraz opracowanie wspólnej strategii radzenia sobie. Dotychczasowe sposoby komunikowania się ulegają modyfikacji. Ograniczeniu ulegają komunikaty afiliacyjne. Komunikacja nabiera charakteru informacyjno-instruktażowego i jest wyraźnie wyznaczona przez kontekst sytuacyjny. W sytuacji trudnej pod wpływem poczucia zagrożenia, lęku i nasilonego niepokoju reakcje partnerów interakcji mogą silnie zakłócać zarówno nadawanie jak i odbiór oraz interpretację komunikatu⁵. Na proces porozumiewania się nakładają się indywidualne ochronne mechanizmy radzenia ze stresem np. unikanie, zaprzeczanie, imputowanie, ekspresja natłoczonych negatywnych emocji, odwzajemnianie negatywnych komunikatów (oko za oko), okazywanie wrogości i przypisywanie negatywnych intencji, wycofanie oraz zrywanie aktywności w celu komunikowania się, czyli tzw. blokery komunikacji, pogłębiające poczucie niezrozumienia i osamotnienia. Wzmacniają, rozbudowują się i utrwalają strategie agresywne lub unikanie komunikacji otwartej – a te strategie bywają z reguły mało satysfakcjonujące dla partnerów, a często są raniące i przeradzają się ze strategii mających na celu utrzymanie związku w strategię utrzymania władzy i kontroli nad sytuacją. Można stwierdzić, że konsekwencją przeciążenia systemu rodzinnego dziecka niepełnosprawnego, nieprawidłowości w procesie komunikacji między małżonkami, a jego rodzicami, braku uzgodnień w pełnieniu ról małżeńskich i rodzicielskich, mogą być tendencje rozpadowe w rodzinie lub nadmierne związanie skutkujące brakiem poczucia szczęścia w życiu i małżeństwie⁶.

Narodziny każdego dziecka oznaczają podjęcie nowej roli przez jego rodziców. Sami „stając się” rodzicem zaczynają postrzegać swojego partnera nie tylko jako małżonka, ale także jako rodzica dziecka i odtąd większość spraw i zadań rodzicielskich rozwiązują w tym kontekście. Oznacza to zmianę własnych relacji, rozbudowę i modyfikację przepisów pełnionych ról i zmianę hierarchii potrzeb i sposobów ich realizacji. Ta zmiana stanowi poważne obciążenie dla związku i wywołuje konieczność nowych uzgodnień.

Proces radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba dziecka absorbuje rodziców dziecka do podejmowania wielu nowych zadań, zmierzających do pomocy dziecku, poprawy jego stanu zdrowia, rozwoju. Wiąże się z tym konieczność przeformułowania wzajemnych relacji i sposobu pełnienia ról małżeńsko rodzicielskich. Zmiany te dokonują się w atmosferze silnych emocji związanych z doświadczeniem kryzysu psychicznego, stresu, czasem rezygnacji z wyobrażeń i oczekiwań i wzbudzają zazwyczaj ogromne reakcje uczuciowe (lęk, niepokój, rozpacz). Zmiana struktury rodziny, w związku z pojawieniem się dziecka z niepełnosprawnością wiążą się także z silną presją otoczenia, lepiej lub gorzej artykułowanymi oczekiwaniami partnera, rodziny, specjalistów, dalszego otoczenia, przypadkowych osób itp. Stąd trudy procesu przyjmowania roli rodzica dziecka niepełnosprawnego mogą pogłębiać dodatkowo stres związany z chorobą i zaburzeniami

⁴ Ibidem

⁵ B. Tryjarska, *Komunikacja między małżonkami niezadowolonymi ze związku*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 4/2003.

⁶ I. Niemiec, *Wzajemna percepcja roli i sposobu jej pełnienia a poczucie szczęścia i zadowolenia z małżeństwa rodziców dziecka niepełnosprawnego*, op. cit.

funkcjonowania dziecka. Przyjęcie roli rodzica dziecka z niepełnosprawnością stanowi efekt procesu radzenia sobie z trudnym doświadczeniem – posiadania dziecka chorego, niepełnosprawnego. W wyniku tego procesu oraz pod wpływem presji otoczenia, wewnętrznych standardów moralnych dokonują się daleko idące zmiany w sposobie pełnienia roli rodzica i współmałżonka⁷.

Rodzina wychowująca dziecko niepełnosprawne boryka się z szeregiem trudnych sytuacji. Każdy rodzaj niepełnosprawności dziecka jest czynnikiem zaburzającym dotychczasowy układ w rodzinie. Przyczynia się także do dezorganizacji wcześniejszego stylu życia rodziny. Rodzice mają trudności w podjęciu decyzji o poczęciu kolejnego dziecka. Obawiają się, że każde następne dziecko będzie chore lub niepełnosprawne. Obawa ta towarzyszy również wtedy, kiedy nie ma obciążenia dziedzicznego. Dorośli bardzo często rezygnują z prokreacji, co rozluźnia stosunki między nimi. Uzasadniają to wieloma obowiązkami, jakie czynią wobec dziecka niepełnosprawnego. Rodzice wychowujący niepełnosprawne dziecko nie tylko wycofują się z dotychczasowych kontaktów towarzyskich, ale również ograniczają swe uczestnictwo w życiu kulturalnym. Rzadko chodzą do kina, teatru, opery filharmonii lub na koncerty. Niskie uczestnictwo rodziców w kulturze spowodowane jest głównie brakiem czasu, brakiem ochoty wynikającym z przeciążenia licznymi obowiązkami lub brakiem możliwości. Wolne chwile rodzice najczęściej spędzają na oglądaniu telewizji, słuchaniu radia lub muzyki, czytaniu gazet lub książek. A zatem preferują oni te formy spędzania wolnego czasu, które można realizować nie wychodząc z domu i nie podejmując większego wysiłku⁸.

Funkcjonowanie zdrowego rodzeństwa w rodzinie wychowującej dziecko o zaburzonym rozwoju

Pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością wpływa nie tylko na rodziców dziecka, ale także na zdrowe rodzeństwo. Poszczególni członkowie rodziny uruchamiają indywidualną reakcję na wiadomość o chorobie dziecka w zależności od ich predyspozycji psychicznych danej osoby oraz od więzi emocjonalnych, jakie łączą ją lub będą łączyły z dzieckiem. Dobro dziecka o zaburzonym rozwoju oraz dobro pozostałych członków jego rodziny wiąże się z osiągnięciem względnego zrównoważenia emocjonalnego i przyjęciem przez nich racjonalnej postawy wobec choroby dziecka. Osiągnięcie takiego stanu umożliwia wytworzenie w rodzinie właściwej atmosfery współżycia gwarantującej zabezpieczenie potrzeb wszystkich jej członków⁹.

Funkcjonowanie zdrowego rodzeństwa o zaburzonym rozwoju jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Badacze zajmujący się tym problemem wymieniają następujące czynniki stresogenne, mające wpływ na rodzeństwo dziecka niepełnosprawnego¹⁰, tj.:

- zmiana podziału ról w rodzinie,
- zmiany w funkcjonowaniu i działaniach rodziny,
- utrata lub brak uwagi ze strony rodziców,
- poczucie winy,
- poczucie wstydu potęgowane często negatywnymi ocenami ze strony rówieśników, zakłopotanie dziwacznymi zachowaniami brata czy siostry,
- nadmierne obciążenie obowiązkami oraz
- zbyt wysokie wymagania rodziców w stosunku do zdrowych dzieci.

Niedostatek uwagi ze strony rodziców

U zdrowego dziecka w chwili pojawienia się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością występują negatywne przeżycia emocjonalne. Negatywne uczucia mogą narastać, jeśli rodzice

⁷ I. Niemiec, *Wzajemna percepcja roli i sposobu jej pełnienia a poczucie szczęścia i zadowolenia z małżeństwa rodziców dziecka niepełnosprawnego*, op. cit.

⁸ A. Twardowski, *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, [w:] W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1991, s. 48–49.

⁹ A. Maciarz, *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekłe chorych*, Kraków 1998.

¹⁰ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańsk 2001.

poświęcają choremu dziecku coraz więcej uwagi. W takich sytuacjach zdrowe rodzeństwo odczuwa zazdrość, żal, poczucie krzywdy, odsunięcie od rodziców. Negatywne przeżycia emocjonalne wzrastają, gdy zdrowe dziecko porówna sytuację swoją i swoich rówieśników. Wówczas rodzeństwo niepełnosprawne jest postrzegane jako przyczyna trudności i niepowodzeń, co rodzi takie uczucia w stosunku do niepełnosprawnego brata lub siostry jak zazdrość, wrogość, gniew, agresja. Negatywne uczucia wobec rodzeństwa niepełnosprawnego są często tłumione, wywołują poczucie winy, co w konsekwencji prowadzi do podwyższonego poziomu napięcia emocjonalnego, ambiwalencji uczuciowej oraz zaburzenia obrazu samego siebie¹¹. W skrajnych przypadkach koncentracja rodziców na chorym dziecku jest nadmierna, a w przeżyciu zdrowego rodzeństwa dominuje niedobór rodzicielskiej uwagi, troski i uczuć. Można dostrzec poczucie nadopiekuńczości i braku krytycyzmu wobec dziecka o zaburzonym rozwoju, niedostateczne zabezpieczenie ich potrzeb, a nawet ograniczanie praw i przywilejów¹². Badania Randalla i Parkera¹³ wskazują jednak, że na ogół matki dzieci niepełnosprawnych poświęcają czas i uwagę swoim zdrowym dzieciom w większym wymiarze niż matki nieposiadające dzieci niepełnosprawnych, co ma rekompensować im trudności wynikających z faktu posiadania rodzeństwa z problemami rozwoju.

Nadmierne obciążenie obowiązkami zdrowych dzieci.

Opieka i wychowanie niepełnosprawnego dziecka angażuje większość czasu i uwagi rodziców, co może powodować, iż pozostałe zdrowe dzieci są obciążone dodatkowymi obowiązkami domowymi. Pojawienie się w rodzinie dziecka z zaburzonym rozwojem może wiązać się dla zdrowego rodzeństwa z utratą przywilejów zarezerwowanych dla najmłodszego dziecka w rodzinie. W takiej sytuacji rodzeństwo może odczuwać gniew, urazę czy też mieć poczucie winy¹⁴. Gałkowski¹⁵ analizując sytuację zdrowego rodzeństwa dzieci z poważną niepełnosprawnością intelektualną, zauważa, że starsze rodzeństwo jest zwykle nadmiernie obciążane dodatkowymi obowiązkami, zwłaszcza starsza siostra bywa obsadzana przez rodziców w roli opiekunki. Zdaniem autora może to sprzyjać kształtowaniu się negatywnych postaw zdrowego rodzeństwa wobec niepełnosprawnego brata lub siostry oraz niekorzystnie odbić się również na ich nauce i kontaktach z rówieśnikami.

Poczucie wstydu

Wielu dzieciom towarzyszy poczucie wstydu z powodu posiadania niepełnosprawnego rodzeństwa¹⁶. Zdrowe rodzeństwo odczuwa skrępowanie w sytuacjach publicznych, gdy jest identyfikowane jako brat lub siostra dziecka z niepełnosprawnością. Z obawy przed odrzuceniem przez kolegów unika często kontaktów koleżeńskich na terenie domu. Dzieci czują też dyskomfort, gdy kłopoty z rodzeństwem o zaburzonym rozwoju rzutują na ich prywatność i stosunki towarzyskie z rówieśnikami¹⁷. Często rodzeństwo dzieci niepełnosprawnych może mieć poczucie wyobcowania z powodu trudności w nawiązywaniu stosunków z rówieśnikami. Wiąże się to często z oporem przed informowaniem otoczenia o niepełnosprawności brata lub siostry¹⁸.

Nadmierne oczekiwania rodziców

Zdrowe rodzeństwo dzieci niepełnosprawnych często stawiane jest w sytuacji, w której rodzice przenoszą na nie swoje niespełnione nadzieje i oczekiwania wynikające z faktu posiadania chorego dziecka. Sprawia to, iż idealizują oni pełnosprawne rodzeństwo, wierząc w jego ponadprzeciętne

¹¹ M. Kruk. *Relacje między rodzeństwem zdrowym i niepełnosprawnym w rodzinie*, „Światło i cień”, 2 (12), 4-8/1996.

¹² T. Gałkowski, *Dzieci specjalnej troski*, op. cit.

¹³ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, op. cit.

¹⁴ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, op. cit.

¹⁵ T. Gałkowski, *Dzieci specjalnej troski*, Warszawa 1979.

¹⁶ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, op. cit.

¹⁷ Za: P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, op. cit.

¹⁸ M. Kruk. *Relacje między rodzeństwem zdrowym i niepełnosprawnym w rodzinie*, op. cit.

możliwości rozwojowe i stawiają mu wygórowane wymagania. Według T. Gałkowskiego¹⁹, gdy w rodzinie są inne, normalnie rozwijające się dzieci, niejednokrotnie odgrywają rolę czynnika rekompensującego niepowodzenia związane z dzieckiem upośledzonym.

Mieszkanie pod jednym dachem z dzieckiem o zaburzonym rozwoju nie musi koniecznie wywierać tylko negatywnego wpływu na zdrowe rodzeństwo²⁰. Badania dowodzą, że bracia i siostry dzieci niepełnosprawnych nie mają większych problemów psychologicznych czy wychowawczych, niż dzieci mające pełnosprawne rodzeństwo²¹. Wręcz odwrotnie, niektóre dzieci czerpią satysfakcję z tego, że uczą się żyć i radzić sobie z niepełnosprawnym rodzeństwem. Wśród tych dzieci odnotowano także większy poziom tolerancji i empatii w stosunku do innych niepełnosprawnych, wykazują one też więcej altruizmu i idealizmu oraz charakteryzują się większą dojrzałością i odpowiedzialnością. Także rodzice uważają, że przebywanie na co dzień z niepełnosprawnym dzieckiem zdrowym dzieciom przynosi w efekcie korzyści, zdobywają one właściwy stosunek do osób kalekich i wymagających pomocy²².

Zmiana w systemie rodzinnym dotycząca pojedynczego członka rodziny (niepełnosprawność) stanowi trudność dla całego systemu i wymusza na jej członkach podjęcie aktywności zmierzającej do przystosowania się (osiągnięcia homeostazy). Wszystkie rodziny mają w sobie zasoby do rozwoju i naprawy sytuacji doświadczenia kryzysu, cierpienia zagrożenia²³. Wprawdzie w sytuacji przewlekłego stresu, a takim jest niewątpliwie pojawienie się w rodzinie dziecka z głęboką niepełnosprawnością pojedynczy członkowie lub cały system mogą prezentować zachowania dysfunkcjonalne, nie oznacza to jednak, że system nie posiada w sobie siły i mocnych stron²⁴.

W każdym systemie rodzinnym ścierają się dynamicznie ze sobą: dążenia odśrodkowe, w kierunku odrębności – pęd do autonomii, indywidualizmu, rządzenia się swoimi prawami, wolności i niezależności odpychające od siebie osoby należące do systemu oraz dążenia dośrodkowe – przywiązujące lub w inny sposób trzymające razem członków rodziny. W zdrowej rodzinie tendencje te pozostają we względnej równowadze – przewaga w jedną stronę wywołuje automatyczne uruchomienie działań przeciwnych, równoważących tę tendencję. Każda sytuacja trudna, każda zmiana w systemie może destabilizować jego homeostazę w tym zakresie. Długotrwała sytuacja trudna, jaką jest niepełnosprawność dziecka oraz sposób radzenia sobie z trudnościami z nią związanymi, może wzmocnić tendencję do zwiększonego związania członków rodziny wokół problemu i jednocześnie silną tendencję przeciwną do wycofania się, ucieczki, uwolnienia się²⁵.

Sytuacja trudna, jaką jest urodzenie dziecka z niepełnosprawnością sama w sobie nie musi powodować destabilizacji systemu rodzinnego – może jednak uwypuklić sztywność lub konfliktowość postaw i przekonań członków rodziny, wzmocnić niedostrzegalne do tej pory nieprawidłowe zachowania oraz ich skutki, przyczynić się do zakłóceń komunikacji i w związku z tym ujawnić głęboki, a nieuświadomiany dotąd problem rodziny²⁶. Konstruktynne poradzenie sobie systemu rodzinnego z sytuacją trudną i wypracowanie nowych adaptacyjnych strategii rozwiązywania problemów sprzyja zwiększeniu spójności rodziny i staje kolejnym jej zasobem²⁷. Tak więc posiadanie dziecka niepełnosprawnego i związany z tym stres może w różny sposób wpłynąć na rodzinę –

¹⁹ T. Gałkowski, *Dzieci specjalnej troski*, op. cit.

²⁰ Za: P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, op. cit.

²¹ Ibidem.

²² T. Peeters, *Wpływ autyzmu na życie rodzinne*, „Dziecko Autystyczne”, IV (2)/1996, s. 14-27.

²³ H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, Kraków 2006.

²⁴ Ibidem.

²⁵ I. Niemiec, *Wzajemna percepcja roli i sposobu jej pełnienia a poczucie szczęścia i zadowolenia z małżeństwa rodziców dziecka niepełnosprawnego*. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. UŚ dr hab. Katarzyny Popiołek, 2006.

²⁶ I. Niemiec, *Wzajemna percepcja roli i sposobu jej pełnienia a poczucie szczęścia i zadowolenia z małżeństwa rodziców dziecka niepełnosprawnego*, op. cit.

²⁷ M. Karwowska, M. Albrecht, *Niepełnosprawność dziecka przyczyną rozpadu czy spójności rodziny?* [w:] M. Karwowska (red.), „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki O Edukacji” Bydgoszcz 2008, s. 13-26.

wzmacniać ją, prowadząc do zwiększenia spójności i stabilizacji lub dezorganizować, przyczyniając się do usztywnienia i patologizacji, albo rozpadu systemu rodzinnego²⁸.

Niezależnie, od tego, jaka dysfunkcja jest przyczyną niepełnosprawności dziecka, jego rodzice bardzo potrzebują wsparcia. Powinno ono pochodzić zarówno od specjalistów (lekarzy, terapeutów), jak również osób z bliższego i dalszego otoczenia rodziny wychowującej dziecko o zaburzonym rozwoju. Czym lepsze jest wsparcie udzielone rodzicom od samego początku, tym szybciej przechodzą oni przez kolejne, omówione powyżej fazy reakcji na dysfunkcje dziecka.

Wybrane formy wsparcia psychologicznego dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością

Ważnym aspektem pracy asystenta rodziny jest wskazywanie możliwości oraz pomoc w kontakcie ze specjalistami oferującymi różne formy wsparcia psychologicznego. W zależności od potrzeb poszczególnych, członków rodziny, ich gotowości do uczestniczenia w różnych formach wsparcia oraz możliwości dostępu do wsparcia w danej społeczności lokalnej, asystent rodziny może zaproponować poszczególnym jej członkom bądź całemu systemowi rodzinnemu różne formy pomocy psychologicznej.

Grupy wsparcia

Jedną z form pomocy dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością jest grupa wsparcia dla rodziców i rodzeństwa dzieci niepełnosprawnych. Grupa samopomocowa zrzesza na zasadach dobrowolności osoby o podobnych doświadczeniach życiowych, zatem umożliwia rodzinie dziecka z niepełnosprawnością kontakt z osobami przeżywającymi analogiczne trudności oraz zapewnia pomoc w rozwiązywaniu wspólnych problemów osobistych i społecznych²⁹. Ma to szczególne znaczenie dla rodzin małych dzieci niepełnosprawnych, zmagających się na początku z poczuciem, że wokół nich nie ma nikogo, kto mógłby je zrozumieć. Grupa wsparcia daje swoim członkom poczucie więzi, wsparcie emocjonalne oraz zmniejsza poczucie izolacji społecznej. Rodzice z większym stażem i doświadczeniem służą pomocą tym, którzy dopiero rozpoczynają swoją drogę w trudnym rodzicielstwie. Podobnie dzieje się w grupach wsparcia dla dzieci posiadających niepełnosprawne rodzeństwo. Podczas spotkań grupowych, w atmosferze szacunku i wzajemnej troski uczestnicy dzielą się swoimi obawami, mają możliwość poznania sposobów radzenia sobie przez innych, a także przekazują i udzielają sobie nawzajem użyteczne informacje czy dzielą się wiedzą. Grupa wsparcia może mieć zarówno charakter formalny (organizowane przez specjalistyczne instytucje i prowadzone przez jedną lub dwie profesjonalnie przygotowane osoby), jak i samopomocowy (gdy tworzone są przez samych jej członków).

Poradnictwo/konsultacje psychologiczne

Poradnictwo jest formą wsparcia, adresowaną do osób zdrowych, znajdujących się w momencie kryzysu rozwojowego lub przeżywającym trudności przystosowawcze³⁰. W trakcie spotkań o charakterze konsultacyjnym psycholog w oparciu o posiadaną wiedzę i własne doświadczenie zawodowe dostarcza rodzicom wskazówek, jak powinni radzić sobie w trudnych sytuacjach, definiowanych przez rodziców jako problem. Specjalista rozmawia wówczas z rodzicami na temat konkretnych zachowań dziecka niepełnosprawnego lub zdrowego rodzeństwa i towarzyszącym im okolicznościach. W trakcie spotkań analizowane są: sposób rozumienia przez rodziców istniejących trudności, dotychczasowe sposoby działania i ich rezultaty oraz sytuacje, w których niepokojące lub trudne zachowania nie występują. Wspólna analiza problemu umożliwia klientowi poszerzenie pola

²⁸ I. Niemiec, *Wzajemna percepcja roli i sposobu jej pełnienia a poczucie szczęścia i zadowolenia z małżeństwa rodziców*, op. cit. *dziecka niepełnosprawnego*

²⁹ Cz. Czabała, H. Sęk, *Pomoc psychologiczna*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Kraków 2000, s. 605-621.

³⁰ Ibidem.

rozumienia dotychczasowych trudności i samodzielne znalezienie odpowiedzi na temat sposobów radzenia sobie. Specjalista dostarcza rodzinie często jedynie brakujących informacji o potrzebach dziecka i specyfice jego rozwoju związanej z niepełnosprawnością lub posiadaniem rodzeństwa z niepełnosprawnością. Poradnictwo w takiej formie zakłada partnerstwo rodziców i specjalisty jako warunek współdziałania. W ten sposób rodzina ma poczucie, że jest zaangażowana w pracę nad rozwiązaniem sytuacji trudnej na równi z psychologiem, co zwiększa poziom zaangażowania rodziców do zastosowania wypracowanych ustaleń³¹.

Psychoterapia

Psychoterapia jest specjalistyczną formą leczenia, polegającą na zastosowaniu technik psychologicznych opartych na wiedzy teoretycznej i umiejętnościach psychoterapeuty, której celem jest rozwój osobowości, usuwanie objawów chorobowych pacjenta i osiągnięcie zdrowia psychicznego³². Terapią mogą być objęci poszczególni członkowie rodziny bądź cały system rodzinny.

Terapia indywidualna, jest formą oddziaływania leczniczego, gdzie kontakt pacjenta z terapeutą jest jeden na jeden. Terapia indywidualna polega na bezpośrednim kontakcie pacjenta z terapeutą. Ten kontakt pacjenta z terapeutą stanowi ważny czynnik leczący w procesie psychoterapii. Ta forma terapii zapewnia klientowi (pacjentowi) najwyższy poziom ufności, prywatności, uwagi, bliskości i bezpieczeństwa³³.

Terapia rodzinna może mieć zastosowanie, gdy rodzina nie radzi sobie z sytuacją urodzenia się dziecka z niepełnosprawnością mimo upływu czasu. Zdarza się, że fakt niepełnosprawności dziecka dezorganizuje system rodzinny w takim stopniu, że mimo innych form pomocy nie jest ona w stanie odzyskać równowagi i poczucia bezpieczeństwa. Zadaniem psychoterapeuty rodzinnego jest wtedy praca nad odbudowaniem prawidłowej struktury rodziny oraz poprawieniem relacji pomiędzy poszczególnymi jej członkami. Wielu rodziców może zareagować oporem przed poruszaniem spraw, które w ich przekonaniu, nie wiążą się bezpośrednio z rozwojem dziecka. Rodzina dziecka z niepełnosprawnością może mieć trudność w rozumieniu, iż zaburzenia relacji wewnątrzrodzinnych mogą ograniczać rozwój dziecka³⁴.

Interwencja kryzysowa

Interwencja kryzysowa jest działaniem, „skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem i do jego rozwiązania”³⁵. Interwencja kryzysowa ma charakter interdyscyplinarny i dotyczy pomocy: psychologicznej, medycznej, socjalnej i prawnej³⁶. Jest to podejście aktywne, kładące nacisk na działanie. Istotna jest mobilizacja klienta do aktywnej współpracy z interwentem, odwoływanie się do zasobów własnych klienta i jego systemu rodzinnego, a także analizie dostępnych strategii działania, które mogą okazać się przydatne w rozwiązywaniu kryzysu³⁷. W sytuacji, gdy rodzina dowiaduje się o zagrożeniu zdrowia, życia oraz niepełnosprawności dziecka istnieje wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia kryzysu. Wsparcie udzielane wówczas rodzinie może mieć wymiar:

³¹ M. Karwowska, *Rodzina dziecka niepełnosprawnego intelektualnie – beneficjentem pomocy i społecznego wsparcia*, [w:] M. Cichosz, G. Szabelska (red.), „Rocznik Naukowy Kujawsko- Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy”, nr 6, Bydgoszcz 2011, s. 63-85.

³² L. Grzesiuk, *Psychoterapia*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Kraków 2000, s. 605-621.

³³ C. Feltham, *Formy terapii*, [w:] C. Feltham, I. Horton (red.) *Psychoterapia i poradnictwo*, Sopot 2013, s. 61.

³⁴ M. Dąbrowska, *Wczesne wspomaganie. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna*, Kraków 2009.

³⁵ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, [w:] W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Kraków 1996, s. 27.

³⁶ E. Leśniak, *Interwencja kryzysowa*, [w:] W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Kraków 1996, s. 55-72.

³⁷ D. Kubacka-Jasiecka, *Od stresu do kryzysu – kryzys emocjonalny jako zagrożenie tożsamości*, [w:] I. Heszen-Niejeodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, Poznań 2002.

- a) Emocjonalny. Urodzeniu dziecka z niepełnosprawnością towarzyszą silne przeżycia emocjonalne takie jak: załamanie, rozpacz. Członkowie rodziny mogą przeżywać kryzys psychiczny i w związku z tym wymagają działania podtrzymującego, obecności innych osób, życzliwego zrozumienia, wysłuchania i akceptacji.
- b) Informacyjny. Polega na dostarczeniu wiadomości, dzięki którym rodzina ma poczucie, że wie, jak dalej postępować. Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością najczęściej oczekują informacji na temat charakteru zaburzeń dziecka i form pomocy, dostępu do usług specjalistycznych dla wszystkich członków rodziny oraz możliwościach pomocy finansowej³⁸. Osoby udzielające wsparcia informacyjnego pomagają rodzinie w przedefiniowaniu problemu, tak aby w percepcji jej członków był możliwy do rozwiązania. Polega to między innymi na przeformułowaniu myślenia o nieodwracalności sytuacji związanej z niepełnosprawnością i zastanowieniu się, co można zrobić, aby dziecko rozwijało się jak najlepiej, co sprzyja odzyskaniu rodzinę poczucia kontroli nad własnym życiem³⁹.
- c) Rzeczowy (pomoc w kontakcie z instytucjami udzielającymi pomocy materialnej i socjalnej). W związku z tym asystent rodziny powinien znać aktualne przepisy dotyczące praw przysługujących rodzinie wychowującej niepełnosprawne dziecko oraz posiadać informacje o instytucjach świadczących odpowiednią pomoc.
- d) Instrumentalny. Polega na dostarczeniu konkretnych wskazówek: jak działać, a czego unikać. Taka dość dyrektywna postawa osoby udzielającej pomocy jest często konieczna w początkowym okresie radzenia sobie z traumą, kiedy rodzina czuje się całkowicie zagubiona i bezradna. Celem wsparcia jest wyszukanie i zmobilizowanie istniejących zasobów oraz wyposażenia rodziny w kompetencje umożliwiające jej kierowanie własnym losem i losem dziecka. Jednocześnie przyjmuje się, że osoby wspierane posiadają urzeczywistnione lub potencjalne możliwości rozwiązywania problemów⁴⁰.

2. Cele i działania, etapy pracy asystenta rodziny oraz niezbędne dokumenty

Pracę asystenta pracującego z rodzinami dzieci z niepełnosprawnością ukierunkowują następujące cele:

1. Stabilizacja emocjonalna rodziny – uspokojenie emocji, związanych z doświadczaniem kolejnych faz sytuacji kryzysowej przez rodziców dziecka z problemami zdrowotnymi, dzięki towarzyszeniu rodzinie w przeżywanych emocjach, dawanie wspierających komunikatów, okazywanie akceptacji, empatii, tworzenie bezpiecznej i przyjaznej atmosfery emocjonalnej, umożliwienie wglądu w przeżywane emocje, stwarzanie okazji do bezpiecznego rozładowania napięcia emocjonalnego, pomoc w rozważeniu za i przeciw w czasie przeżywania ambiwalencji w sytuacji podejmowania ważnych decyzji, elementy interwencji kryzysowej.

2. Wzrost kompetencji opiekuńczo-wychowawczych rodziców, w tym podniesienie umiejętności opiekuńczo-wychowawczych w zakresie specyficznych potrzeb dziecka z niepełnosprawnością, rozumiane jako poszerzenie wiedzy o potrzebach dziecka, celach, zadaniach, treściach, metodach, środkach i uwarunkowaniach procesu wychowania, wymiana informacji o wychowaniu w ogóle, o wychowaniu konkretnego dziecka (z niepełnosprawnością i jego rodzeństwa) w danej rodzinie, w określonej sytuacji rodzinnej, umiejętność poszukiwania rozwiązań problemów wychowawczych, modelowanie i trening umiejętności opiekuńczo-wychowawczych. Jest to także podnoszenie wiedzy i umiejętności z zakresu pielęgnacji, opieki i wychowania dziecka z niepełnosprawnością.

³⁸ S. Krajczy, *Wsparcie informacyjne – oczekiwania rodziców wychowujących dziecko z niepełnosprawnością intelektualną*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, Nr 2/2013.

³⁹ M. Dąbrowska, *Wczesne wspomaganie. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna*, op. cit.

⁴⁰ Ibidem

3. Osiągnięcie przez rodzinę pożądanego przez nią **poziomu stabilności życiowej** w sytuacji niepełnosprawności dziecka, czyli prawidłowe pełnienie funkcji rodziny, stwarzanie optymalnego środowiska wychowawczego dziecku z niepełnosprawnością i jego rodzeństwu, wysoka umiejętność realizacji spraw dotyczących domu i rodziny, w tym na rzecz dziecka o specjalnych potrzebach w zakresie pielęgnacji, opieki, wychowania i rehabilitacji.

4. **Koordinacja wsparcia udzielanego kobiecie i/lub rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym.** Co będzie wiązało się z opracowaniem indywidualnego katalogu możliwego wsparcia oraz pomoc w realizacji zawartych w nim świadczeń i usług, we współpracy z innymi służbami społecznymi.

Dominującym działaniami asystenta w zakresie realizacji powyższych celów powinny być:

1. Udzielanie wsparcia emocjonalnego (w zakresie akceptacji i radzenia sobie z niepełnosprawnością przez rodziców i poprzez dziecko), instrumentalnego (stworzenie indywidualnego katalogu możliwego do realizacji wsparcia rodziny), informacyjnego (podanie i omówienie ofert wsparcia i pomocy rodzinie dostępnych w miejscu zamieszkania, na poziomie powiatu i województwa, uzyskania pełnej diagnozy dziecka, jak i instrukcji co do działań w zakresie opieki i wychowania dziecka).
2. Pedagogizacja z elementami terapii w środowisku zamieszkania rodziny i w miejscu przez nią wskazanym, w tym prowadzenie poradnictwa pedagogicznego, dotyczącego zaspokajania specyficznych potrzeb w zakresie opieki, wychowania i edukacji dziecka nie w pełni sprawnego i modelowanie ww. umiejętności rodziców.
3. Współpraca z innymi przedstawicielami służb społecznych, koordynacja poradnictwa dla rodzin w sytuacji niepełnosprawności dziecka, realizacja wybranych spraw rodziny na podstawie upoważnienia.
4. Motywowanie członków rodziny do podejmowania działań mających na celu budowanie zasobów, umożliwiających radzenie sobie w trudnej sytuacji, w jakiej znalazła się rodzina.
5. Monitorowanie postępów w budowaniu zasobów, pozwalających na radzenie sobie w trudnej sytuacji (z uwzględnieniem świadczeń i usług zawartych w indywidualnym katalogu możliwego wsparcia), zarówno przez kobietę, jak i rodzinę; monitorowanie postępów rodziny w realizacji działań ze wspólnie opracowanego planu pracy.
6. Budowanie sieci wsparcia w zakresie różnych podmiotów i specjalistów, w celu dostępu do zasobów i możliwości konsultacji dla danego przypadku rodziny i własnej z nią pracy.

ETAPY PRACY ASYSTENTA RODZINY Z RODZINĄ ORAZ NIEZBĘDNE DOKUMENTY

Jeśli kobieta/rodzina dziecka z problemami zdrowotnymi wystąpiła z wnioskiem o pomoc asystenta rodziny oznacza to, że potrzebuje wsparcia zewnętrznego (instytucjonalnego) w znalezieniu zasobów do zbudowania optymalnego środowiska wychowawczego dla swojego potomstwa. Wydaje się, że niewystarczające będzie jedno czy dwa spotkania z kobietą/rodziną. Warto przeprowadzić cały proces metodycznego działania, znany z realizacji asystentury rodziny wedle ustawy o wspieraniu rodziny. Ze względu na sytuację kryzysową w rodzinie etapy te powinny przebiegać szybciej i być bardziej skondensowane a nawet zazębiać się.

Etap 0.	
Czas trwania:	2 dni od wpłynięcia wniosku do kierownika ośrodka pomocy społecznej/gminy Przekazanie wniosku do asystenta, zespołu w ośrodku pomocy społecznej lub w innej instytucji wspierania rodziny / organizacji pozarządowej realizującego asystenturę rodzinną
	Przydzielenie właściwego asystenta do udzielania wsparcia
Zadania asystenta rodziny:	Przygotowanie się do pracy w sytuacji przyjścia na świat lub posiadania dziecka ciężko lub nieuleczalnie chorego lub pracy z rodziną z dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością lub opinią o specjalnym kształceniu i innymi wydanymi przez poradnie psychologiczno-pedagogicznymi.

	Zapoznanie z potrzebami – teoria i wstępna analiza Informatora Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
Dokumentacja:	- wniosek osoby/rodziny. - zaświadczenie, że kobieta w ciąży przybywała pod opieką ginekologiczną od 10 tygodnia ciąży. - lub - zaświadczenie, potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu), wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii lub - orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczeniem o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności, określonym w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub - odpowiednio opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o których mowa w przepisach ustawy o systemie oświaty - pismo do innego niż OPS organizatora wsparcia rodziny lub adnotacja kierownika OPS o przydzieleniu asystenta.

Etap I.	
Czas trwania:	do 1 tygodnia
	Nawiązanie kontaktu, tworzenie relacji asystenckiej.
Zadania asystenta rodziny:	Nawiązanie kontaktu z rodziną oraz tworzenie relacji asystenckiej, tj. - zapoznanie rodziny z rolą, zadaniami, uprawnieniami i asystent rodziny oraz jego zobowiązaniami wobec zatrudniającej instytucji, - jeśli wniosek złożyła sama kobieta – uzyskanie zgody obojga rodziców na współpracę z asystentem rodziny, - rozmowy i obserwacje dotyczące życia rodziny, wstępne omawianie oczekiwań rodziny dotyczących pracy z asystentem (w przypadku sprecyzowanych oczekiwań lub pilnych sytuacji wykorzystanie upoważnienia szczególnego), - wsparcie emocjonalne w sytuacji kryzysu powstałego na skutek oczekiwania lub przyjścia na świat dziecka ciężko chorego, urealnienie sytuacji, - ocena funkcjonowania emocjonalnego, w przypadku kryzysu chronicznego lub fazy ostrej kryzysu ustalenie spotkania z psychologiem - trauma/pracownikiem ośrodka interwencji kryzysowej lub innym specjalistą (upoważnienie szczególne), - dbanie o efektywność pracy asystenta rodziny poprzez budowanie systemu konsultacji z psychologiem ds. traumy lub specjalistą ds. niepełnosprawności OPS lub OIK (w zależności od dostępności), pedagogiem specjalnym (konsultacja/supervizja 1 raz z miesiącu).
Dokumentacja:	zaakceptowany wniosek lub zgoda rodziny upoważnienie szczególne karta kontaktów z rodziną

Etap II.	
Czas trwania:	do 2 tygodni.
	Rozpoznanie sytuacji rodziny. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- zapoznanie się z życzeniami członków rodziny i oczekiwaniami służb społecznych, co do kierunków pracy z rodziną, - urealnianie perspektywy postrzegania sytuacji przez rodzinę, - ocena przygotowania rodziny na przyjście na świat chorego dziecka,

	• diagnoza środowiska wychowawczego rodziny pod kątem pielęgnacji, opieki i wychowania dziecka z niepełnosprawnością, w zakresie akceptacji i radzenia sobie z niepełnosprawnością poprzez rodziców i poprzez dziecko, • poznanie sposobów radzenia sobie, wiedzy i doświadczeń dotyczących kryzysów i niepełnosprawności, jakie posiada rodzina (zasobów wewnętrznych rodziny), • ocena funkcjonowania emocjonalnego, • sporządzenie dokumentu – wstępny opis sytuacji rodziny, kontakty asystenta z osobą lub tylko z rodziną odbywają się minimum raz w tygodniu
Dokumentacja:	wstępny opis sytuacji kobiety/rodziny i jej oczekiwań (na formularzu) karta działań z rodziną

Etap III.	
Czas trwania:	do 2 tygodni (może zająć się z etapem I)
	Opracowanie planu pracy z rodziną a także indywidualnego katalogu możliwego wsparcia dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością. Towarzyszenie emocjonalne
Zadania asystenta rodziny:	• opracowanie planu pracy z rodziną i indywidualnego katalogu możliwego do uzyskania wsparcia dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością (tworzony w oparciu o Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, poniżej dołączony spis świadczeń i usług, ewentualnie „gminny katalog możliwego wsparcia” oraz formularz „indywidualny katalog możliwego wsparcia”), wypełnienie formularzy, • towarzyszenie emocjonalne kobiecie i rodzinie, kontakty asystenta z osobą i rodziną lub kontakty tylko z rodziną odbywają się min raz z tygodniu, w tym etapie niezbędna wydaje się konsultacja katalogu indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z zespołem asystentów/ psychologiem od traumy /specjalistą ośrodka interwencji kryzysowej lub innej poradni/, pedagogiem specjalnym w zakresie niepełnosprawności
Dokumentacja:	upoważnienie rodzajowe/ogólne dot. występowania w sprawach rodziny, Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ⁴¹ (z danymi uzupełniony przez asystenta) lub „gminny katalog możliwego wsparcia” formularz planu pracy z rodziną oraz druk „indywidualny katalog możliwego wsparcia” (jako załącznik), karta działań z rodziną

Etap IV.	
Czas trwania:	według potrzeb – do 18 m-cy
	Realizacja planu pracy. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	• realizacja planu pracy, w tym pomoc w skorzystaniu ze świadczeń i usług ze skonstruowanego dla danego przypadku katalogu, • koordynacja poradnictwa i występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia (oprócz świadczeniodawców), • asystent (lub pozyskany przez niego specjalista w zakresie konkretnej niepełnosprawności) prowadzi pedagogizację dotyczącą specyficznych potrzeb i modeluje umiejętności opiekuńczo-wychowawcze, • motywowanie członków rodziny do podejmowania działań mających na celu budowanie zasobów radzenia sobie, • monitorowanie postępów w realizacji planu pracy, • towarzyszenie emocjonalne kobiecie i rodzinie, kontakty asystenta z osobą i rodziną lub kontakty tylko z rodziną odbywają się min. raz z tygodniu.

⁴¹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

Dokumentacja:	upoważnienie rodzajowe/ogólne dot. występowania Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ⁴² indywidualny katalog możliwego wsparcia – z adresami/telefonami i plan pracy z rodziną karta działań z rodziną
----------------------	---

Etap V.	
Czas trwania:	raz na 3 m-ce
	Ocena okresowa.
Zadania asystenta rodziny:	• omówienie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z kobietą i /lub rodziną oraz z zespołem multiprofesjonalnym współpracującym z asystentem rodziny – telefonicznie lub osobiście w celu oceny adekwatności i skuteczności udzielonego wsparcia, ewentualna aktualizacja katalogu usług, • analiza postępów w realizowanym planie pracy z rodziną, • wypełnienie formularza – ocena okresowa sytuacji rodziny,
Dokumentacja:	formularz: okresowa ocena sytuacji ewentualnie notatki ze spotkania z zespołem konsultacyjnym

Etap VI.	
Czas trwania:	do 6 m-cy
	Ocena końcowa. Monitorowanie sytuacji rodziny
Zadania asystenta rodziny:	• podjęcie decyzji o zakończeniu współpracy – zapada za zgodą i po konsultacji z kobietą i/lub rodziną oraz zespołem konsultacyjnym asystenta rodziny, • monitorowanie sytuacji oraz radzenia sobie rodziny,
Dokumentacja:	formularz zakończenia współpracy. informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia).

3. Katalog możliwego wsparcia dziecka, kobiety i rodziny

Opieka i wychowywanie dziecka z niepełnosprawnością stawia rodziców w nowej i niezwykle trudnej sytuacji. Przystosowanie się do niej i opanowanie umiejętności jej optymalnego rozwiązania jest procesem długotrwałym, wymagającym nowego spojrzenia na szereg rutynowo dotychczas realizowanych czynności, bądź poznania zupełnie nieznanych spraw. Choroba dziecka wpływa na wiele obszarów życia rodziny: sytuację materialną, społeczną, zdrowie i kondycję zarówno psychiczną, jak i fizyczną jej członków. Pociąga za sobą prawie zawsze konieczność weryfikacji lub zmiany planów i celów rodziny, prowadząc często do nasilania się stresu, frustracji, bądź występowania depresji u jej członków. Powoduje, że rodzice, a przede wszystkim matka, cały swój wolny czas poświęcają niepełnosprawnemu dziecku, znacznie ograniczając lub zrywając kontakty towarzyskie, rezygnując z uczestniczenia w życiu kulturalnym⁴³.

Asystent rodziny udziela więc zarówno wsparcia instrumentalnego kobiecie w ciąży powikłanej i rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością w dostępie do usług z systemu wsparcia rodziny, pomocy społecznej, ochrony zdrowia i edukacji, jak i wsparcia emocjonalnego tym osobom w sytuacji stresu związanego z oczekiwaniem lub urodzeniem dziecka ciężko chorego. Współpracuje także z innymi przedstawicielami służb społecznych na zasadzie łączności i koordynacji działań.

Wspierający rodzinę asystent układa wspólnie z jej członkami indywidualny katalog możliwego do realizacji wsparcia, wybierając usługi z poniższego pakietu adekwatnie do potrzeb i sytuacji rodziny. W przypadku braku określonego zasobu w danej gminie należy rozpoznać, gdzie poza najbliższym miejscem zamieszkania rodzina mogłaby je uzyskać, jakie są warunki do spełnienia, aby

⁴² <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

⁴³ M. Ochniowska, Problemy rodziny wychowującej dziecko o zaburzonym rozwoju, www.ppp2zamosc.pl

to zrobić, czy rodzina ma możliwości, aby je zrealizować oraz jakie działania należy podjąć, aby dana usługa była dostępna na tym terenie dla tej i innych rodzin w podobnej sytuacji.

Katalog usług dla rodzin, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko i nieuleczalnie chore dziecko oraz rodzin z dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością lub z opiniami wydanymi przez poradnię psychologiczno-pedagogiczne przewiduje usługi skierowane do kobiet, rodzin, jak i samego dziecka. Dotyczyć one mogą kwestii medycznych, społeczno-emocjonalnych, prawnych, socjalnych, edukacyjnych jak i finansowych.

Zestawienie tych świadczeń i usług przedstawia poniższa tabela. Są tam zawarte zarówno świadczenia podstawowe (wypisane w Informatorze Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej⁴⁴), jak i uzupełniające. Realizacja Kompleksowego Programu wsparcia dla rodzin „Za życiem” została zaplanowana na lata 2017–2020. Zatem rozwiązania będą wprowadzane zgodnie z harmonogramem działań.

⁴⁴ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

OGÓLNY KATALOG MOŻLIWEGO WSPARCIA

ŚWIADCZENIA I USŁUGI MEDYCZNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Diagnostyka i terapia prenatalna dla kobiet w ciąży – oddziały ginekologiczne w szpitalach, poradnie ginekologiczne i inne podmioty realizujące program badań prenatalnych.		Opieka neontologiczno-pediatryczna na rzecz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu – oddział neonatologiczny w szpitalu rejonowym lub specjalistycznym, poradnie neonatologiczne, inne poradnie dla dzieci, poradnie/ośrodki rehabilitacyjne dla dzieci.
Kobieta (rodzice) ma prawo do informacji o stanie zdrowia dziecka, o prawach i uprawnieniach rodziny (może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczo-ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu, organizacje pozarządowe.		Odpowiednie świadczenia opieki zdrowotnej dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w tym podstawowa opieka zdrowotna, czyli świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz świadczenia specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – prowadzona przez publiczne i niepubliczne zakłady podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, poradnie przyszpitalne, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe (w zakresie prowadzonej działalności leczniczej).
Kobieta (rodzice) ma prawo do pełnej informacji o przebiegu ciąży, porodu i porodu, stosowanych procedurach medycznych i ich konsekwencjach – informacji takich udziela ginekolog, pielęgniarka i położna podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w poradniach K w przychodniach, szkołach rodzenia, oddziałach ginekologiczno-położniczych w szpitalach.		Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu – poradnia rehabilitacyjna
Poradnictwo laktacyjne – wsparcie kobiety karmiącej piersią – poradnie laktacyjne, przychodnie – zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ),		
Świadczenia opieki zdrowotnej dla kobiet w okresie ciąży, porodu i porodu, w tym badania laboratoryjne zgodnie z kalendarzem ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych – oddział położniczo-ginekologiczny szpitala, poradnie ginekologiczno-położnicze, położne podstawowej opieki zdrowotnej.		
Poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny) – zgodnie ze wskazaniami lekarza.		

Wizyty położnych podstawowej opieki zdrowotnej – 4-6 dodatkowych wizyt patronażowych położnych w okresie połogu (edukacja i instruktaż dotyczące pielęgnacji i opieki noworodka oraz możliwość wizyt, poradnictwa i edukacji przedporodowej od 21 tygodnia ciąży – przychodnie – publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, szkoły rodzenia, poradnie laktacyjne.		dla dzieci.
Pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (świadczenia zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące) – oddział patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu, poradnie specjalistyczne: • Świadczenia zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. • Świadczenia zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne – apteki, sklepy medyczne i zaopatrzenia rehabilitacyjnego. • Świadczenia towarzyszące – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą; stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej; usługi transportu oraz transportu sanitarnego.		
Zakup leków poza kolejnością – apteki.		
Całodobowa opieka nad dzieckiem przewlekłe chore – zakład opiekuńczo-leczniczy dla dzieci, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, hospicjum dziecięce.		
Pomoc psychiatryczna w przypadku zaburzeń depresyjnych lub adaptacyjnych – poradnia zdrowia psychicznego.		
Dostęp do świadczeń gwarantowanych (świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych), w szczególności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zaopatrzenia w wyroby medyczne, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, programów lekowych.		
USŁUGI SPOŁECZNO-EMOCJONALNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Opieka perinatalna – ukierunkowana na pomoc psychologiczną kobietom w ciąży powikłanej – poradnie perinatalne przy hospicjach dziecięcych.		Rehabilitacja dzieci w różnego typu placówkach.
Grupy samopomocowe i edukacyjne dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością lub grupy wsparcia – ośrodek pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, poradnia psychologiczno-pedagogiczna.		
Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla osób i rodzin w żałobie, terapia traumy. Terapia małżeńska/rodzinna. Hospicjum dla dzieci.		
Specjalistyczne szkolenia dla rodziców np. pielęgnacja i opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym, czym jest autyzm, FAS, zespół Downa i jak postępować z dzieckiem o określonym zaburzeniu itp.		
Interwencja kryzysowa – usługa świadczona w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia członków rodziny w wyniku przemocy w rodzinie lub innych sytuacji kryzysowych – ośrodki interwencji kryzysowej lub zespoły.		

Informacja o prawach i uprawnieniach rodziny (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczy, ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu,		
Prawo do pożegnania się z dzieckiem, prawo do pochówku zgodnie z przyjętymi zwyczajami i wyznaniem.		
Wsparcie funkcji opiekuńczo-wychowawczej rodziny poprzez rodzinę wspierającą – instytucja wsparcia rodziny w gminie		
Poradnictwo specjalistyczne: psychologiczne, pedagogiczne – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny,		
USŁUGI PRAWNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Uprawnienia wynikające z Kodeksu Pracy – urlop macierzyński, zasiłek macierzyński, rodzicielski.	Uprawnienia wynikające z Kodeksu Pracy: urlop rodzicielski dla ojców, zasiłek pogrzebowy	
Prawo do skorzystania z elastycznych form organizacji czasu pracy przez kobiety w ciąży powikłanej i rodziców dziecka z niepełnosprawnością lub o specjalnych potrzebach edukacyjnych – pracodawcy.		
Informacja o prawach i uprawnieniach rodziny (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczy, ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu.		
Poradnictwo specjalistyczne: prawne (bezpłatna pomoc prawna) – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny.		
ŚWIADCZENIA I USŁUGI SOCJALNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Opieka wytchnieniowa w wymiarze 120 godzin w roku kalendarzowym jako pomoc dla rodziców dzieci niepełnosprawnych w związku ze zdarzeniem losowym, pomocą w załatwieniu spraw lub potrzebą odpoczynku opiekuna, uczestnictwem członka rodziny w aktywizacji zawodowej organizowanej przez powiatowy urząd pracy, podjęciem przez członka rodziny zatrudnienia – dzienne ośrodki wsparcia, placówki całodobowe, formy wypoczynku zorganizowanego, organizacje pozarządowe lub podmioty niepubliczne.		Wsparcie funkcji opiekuńczo-wychowawczej rodziny poprzez placówkę wsparcia dziennego w formie specjalistycznej (placówki organizują zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne oraz prowadzą indywidualny program korekcyjny, program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny).
„Pomoc w domu” do 10 godzin tygodniowo w ramach prac społecznie użytecznych jako wsparcie dla rodziców dzieci niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych – powiatowe urzędy pracy we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej.		Wsparcie funkcji opiekuńczo-wychowawczej rodziny poprzez placówkę wsparcia dziennego w formie opiekuńczej (w tym kół zainteresowań, świetlic, klubów, ognisk wychowawczych). W szczególnych sytuacjach kryzysowych – piecza zastępcza
Usługi opiekuńcze (wsparcie rodziny w opiece i pielęgnacji dzieci) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze (wsparcie rodziny wychowującej dziecko z zaburzeniami psychicznymi, pomoc matce z upośledzeniem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi) dla rodziny z dziećmi – ośrodek pomocy społecznej,		
Wspieranie zatrudnienia członków rodziny zajmujących się osobą niepełnosprawną poprzez zatrudnienie subsydiowane, telepracę – powiatowe urzędy pracy.		

Uzyskanie schronienia z ustawy o pomocy społecznej, mieszkanie chronione, dom samotnej matki, zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci, tworzenie mieszkań chronionych – gmina.		
Dostęp do rehabilitacji społecznej i zawodowej – poradnia rehabilitacyjna, organizacje pozarządowe		
Usługi charytatywne związane z udzielaniem pomocy w sytuacji ubóstwa i niepełnosprawności – prowadzone przez organizacje pozarządowe.		
Uzyskanie schronienia i zabezpieczenie innych potrzeb w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.		
Świadczenia finansowe – zasiłek rodzinny z dodatkami, wychowawczy, rodzicielski, świadczenia opiekuńcze (zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne), jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu – instytucja realizująca wypłatę świadczeń rodzinnych		
Dostęp do usług i instrumentów rynku pracy rodziców opiekujących się dzieckiem z niepełnosprawnością – pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe, szkolenia, staże, przygotowanie zawodowe, zatrudnienie subsydiowane, bony szkoleniowe, stażowe, badanie lekarskie i psychologiczne mające na celu stwierdzenie zdolności do wykonywania pracy lub udziału w formie aktywizacji zawodowej – powiatowe urzędy pracy.		
EDUKACJA		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Pedagogizacja w zakresie specyficznych potrzeb opiekuńczych i wychowawczych dzieci (asystent rodziny , szkolenia, warsztaty również w organizacjach pozarządowych).		Diagnoza psychologiczna i pedagogiczna – poradnia psychologiczno-pedagogiczna.
Pomoc uczennicom w ciąży – możliwość kontynuacji nauki – szkoły i inne placówki oświaty.		Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, wczesna interwencja/rehabilitacja – przedszkole integracyjne lub terapeutyczne, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, organizacje pozarządowe.
		Opieka nad dziećmi do lat 3 – żłobki i kluby dziecięce, dostosowanych do objęcia opieką dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki.
		Opieka przedszkolna – przedszkola integracyjne, terapeutyczne.
		Kształcenie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych – klasy integracyjne, terapeutyczne, szkoły specjalne, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze.
		Orzekanie o potrzebie wczesnego wspomagania, orzekanie o specjalnym kształceniu – poradnia psychologiczno-pedagogiczna na podstawie zaświadczenia lekarskiego od lekarza specjalisty.

ŚWIADCZENIA FINANSOWE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Świadczenia finansowe – jednorazowe świadczenie w wysokości 4 tys. zł z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, świadczenie wychowawcze 500+, świadczenie rodzicielskie, świadczenia opiekuńcze (zasilek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne), zasiłek rodzinny z dodatkami – instytucja realizująca wypłatę świadczeń rodzinnych.		
Indywidualne wsparcie z fundacji/stowarzyszenia, prowadzenia subkonta.		
Dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych, na zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, na usługi tłumacza języka migowego lub przewodnika.		
WSPARCIE DUCHOWE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Rozmowy, spowiedź, udział w rekolekcjach, zajęciach warsztatowych, spotkaniach małżeńskich, rodzinnych, adoracjach z osobami duchowymi w szpitalu, ośrodku, parafii lub zakonach , a także inne formy w zależności od wyznania.		

WYKAZ DOKUMENTÓW:

- 1) zaakceptowany wniosek rodziny o objęcie koordynacją poradnictwa przez asystenta rodziny do ośrodka pomocy społecznej/ gminy wraz ze zgodą osoby i/lub rodziny dot. przetwarzania danych,
 - 2) zaświadczenie lekarskie,
 - 3) formularz opisu sytuacji kobiety i /lub rodziny,
 - 4) informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej⁴⁵,
 - 5) gminny katalog możliwego wsparcia,
 - 6) formularz indywidualnego katalogu możliwego wsparcia (druk poniżej),
 - 7) plan pracy z rodziną,
 - 8) karta pracy asystenta z rodziną,
 - 9) formularz okresowej oceny sytuacji rodziny,
 - 10) upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u psychologa) bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta)
 - 11) formularz zakończenia współpracy/informacja do ośrodka pomocy społecznej lub innej instytucji , w zależności od organizacji asystentury w gminie.
 - 12) baza danych o rodzinach (internetowa lub pisemna, z datą zgłoszenia rodziny, datą rozpoczynającą pracę, monitorowania i planowanego zakończenia wsparcia),
 - 13) harmonogram/plan tygodniowy lub miesięczny lub karta czasu pracy z rodziną,
 - 14) protokoły i dokumenty z prac zespołów,
 - 15) dokumenty wpływające i wychodzące dot. pracy z rodziną,
 - 16) informatory/ulotki lokalne, kontakty do instytucji/zaplecza wsparcia, akty prawne, ulotki organizacji pozarządowych itp.
- Większość dokumentów to te, na których już asystent pracuje⁴⁶.

⁴⁵ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

⁴⁶ Zob. I. Krasiejko, *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Wyd. MRPiPS, Warszawa 2016, dostępny na stronie www.mrpips.gov.pl oraz www.asystentrodziny.info

Przykład formularza dla rodziny

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐ świadczenie 4000 zł	
☐ świadczenie wychowawcze	
☐ świadczenie rodzicielskie	
☐ świadczenia opiekuńcze	
☐ zasiłek rodzinny z dodatkami	
☐ świadczenia z pomocy społecznej	
☐ diagnostyka prenatalna	
☐ dodatkowe wizyty położnej	
☐ poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
☐ opieka położnicza nad matką	
☐ opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
☐ poradnictwo laktacyjne	
☐ poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
☐ poradnictwo prawne dla rodziców	
☐ pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
☐ rehabilitacja lecznicza dziecka	
☐ opieka wytchnieniowa	
☐ opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
☐ kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
☐ dofinansowanie ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
☐ Karta Dużej Rodziny	
☐ placówki wsparcia dziennego	
☐ domy samotnych matek	
☐ inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe	
☐ rodzina wspierająca	
☐ placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
☐ piecza zastępcza	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐	
☐	

Dodatek nr 6

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny

- Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin, których dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu

opracowanie:

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie „DLA RODZINY” w Częstochowie

1. Potrzeby i sytuacja kobiety i /lub rodziny

Każda kobieta, będąca w ciąży, gdy otrzymuje informację o tym, że jej dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu (niezależnie od czasu trwania ciąży), doznaje ogromnego szoku. Taka wiadomość wywołuje niesamowity stres nie tylko u kobiety, ale także w całej rodzinie. Im później kobieta się o tym dowiaduje, tym silniej przeżywa całą sytuację, ponieważ przez wiele tygodni budowała się jej więź z dzieckiem i nagle może to się skończyć.

Poród martwego dziecka dotyczy ciąży powyżej 23 tyg. Przyczyny śmierci dziecka nie w każdym przypadku zostają wyjaśnione. Jeśli są znane, obejmują tzw. czynniki matczyne (np. niekontrolowana cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zespół antyfosfolipidowy, stan przedrzucawkowy, rzucawka, zaawansowany wiek matki, infekcje itp.), płodowe (poza wadami genetycznymi i wrodzonymi – ciąża mnoga, zakażenia, obrzęk) i łożyskowe (np. niewydolność łożyska, krwiak podłożyskowy, przedwczesne odklejenie się łożyska, zapętlenie pępowiny itp.).

Bardzo często kobieta obwinia się za taką sytuację i szuka przyczyny w sobie. Zarzuca sobie na przykład, że mogła czegoś nie dopilnować lub za mało się starała. Jest to reakcja całkiem zrozumiała i normalna, ale ważne jest, aby w takim momencie nie pozostała sama. Wsparcie rodziny i bliskich bywa niewystarczające. Potrzebna staje się jak najszybsza pomoc specjalisty, która polega na wsparciu w przejściu przez opisane poniżej kolejne etapy przeżywania straty.

W czasie pierwszego etapu trudno jest zaakceptować sytuację, jaką jest informacja o możliwości śmierci oczekiwanego dziecka. Pojawić się mogą: odrętwienie, szok, niedowierzanie, trudności z wyrażaniem uczuć, niepohamowane wybuchy płaczu, itp.

Drugi etap charakteryzuje tęsknota i żal, które wiążą się z uczuciem pustki, brakiem ukochanego dziecka, tęsknotą za nim, czy też za marzeniami z nim związanymi.

W trzecim etapie zaobserwować można dezorganizację. Osoba doświadcza poczucia beznadziejności, trudno jej się zaangażować w jakiegokolwiek działania. Doświadcza lęku i irracjonalnego wrażenia, że to wszystko jest jakąś przypadkową omyłką, że to zły sen. Nic nie przynosi radości. Faza druga i trzecia mogą przez jakiś czas się przenikać.

Ostatni etap to reorganizacja. Wiąże się odzyskaniem kontroli nad własnym życiem, akceptacją straty ukochanej osoby z jednoczesną możliwością utrzymywania o niej wspomnień¹.

Na każdym etapie żałoby/straty niezbędne jest wsparcie bliskich, rodziny, przyjaciół, personelu medycznego. Wsparcie to powinno przebierać różne formy, nie tylko wsparcia emocjonalnego, ale też instrumentalnego (załatwienie formalności związanej z pogrzebem, realizacja spraw urzędowych, ustalenie wizyty lekarskiej), czy duchowego (np. rozmowy dotyczące znaczenia choroby i cierpienia).

Istotną potrzebą matek/rodzin, które otrzymują informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu jest uzyskanie rzetelnej wiedzy na temat profilaktyki i ewentualnej minimalizacji ryzyka straty dziecka.

Asystent rodziny udziela zarówno wsparcia instrumentalnego kobiecie w ciąży powikłanej i rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością w dostępie do usług z systemu wsparcia rodziny, pomocy społecznej, ochrony zdrowia i edukacji, jak i wsparcia emocjonalnego tym osobom w sytuacji stresu związanego z oczekiwaniem lub urodzeniem dziecka ciężko chorego lub martwego. Współpracuje z innymi przedstawicielami służb społecznych na zasadzie łączności i koordynacji działań.

Wspierający rodzinę asystent układa wspólnie z jej członkami indywidualny katalog możliwego do uzyskania wsparcia, wybierając usługi z poniższej listy adekwatnie do potrzeb i sytuacji rodziny. W przypadku braku określonego zasobu w danej gminie należy rozpoznać, gdzie poza najbliższym miejscem zamieszkania rodzina mogłaby je uzyskać, jakie są warunki do spełnienia, aby to zrobić, czy rodzina ma możliwości, aby je zrealizować oraz jakie działania podjąć, aby dana usługa była dostępna

¹ Za: Informator *Niekorzystne zakończenie ciąży – rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów ginekologiczno-położniczych województwa mazowieckiego*, Warszawa 2016.

na tym terenie dla tej i innych rodzin w podobnej sytuacji. Pamiętać należy, że zgodnie z Informatorem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej² cały zakres wsparcia jest dostępny dla kobiet w ciąży poza kolejnością.

2. Cele i działania, etapy pracy asystenta rodziny oraz niezbędne dokumenty

Celem pracy w sytuacji, gdy kobieta/rodzina otrzymuje informację, że jej dziecko może umrzeć w czasie ciąży i porodu jest przede wszystkim:

1. Stabilizacja emocjonalna kobiety i/lub jej rodziny.
2. Wzmocnienie funkcjonowania kobiet w ciąży powikłanej oraz jej rodziny poprzez koordynację poradnictwa w zakresie prawa, pomocy psychologicznej i świadczeń opieki zdrowotnej (art. 8 ust. 1. ustawy „Za życiem”).
3. Koordynacja wsparcia udzielonego na rzecz kobiety i /lub rodziny oczekującej dziecka, które może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu.

Dominującym działaniami asystenta w zakresie realizacji powyższych celów powinny być:

- Wspieranie emocjonalne kobiety i/lub rodziny, czyli tzw. towarzyszenie emocjonalne, gdy otrzyma informację, że jej dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu; okazywanie zrozumienia i empatii w związku z tragedią, jaka spotkała rodzinę; zachęcanie do wyrażania swoich uczuć i emocji, dzielenie się swoimi przeżyciami.
- Wsparcie instrumentalne bądź asystowanie (towarzyszenie) w załatwianiu spraw formalnych (urzędowych) po porodzie, związanych m. in. z pochówkiem dziecka zgodnie z obranymi przez rodzinę zwyczajami i wyznaniem, ale także otrzymaniem urlopu na najbliższy czas po stracie dziecka czy też umówienie do specjalistów (lekarz, psycholog, psychiatra), z możliwością występowania przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia – z wyłączeniem świadczeniodawców (art. 8 ust. 3. ustawy „Za życiem”).
- Koordynacja poradnictwa udzielonego kobiecie w sytuacji niepowodzeń położniczych poprzez zapoznanie (przekazanie i omówienie) kobiety i/lub rodziny z informatorem dotyczącym możliwości wsparcia oraz opracowanie katalogu możliwego wsparcia, a także możliwości w dostępie do usług z systemu wsparcia rodziny, pomocy społecznej, ochrony zdrowia i edukacji oraz poradnictwa specjalistycznego w zakresie ochrony zdrowia, psychologii, prawa; współpraca z innymi specjalistami – rzecznictwo, koordynacja działań służb;
- Budowanie systemu konsultacji oceny sytuacji rodziny z pozostałymi służbami oraz własnej pracy z nią; zakłada się ścisłą współpracę ze specjalistami w konkretnych dziedzinach (m.in medycyny, psychologii i prawa) nimi; współpraca asystenta tym zakresie z innymi przedstawicielami służb społecznych na zasadzie łączności i koordynacji działań.
- Monitorowanie postępów w budowaniu zasobów umożliwiających radzenie sobie kobiecie i rodzinie z trudną sytuacją (w tym wymienionych w katalogu wsparcia), pomagając je zobaczyć i pomóc wykorzystać do osiągnięcia pożądanego stanu (efektu).
- Pełnienie funkcji informacyjnej zgodnie z poziomem swojej wiedzy m.in. w zakresie zagadnień związanych z kryzysem i radzeniem sobie z nim, ofert wsparcia, pomocy etc.

² <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

ETAPY PRACY ASYSTENTA RODZINY ORAZ NIEZBĘDNA DOKUMENTACJA

Jeśli kobieta w ciąży powikłanej lub jej rodzina wystąpiła z wnioskiem o pomoc asystenta rodziny oznacza to, że potrzebuje wsparcia zewnętrznego (instytucjonalnego) w poradzeniu sobie z sytuacją kryzysową. Warto więc przeprowadzić cały proces metodycznego działania, znany z realizacji asystentury rodziny wedle ustawy o wspieraniu rodziny.

Etap 0.	
Czas trwania:	2 dni od wpłynięcia wniosku do kierownika ośrodka pomocy społecznej/gminy Przekazanie wniosku do asystenta, zespołu w ośrodku pomocy społecznej lub w innej instytucji wspierania rodziny / organizacji pozarządowej realizującego asystenturę rodzinną
	Przydzielenie właściwego asystenta do udzielania wsparcia
Zadania asystenta rodziny:	Przygotowanie się do pracy w sytuacji towarzyszenia kobiecie/rodzinie, której dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu. Ewentualne konsultacje ze specjalistami, prośba o towarzyszenie w pierwszych kontaktach psychologa traumy, interwenta kryzysowego. Zapoznanie z potrzebami – teoria i wstępna analiza Informatora Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
Dokumentacja:	Wniosek osoby/rodziny Zaświadczenie lekarskie o objęciu kobiety opieką ginekologiczną od 10 tygodnia ciąży. Pismo do innego niż ośrodek pomocy społecznej organizatora wsparcia rodziny lub adnotacja kierownika ośrodka pomocy społecznej o przydzieleniu asystenta.

Etap I.	
Czas trwania:	W ciągu 1 tygodnia
	Nawiązanie kontaktu, tworzenie relacji asystenckiej.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne w sytuacji, gdy kobieta otrzyma informację, że jej dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu oraz w ewentualnym kryzysie/traumie (okazywanie szacunku, życzliwości, empatii), - udzielenie wstępnej informacji o możliwościach pomocy, - prezentacja roli asystenta w tym etapie, - rozmowy i obserwacje dotyczące życia rodziny, wstępne omawianie oczekiwań rodziny dotyczących pracy z asystentem, - uzyskanie (w razie potrzeby) pisemnego upoważnienia (szczególnego) asystenta rodziny do występowania asystenta rodziny w imieniu rodziny do podmiotów, - wstępne zapoznanie się z Informatorem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i/lub „gminnym katalogiem możliwego wsparcia”, - dbanie o efektywność pracy asystenta rodziny poprzez budowanie systemu konsultacji z psychologiem ds. traumy lub specjalistą ds. niepełnosprawności (z różnych instytucji, w zależności od dostępności), pedagogiem specjalnym (konsultacja/supervizja 1 raz z miesiącu).
Dokumentacja:	upoważnienie szczególne – do danej czynności – w przypadku spraw niecierpiących zwłoki

Etap II.	
Termin:	do 2 tygodni
	Rozpoznanie sytuacji rodziny. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- nieustanne wspieranie emocjonalne w sytuacji, gdy kobieta otrzyma informację, że jej dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu oraz w ewentualnym kryzysie/traumie (okazywanie szacunku, życzliwości, empatii), - zebranie informacji dotyczących sposobów radzenia sobie, wiedzy i doświadczeń odnośnie kryzysów, - stała ocena funkcjonowania emocjonalnego – kiedy włączać specjalistę np. psychoterapeutę (w standardzie podczas tego spotkania asystentowi rodziny towarzyszy konsultacja kobiety lub rodziny z psychologiem/terapeutą)

	traumy/interwentem kryzysowym/psychotraumatologiem, dotycząca ewentualnej dalszej pracy ze specjalistą), • sporządzenie wstępnego opisu sytuacji kobiety/rodziny (wypełnienie formularza) kontakt z kobietą/rodziną min. dwa razy w tygodniu
Dokumentacja:	formularz – opis sytuacji osoby/rodziny upoważnienie rodzajowe lub ogólne dot. występowania w imieniu rodziny Informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (z danymi uzupełnionymi przez asystenta) lub/i „gminny katalog możliwego wsparcia” karta działań z rodziną

Etap III.	
Czas trwania:	do 2 tygodni, zazębia się z etapem II
	Opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	• wspieranie emocjonalne realizowane samodzielnie przez asystenta rodziny lub innego specjalistę lub przez obu, • opracowanie z kobietą/rodziną planu pracy z rodziną zawierającym (jako załącznik) indywidualny katalog możliwego wsparcia, na podstawie Informatora wraz z wypisaniem adresów/numerów telefonów do służb/instytucji, na maksymalnie 1 miesiąc, • uzyskanie (w razie potrzeby) pisemnego upoważnienia asystenta rodziny do występowania asystenta rodziny w imieniu rodziny do podmiotów, w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia (trzy rodzaje upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności, bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta), na tym etapie kontakty asystenta z kobietą i rodziną lub kontakty tylko z rodziną odbywają się m.in. raz z tygodniu, niezbędna wydaje się konsultacja katalogu oraz sposobów pomocy rodzinie z zespołem asystentów/psychologiem od traumy/interwentem kryzysowym lub innym adekwatnym specjalistą
Dokumentacja:	upoważnienie ogólne bądź rodzajowe lub szczególne dot. występowania asystenta w imieniu matki i/lub rodziny przed innymi służbami społecznymi Informator wydany przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (z danymi uzupełnionymi przez asystenta) indywidualny katalog możliwego wsparcia – druk plan pracy z rodziną – formularz karta działań z kobietą/rodziną

Etap IV.	
Czas trwania:	w zależności od potrzeb
	Realizacja utworzonego katalogu możliwego wsparcia. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	• wspieranie emocjonalne, • pomoc kobiecie lub rodzinie we współpracy z innymi służbami społecznymi w realizacji usług ze skonstruowanego katalogu, w tym koordynacja poradnictwa i występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia (oprócz świadczeniodawców), • asystowanie, bądź wsparcie instrumentalne matki i/lub rodziny w poszczególnych usługach (zgodnie z katalogiem usług), • aktualizowanie katalogu możliwego wsparcia wg potrzeb kobiety/rodziny, kontakty asystenta z osobą lub całą rodziną odbywają się min. raz z tygodniu, konsultacja na bieżąco/supervizja dla asystenta 1 raz w m-cu,
Dokumentacja:	ewentualnie zaktualizowany katalog możliwego wsparcia. karta działań z kobietą/rodziną

Etap V.	
Termin:	raz na 3 m-ce
	Ocena okresowa
Zadania asystenta rodziny:	• omówienie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z kobietą i /lub rodziną oraz z zespołem wsparcia asystenta – telefonicznie lub osobiście w celu oceny adekwatności i skuteczności udzielonego wsparcia, ewentualna aktualizacja katalogu usług, • analiza sytuacji kobiety i rodziny w zakresie radzenia sobie.
Dokumentacja:	formularz okresowej oceny sytuacji i/lub notatki ze spotkania z zespołem wsparcia.

Etap VI.	
Czas trwania:	do 3 m-cy
	Ocena końcowa. Monitorowanie sytuacji rodziny
Zadania asystenta rodziny:	• podjęcie decyzji o zakończeniu współpracy - zapada za zgodą i po konsultacji z kobietą i/lub rodziną oraz zespołem konsultacyjnym asystenta rodziny, • monitorowanie sytuacji oraz stopnia radzenia sobie rodziny z kryzysem
Dokumentacja:	formularz zakończenia współpracy informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia)

3. Katalog możliwego wsparcia kobiety, rodziny i dziecka

Wspierający rodzinę asystent układa wspólnie z jej członkami indywidualny katalog możliwego wsparcia, wybierając usługi z poniższej listy adekwatnie do potrzeb i sytuacji rodziny. W przypadku braku określonego zasobu w danej gminie należy rozpoznać, gdzie poza najbliższym miejscem zamieszkania rodzina mogłaby je uzyskać, jakie są warunki do spełnienia, aby to zrobić, czy rodzina ma możliwości, aby je zrealizować oraz jakie działania podjąć, aby dana usługa była dostępna na tym terenie dla tej i innych rodzin w podobnej sytuacji. Pamiętać należy, że zgodnie z Informatorem cały zakres wsparcia jest dostępny kobietom w ciąży poza kolejnością.

Zestawienie tych świadczeń i usług przedstawia tabela. Są tam zawarte zarówno świadczenia podstawowe (wypisane w Informatorze Ministerstwa Zdrowia³), jak i uzupełniające. Realizacja Kompleksowego Programu wsparcia dla rodzin „Za życiem” została zaplanowana na lata 2017–2020. Zatem rozwiązania będą wprowadzane zgodnie z harmonogramem działań.

³ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

OGÓLNY KATALOG MOŻLIWEGO WSPARCIA

ŚWIADCZENIA I USŁUGI MEDYCZNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Diagnostyka i terapia prenatalna dla kobiet w ciąży – oddziały ginekologiczne w szpitalach, poradnie ginekologiczne i inne podmioty realizujące program badań prenatalnych. Świadczenia opieki zdrowotnej w tym badania laboratoryjne zgodnie z kalendarzem ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych – oddział położniczo-ginekologiczny szpitala, poradnie ginekologiczno-położnicze, położne podstawowej opieki zdrowotnej.		Pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej – oddział patologii i intensywnej terapii noworodka, poradnie specjalistyczne. Świadczenia zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.
Poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny) – zgodnie ze wskazaniami lekarza.		
Informacja o stanie zdrowia dziecka (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczy, ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu.		
Pomoc psychiatryczna- w przypadku zaburzeń depresyjnych lub adaptacyjnych - poradnia zdrowia psychicznego.		
USŁUGI SPOŁECZNO-EMOCJONALNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Grupy samopomocowe i edukacyjne dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością lub grupy wsparcia – ośrodek pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, poradnia psychologiczno-pedagogiczna.		
Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla osób i rodzin w żałobie, terapia traumy. Terapia małżeńska/rodzinna. Hospicjum dla dzieci.		
Specjalistyczne szkolenia dla rodziców.		
Interwencja kryzysowa – usługa świadczona w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia członków rodziny w wyniku przemocy w rodzinie lub innych sytuacji kryzysowych – ośrodki interwencji kryzysowej lub zespoły.		
Interwencja kryzysowa – usługa świadczona w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia członków rodziny w wyniku przemocy w rodzinie lub innych sytuacji kryzysowych – ośrodki interwencji kryzysowej lub zespoły.		
Prawo do pożegnania się z dzieckiem, prawo do pochówku zgodnie z przyjętymi zwyczajami i wyznaniem.		
Poradnictwo specjalistyczne: psychologiczne, pedagogiczne – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny,		

USŁUGI PRAWNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Uprawnienia wynikające z Kodeksu Pracy – urlop macierzyński, zasiłek pogrzebowy.		
Informacja o prawach i uprawnieniach rodziny (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczy, ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu.		
Poradnictwo specjalistyczne: prawne (bezpłatna pomoc prawna) – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny.		
ŚWIADCZENIA I USŁUGI SOCJALNE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Opieka wytchnieniowa w wymiarze 120 godzin w roku kalendarzowym jako pomoc dla rodziców dzieci niepełnosprawnych w związku ze zdarzeniem losowym, pomocą w załatwieniu spraw lub potrzebą odpoczynku opiekuna, uczestnictwem członka rodziny w aktywizacji zawodowej organizowanej przez powiatowy urząd pracy, podjęciem przez członka rodziny zatrudnienia – dzienne ośrodki wsparcia, placówki całodobowe, formy wypoczynku zorganizowanego, organizacje pozarządowe lub podmioty niepubliczne.		
„Pomoc w domu” do 10 godzin tygodniowo w ramach prac społecznie użytecznych jako wsparcie dla rodziców dzieci niepełnosprawnych w realizacji codziennych obowiązków domowych – powiatowe urzędy pracy we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej.		
Usługi opiekuńcze (wsparcie rodziny w opiece i pielęgnacji dzieci) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze (wsparcie rodziny wychowującej dziecko z zaburzeniami psychicznymi, pomoc matce z upośledzeniem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi) dla rodziny z dziećmi – ośrodek pomocy społecznej lub instytucja wspierania rodziny.		
Wspieranie zatrudnienia członków rodziny zajmujących się osobą niepełnosprawną poprzez zatrudnienie subsydiowane, telepracę – powiatowe urzędy pracy.		
Uzyskanie schronienia z ustawy o pomocy społecznej, mieszkanie chronione, dom samotnej matki, zwiększenie dostępności mieszkań dla rodzin wychowujących dzieci, tworzenie mieszkań chronionych – gmina.		
Dostęp do rehabilitacji społecznej i zawodowej – poradnia rehabilitacyjna, organizacje pozarządowe		
Usługi charytatywne związane z udzielaniem pomocy w sytuacji ubóstwa i niepełnosprawności – prowadzone przez organizacje pozarządowe.		
Uzyskanie schronienia i zabezpieczenie innych potrzeb w domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.		
Świadczenia finansowe – zasiłek rodzinny z dodatkami, wychowawczy, rodzicielski, świadczenia opiekuńcze (zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne), jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu – instytucja zajmująca się wypłatą świadczeń rodzinnych.		
Dostęp do usług i instrumentów rynku pracy rodziców opiekujących się dzieckiem z niepełnosprawnością – pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe, szkolenia, staże, przygotowanie zawodowe, zatrudnienie subsydiowane, bony szkoleniowe, stażowe, badanie lekarskie i psychologiczne mające na celu stwierdzenie zdolności do wykonywania pracy lub udziału w formie aktywizacji zawodowej – powiatowe urzędy pracy.		

EDUKACJA		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Pedagogizacja w zakresie profilaktyki i minimalizacji ryzyka zgonu dziecka w trakcie ciąży lub porodu (poradnie ginekologiczne, specjalistyczne, poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale, szkoły rodzenia lekarze, pielęgniarki, położne).		Diagnoza psychologiczna i pedagogiczna – poradnia psychologiczno-pedagogiczna.
		Opieka nad dziećmi do lat 3 – żłobki i kluby dziecięce, dostosowanych do objęcia opieką dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub wymagających szczególnej opieki.
		Opieka przedszkolna – przedszkola integracyjne, terapeutyczne.
		Kształcenie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych – klasy integracyjne, terapeutyczne, szkoły specjalne, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze.
		Orzekanie o potrzebie wczesnego wspomagania, orzekanie o specjalnym kształceniu – poradnia psychologiczno-pedagogiczna na podstawie zaświadczenia lekarskiego od lekarza specjalisty.
ŚWIADCZENIA FINANSOWE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Skrócony urlop macierzyński – po zgonie dziecka kobieta może skorzystać ze skróconego urlopu macierzyńskiego w wymiarze 56 dni; dokumentem uprawniającym do niego jest akt urodzenia dziecka z adnotacją, że urodziło się martwe; aby uzyskać akt, konieczne jest więc określenie płci dziecka (przez lekarzy lub za pomocą badań genetycznych), wydanie karty martwego urodzenia przez szpital i zarejestrowanie dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego na jej podstawie; wydany przez USC akt urodzenia przedstawia się pracodawcy; skrócony urlop macierzyński jest płatny w 100%.		
Indywidualne wsparcie z fundacji/stowarzyszenia, prowadzenia subkonta.		
WSPARCIE DUCHOWE		
KOBIETA	RODZINA	DZIECKO
Rozmowy, spowiedź, udział w rekolekcjach, zajęciach warsztatowych, spotkaniach małżeńskich, rodzinnych, adoracjach z osobami duchowymi w szpitalu, ośrodku, parafii lub zakonach, a także inne formy pomocy w zależności od wyzwania		

Formalności związane z rejestracją zgonu dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego.

Zgodnie z przepisami rodzice mają prawo do rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego. Szpital w takiej sytuacji zobowiązany jest do wystawienia tzw. pisemnego zgłoszenia urodzenia martwego dziecka oraz wydania karty zgonu. Dokumenty te przysługują każdemu dziecku (medycznie płodowi, zarodkowi) bez względu na czas trwania ciąży i są wydawane na wniosek osób uprawnionych do pochówku. W przypadku odmowy wystawienia ww. dokumentów przez szpital, argumentowanej obiektywnymi trudnościami z ustaleniem płci dziecka, rodzicom przysługuje prawo jej wskazania. Jest to tzw. „uprawdopodobnienie płci” opierające się np. na odczuciach matki.

Prawo do zasiłku pogrzebowego

W sytuacji tej zasiłek pogrzebowy będzie przysługiwał z tytułu śmierci dziecka, jeśli było ono członkiem rodziny osoby ubezpieczonej lub pobierającej rentę/emeryturę. Oznacza to, że

wnioskującym o zasiłek pogrzebowy powinien być członek rodziny dziecka, który jest objęty ubezpieczeniem rentowym bądź jest emerytem lub rencistą i poniósł koszty pogrzebu (mogą to więc być np. dziadkowie, jeśli rodzice nie pracują i nie podlegają z żadnego innego tytułu ubezpieczeniu rentowemu).

WYKAZ DOKUMENTÓW:

- 1) zaakceptowany wniosek rodziny o objęcie koordynacją poradnictwa przez asystenta rodziny do ośrodka pomocy społecznej / gminy wraz ze zgodą osoby i/lub rodziny dot. przetwarzania danych,
- 2) zaświadczenie lekarskie,
- 3) formularz opisu sytuacji kobiety i /lub rodziny,
- 4) informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ⁴,
- 5) gminny katalog możliwego wsparcia,
- 6) formularz indywidulanego katalogu możliwego wsparcia (druk poniżej),
- 7) plan pracy z rodziną,
- 8) karta pracy asystenta z rodziną,
- 9) formularz okresowej oceny sytuacji,
- 10) upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u lekarza psychiatry) bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta)
- 11) formularz zakończenia współpracy/informacja do OPS,
- 12) baza danych o rodzinach (internetowa lub pisemna, z datą zgłoszenia rodziny, datą rozpoczynającą pracę, monitorowania i planowanego zakończenia wsparcia),
- 13) harmonogram/plan tygodniowy lub miesięczny lub karta czasu pracy z rodziną,
- 14) protokoły i dokumenty z prac zespołów,
- 15) dokumenty wpływające i wychodzące dot. pracy z rodziną,
- 16) informatory/ulotki lokalne, kontakty do instytucji/zaplecza wsparcia, akty prawne, ulotki organizacji pozarządowych itp.

Większość dokumentów to te, na których już asystent pracuje⁵.

⁴ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

⁵ zob. I. Krasiejko, *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Wyd. MRPiPS, Warszawa 2016, dostępny na stronie www.mrpips.gov.pl oraz www.asystentrodziny.info

Przykład formularza dla rodziny

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny: Imię i nazwisko asystenta rodziny: Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐ świadczenie 4000 zł	
☐ świadczenie wychowawcze	
☐ świadczenie rodzicielskie	
☐ świadczenia opiekuńcze	
☐ zasiłek rodzinny z dodatkami	
☐ świadczenia z pomocy społecznej	
☐ diagnostyka prenatalna	
☐ dodatkowe wizyty położnej	
☐ poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
☐ opieka położnicza nad matką	
☐ opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
☐ poradnictwo laktacyjne	
☐ poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
☐ poradnictwo prawne dla rodziców	
☐ pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
☐ rehabilitacja lecznicza dziecka	
☐ opieka wytchnieniowa	
☐ opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
☐ kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
☐ dofinansowanie ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
☐ Karta Dużej Rodziny	
☐ placówki wsparcia dziennego	
☐ domy samotnych matek	
☐ inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe	
☐ rodzina wspierająca	
☐ placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
☐ piecza zastępcza	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐	
☐	

Dodatek nr 7

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny

- Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin,
którym zmarło dziecko bezpośrednio po porodzie

opracowanie:

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie „DLA RODZINY” w Częstochowie

Edyta Sinacka-Kubik – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

1. Sytuacja oraz potrzeby kobiety i/lub rodziny

Śmierć dziecka jest dla każdej matki oraz jej rodziny ogromną tragedią. Kobiecie, której umiera noszone pod sercem przez ostatnie dziewięć miesięcy dziecko, jest niewyobrażalnie trudnym i traumatycznym przeżyciem, nierzadko trwale zostawiającym piętno na psychice. Rodzina w tym niebywale trudnym dla niej okresie wymaga szczególnej opieki oraz wsparcia.

Po stracie kogoś bliskiego, a w tym przypadku noworodka, wobec którego cała rodzina miała już jakieś plany i nie mogła doczekać się przyjścia na świat nowego członka rodziny, przychodzi czas opłakiwania i żałoby. Czas ten może trwać od kilku miesięcy do nawet kilku lat, a sama śmierć zostawia po sobie ślad na zawsze.

Żałobę oczywiście każdy przeżywa inaczej – silniej lub słabiej, ma na to wpływ wiele różnych czynników i jest to kwestią indywidualną. Aby wesprzeć kogoś w żałobie, trzeba przede wszystkim posiadać ogromne złoża empatii i poszanowania dla uczuć osób w jej trakcie. Rodzina w takiej sytuacji potrzebuje dużo zrozumienia i wsparcia. Pojawia się potrzeba rozmawiania o stracie i poszukiwania znaczenia, czy też nadania sensownego wydźwięku śmierci dziecka. Personel medyczny oraz osoby z najbliższej rodziny, udzielające wsparcia w pierwszych chwilach po śmierci dziecka, powinny zwrócić szczególną uwagę na to co i jak mówią, aby nie przyczyniać się do wzrostu traumatycznych doświadczeń i rozwoju depresyjnego wzoru reagowania na kryzys. Istnieje bowiem ryzyko rozwoju zachowań depresyjnych, unikania wszystkiego, co wiąże się z traumą, powstawania konfliktów interpersonalnych z najbliższymi, łącznie z rozpadem związku i utratą pracy. Jednym z najważniejszych czynników aktywizujących procesy nadawania znaczenia stracie dziecka jest dialog i możliwość werbalizowania doświadczeń w kontakcie z innymi. Po drugie, rodzice przede wszystkim chcą pożegnać się ze swoim dzieckiem, zapewnić mu pochówek zgodnie z przyjętymi przez nich zwyczajami oraz wyznaniem. Nierzadko rodzice potrzebują pomocy przy załatwieniu wszelkiego rodzaju formalności i spraw organizacyjnych, takich jak organizacja pochówku czy formalności w urzędzie stanu cywilnego. Po jakimś czasie pojawia się potrzeba psychologicznej pomocy w celu adaptacji kobiet do życia po śmierci dziecka. Bezpośrednio po stracie pojawiają się u nich silne reakcje zaprzeczenia, co związane jest z szokiem i doświadczeniem utraty kontroli nad sobą. Obserwuje się u nich wzrost reakcji depresyjnych i nasilenia lęku. Kobieta coraz mocniej odczuwa stratę dziecka. Czuje nie tylko smutek, ale odczuwa też krzywdę, jest rozgoryczona. Ma problem z odnalezieniem się w życiu. Ujawnia się wówczas potrzeba doświadczania kontaktu i wsparcia. Wsparcie psychiczne kierowane być powinno do obojga małżonków nie tylko od bliskich, ale też od personelu medycznego.

Żałoba jest złożoną reakcją na utratę i związane z nią konsekwencje. Zawiera komponent psychologiczny, społeczny i somatyczny. Żałoba dotyczy poszczególnych członków rodziny, jak również rodziny jako systemu. Nieobecność zmarłego dziecka przekłada się na zmianę w zachowaniu rodziców i rodzeństwa, ale również w funkcjonowaniu rodziny. Jak zauważa W. Badura-Madej¹, w wyniku śmierci dziecka każdy z członków rodziny „traci nie tylko niepowtarzalny związek [z osobą zmarłą] – i doświadcza indywidualnej straty, ale traci także dotychczasowy obraz rodziny”. Śmierć dziecka stawia przed rodziną określone zadania, do których należą uporanie się ze stratą na poziomie osobistym, reorganizacja struktury rodziny i dokonanie ponownego podziału ról oraz ponowne ustalenie relacji z otoczeniem². Rola zmarłego dziecka może zostać „nieobsadzona”, jak również któreś z dzieci może ją przejąć, co wpłynie na jego dalszy rozwój oraz relacje z rodzicami³. Dzieci, które straciły rodzeństwo, zyskują nową pozycję i rolę w rodzinie. Jeżeli rodzice będą oczekiwać od

¹ M. Badura-Madej, *Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej*, [w:] M. Badura-Madej (red.) *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych* Katowice 1999, s. 164-165.

² W. Okla, *Pomoc psychologiczna w sytuacji utraty*, [w:] S. Steuden, S. Tucholska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, Lublin 2009.

³ M. Badura-Madej, *Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej*, op. cit.

dziecka, że przejmie ono pozycję utraconego dziecka, może to mieć negatywne konsekwencje dla rozwoju psychicznego. Proces żałoby może być utrudniony, w przypadku gdy żyjące dziecko otoczone jest zbyt dużą opieką, b) jest porównywane do zmarłego rodzeństwa, c) rodzice idealizują utracone dziecko, d) rodzic pogrążony jest we własnym smutku i rozpacz w stopniu uniemożliwiającym mu pełnienie roli rodzica⁴. Odejście dziecka, szczególnie w przypadku rodzin jedynaków, często prowadzi do zerwania więzi między rodzicami i rozpadu związku⁵.

Śmierć dziecka może być traktowana jako zdarzenie krytyczne⁶, które bardzo często prowadzi do kryzysu psychologicznego jednostek zaangażowanych emocjonalnie oraz kryzysu rodziny jako systemu. Za H. Sęk⁷ zdarzenie krytyczne możemy rozumieć jako wzajemne oddziaływanie na siebie jednostki i otoczenia, prowadzące do momentu zwrotnego, kiedy niezbędna jest zmiana. Zmiana ta dotyczy jednostki, otoczenia bądź też relacji między jednostką. Zdarzenie, jakim jest śmierć dziecka, z reguły ma dla rodziców charakter traumatyczny, jest zdarzeniem, którego potencjał stresowy jest określany jako najwyższy z możliwych. Zdarzenie traumatyczne najczęściej wiąże się z konfrontacją jednostki ze śmiercią bliskiej osoby, jak również z poczuciem lęku i bezradności, które to emocje często są udziałem rodziców umierających dzieci. Ze względu na nagły charakter zdarzenia traumatycznego możemy o nim mówić w przypadku niespodziewanej straty bądź w odniesieniu do otrzymania przez bliskich diagnozy o terminalnym charakterze choroby dziecka⁸. Jednak nawet w przypadku prawidłowego przebiegu żałoby doświadczenie śmierci dziecka – właśnie ze względu na swoją traumatyczność – może prowadzić do kryzysu. Kryzys, rozumiany tutaj jako „przejściowy stan nierównowagi wewnętrznej, wywołany przez krytyczne wydarzenie bądź wydarzenie życiowe, wymagające istotnych zmian i rozstrzygnięć”, miałby w tym przypadku charakter sytuacyjny – „traumatyczny”⁹. Zaburzenie równowagi dotyczy zarówno jednostki, poszczególnych członków rodziny, jak również całego systemu. Dla funkcjonowania rodziny wyjątkowo trudne wydaje się wystąpienie w jednym czasie kryzysu na poziomie jednostki i rodziny, ponieważ osieroceni rodzice oczekują wsparcia w pierwszej kolejności ze strony najbliższych, którzy w tym przypadku sami również tego wsparcia potrzebują.

Żałoba, jako proces pojawiający się po stracie jest zjawiskiem normalnym i naturalnym. Jest to procesem bardzo indywidualnym, ale mimo to, można w niej wyróżnić pewne fazy-etapy. Cathreine M. Sanders¹⁰ wyróżnia pięć etapów żałoby:

1. Szok. Charakterystyczne jest występowanie takich symptomów, jak: niedowierzanie, wewnętrzny zamęt, wzburzenie, bezradność, stan alarmu, psychologiczne dystansowanie się. Wstrząs, doświadczany w sytuacji śmierci bliskiej osoby zależy między innymi od tego, czy spodziewano się śmierci czy też nie. Rodzice, którzy utracili dziecko wspominają, że dla nich żałoba miała swój początek w momencie diagnozy, a nie śmierci dziecka (np. rodzice dzieci z chorobami metabolicznymi, którzy mieli kontakt z innymi dziećmi z takim samym rozpoznaniem). Psychiczne dystansowanie się w tym okresie ma działanie ochronne. Rodzice opisują ten stan, jakby byli za szybą, jakby widzieli siebie z zewnątrz. Po pewnym czasie stan szoku mija i rozpoczyna się druga faza.

2. Uświadomienie sobie straty. Symptomy towarzyszące tej fazie: niepokój wywołany separacją, konflikty emocjonalne, przewlekły stres, nadwrażliwość, gniew, poczucie winy. Pełna świadomość straty dziecka wywołuje trudny do zniesienia ból, dezorganizację

⁴ Chmiel-Baranowska, *Żałoba. Opieka paliatywna nad dziećmi*, Warszawa 2005.

⁵ P. Krakowiak, *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*, Gdańsk 2008, s. 49-52.

⁶ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa 2010.

⁷ H. Sęk, *Stres krytycznych wydarzeń życiowych*, [w:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby*. Poznań 2001, s. 13-22.

⁸ G. Sędek, *Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady?*, [w:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć*, Warszawa 2001.

⁹ M. Badura-Madej, *Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej*, op. cit.

¹⁰ C.M. Sanders, *Powrót nadziei. Jak przeżyć stratę dziecka*, Gdańsk 2001.

emocjonalną. W tej fazie emocje doświadczane przez rodziców charakteryzują się dużą zmiennością. Dominują takie uczucia, jak: złość, tęsknota, gniew, wstyd, poczucie winy. Rodzice mają poczucie utraty bezpieczeństwa i kontroli nad swoim życiem. Bolesna strata, emocje przeżywane przez rodziców powodują ich wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, łatwiejsze zapadanie na różne infekcje.

3. Chronienie siebie – wycofanie się. Dominujące symptomy: wycofanie się, rozpacz, osłabienie systemu odporności, zmęczenie, praca nad smutkiem i żalem, „hibernacja”. Rodzice mogą odczuwać rozczarowanie wyczerpaniem organizmu i obniżonym nastrojem, nie zdając sobie sprawy, że odpoczynek może przynieść pozytywne rezultaty. Reakcja fizyczna przypomina depresję, ale w tym momencie jest czymś naturalnym. W tej fazie rodzice wycofują się z kontaktów z innymi ludźmi, spędzają czas w samotności. Na tym etapie rodzice odczuwają głęboką rozpacz, gdyż wszystkie mechanizmy obronne uległy osłabieniu.

4. Powracanie do zdrowia. Występujące objawy w tej fazie to: odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z dawnych ról, tworzenie nowej tożsamości, przebaczenie i zapominanie, poszukiwanie znaczenia, zabliznianie się rany. Proces powrotu do równowagi psychicznej przebiega powoli, czasami wręcz niedostrzegalnie, stopniowo odczuwany jest przypływ energii. Zauważalny jest powolny wzrost zainteresowań różnymi dziedzinami życia. Rodzice krok po kroku przejmują kontrolę nad własnym życiem. Odnalezienie nowej tożsamości i związane z tym świadome rozwiązanie więzi z utraconym dzieckiem jest poprzedzone rezygnacją z pewnych ról i podjęciem nowych. To faza nadawania znaczenia nieszczęściu. Rodzice uświadamiają sobie radosnych momenty (początkowo we wspomnieniach obecne jest tylko cierpienie dziecka).

5. Odnowa. Towarzyszące symptomy: rozwijanie nowej świadomości siebie, akceptowanie odpowiedzialności, uczenie się życia bez..., zajęcie się swoimi potrzebami wewnętrznymi, aktywny kontakt ze światem, znajdowanie substytutów. Rodzice ujawniają, że po pewnym czasie od straty (np. kilka lat) nauczyli się żyć na nowo, zaakceptowali fakt, jakim jest śmierć dziecka. Potrafią żyć, pracują, mogą śmiać się bez poczucia winy, uczestniczyć w życiu towarzyskim, znaleźć nowych przyjaciół.

Przedstawione powyżej fazy żałoby pokazują jak każda osoba może się czuć, przez co może przechodzić. Jednak tempo przechodzenia przez poszczególne fazy żałoby dla każdego z członków rodziny może być inne. Jednym z najtrudniejszych wyzwań, jakie stoją przed rodzicami jest zrozumienie i zaakceptowanie różnic w przeżywaniu żałoby. Ponadto każdy z rodziców inaczej reaguje na szok, stres, jaki towarzyszy śmierci dziecka. Kobiety w przeżywaniu żałoby częściej płaczą, mają potrzebę opowiadania o dziecku, podczas gdy mężczyźni wolą zająć się jakąś aktywnością, pójść do pracy, przyjmują rolę osoby, która ze wszystkim sobie poradzi i zadba o całą rodzinę. Te różnice w sposobie przeżywania żałoby mogą być źródłem dodatkowych konfliktów wśród najbliższych i tak już bardzo cierpiących. Dla części rodziców reakcja na stratę, odmienna od ich własnej, jest trudna do zaakceptowania. Czasem spotkanie z innymi rodzicami, pomaga pokonać własny ból, podjąć wysiłek dla ratowania związku¹¹.

Wsparcie rodziny przez asystenta w sytuacji straty dziecka

Nie ma jednego najlepszego sposobu, by wesprzeć rodzinę w sytuacji straty. Dlatego umiejętnością, jakiej wymaga się od osoby pomagającej, jest zdolność do współczującego słuchania, która zaczyna się od autentycznego współczucia w obliczu żałoby i pozostania milczącym, kiedy osierocony mówi.

Udzielanie wsparcia i pomocy osieroconym rodzicom nie należy do łatwych zadań. Już samo przebywanie w otoczeniu rodziców, którzy stracili dziecko jest niebywale trudne, a co dopiero

¹¹ Chmiel-Baranowska, *Żałoba. Opieka paliatywna nad dziećmi*, op. cit.

ofiarowanie im pomocy w wiarygodny i właściwy sposób. Istnieje kilka sposobów, które mogą pomóc osieroconym rodzicom zwłaszcza krótko po stracie. Najważniejsze z nich to¹²:

- empatyczne słuchanie i stworzenie dogodnych warunków do okazania najgłębszych przeżyć, towarzyszyć kobiecie w tych bardzo trudnych chwilach,
- zachęcanie do wyartykułowania uczuć, myśli, a tym samym do zaakceptowania ich jako normalnych elementów procesu żałoby,
- akceptacja płaczu,
- podkreślanie normalności występowania burzliwych emocji towarzyszących żałobie, a tym samym zwolnić kobiety z poczucia winy za przeżywane uczucia
- kontakt ułatwiają wypowiedzi, w których nazywa się wprost to, co się wydarzyło: „Wiem, że Pani syn nie żyje, czy możemy o tym porozmawiać?”,
- w takiej sytuacji można powiedzieć: „Bardzo mi przykro, mogę tylko sobie wyobrazić, jak musi być pani ciężko w tej sytuacji. „Czy czegoś Pani potrzebuje?”, „Bardzo mi przykro z powodu śmierci pani dziecka”, „Wyobrażam sobie, jak trudna to dla pani chwila”,
- pomocne w takiej sytuacji jest okazanie współczucia, co świadczy o trosce i solidaryzowaniu się z ich smutkiem. Najlepiej być otwartym i uczciwym w okazywaniu swych uczuć, gdyż wszelkie udawane reakcje będą na pewno zauważone przez rodziców,
- należy zaoferować pomoc, ale nie składać propozycji w formie: „W czym mogę pani pomóc?”, „Proszę dać mi znać, kiedy będę mogła coś dla pani zrobić”, gdyż jest to obciążenie dla osieroconych, którzy nie potrafią poprosić o pomoc. Należy samemu podjąć inicjatywę i zaproponować konkretną pomoc.

Są również komunikaty, które nie tylko nie stanowią wsparcia dla rodziny w żałobie, ale dodatkowo traumatyzują, szczególnie kobietę w sytuacji utraty dziecka bez względu na to, na w jaki sposób nastąpiła (poronienie, urodzenie martwego dziecka, śmierć po urodzeniu)¹³.

- „Było, minęło, jeszcze będzie Pani miała wiele innych dzieci, proszę się nie zadręczać”. Wypowiadający te słowa nie zdają sobie sprawy z tego, co czuje kobieta po poronieniu oraz z faktu, iż nie da się zastąpić jednego dziecka innym.
- „Nic się nie stało, to się zdarza wielu rodzinom” – bagatelizowanie tego zdarzenia i porównywanie do innych nie łagodzi cierpienia u matek, wręcz przeciwnie, wywołuje frustrację, gdyż poronienie jest dla kobiety stratą i potrzebuje ona teraz czasu, aby pogodzić się z tym,
- „Niech pani postara się zapomnieć” – w procesie żałoby nie chodzi o to, żeby zapomnieć o swym dziecku, ale żeby ten proces pomógł w zrozumieniu swojej sytuacji. Nie da się uciec od siebie i od swoich uczuć, nie da się wymazać z pamięci istnienia swojego dziecka,
- „Należy się cieszyć, urodziłaby pani dziecko w wadami”, „męczyłaby się tylko pani, dobrze, że umarło” – osoby wypowiadające takie słowa myślą, że ułatwiają pogodzenie się z tą sytuacją, ale uczucia odczuwane przez kobietę są o wiele silniejsze. Osoba, która nie doświadczyła podobnego zdarzenia z pewnością nie wie, co w tej sytuacji można czuć, co gorsza, czasem nawet trudno jej to sobie wyobrazić. Tylko kobieta po stracie dziecka może wiedzieć, co czuje, choć sytuacje straty są bardzo różne i budzą bardzo różne emocje.
- „Proszę wziąć się w garść, ma pani dla kogo żyć” ,czy „trzeba żyć dalej” – żałoba jest długim procesem, szczególnie po stracie dziecka, nie wolno jej przyspieszać.

Ze względu na specyfikę straty rodzina i najbliżsi mogą nie być w stanie udzielić właściwego wsparcia na płaszczyźnie informacyjnej, emocjonalnej czy duchowej, dlatego też zasadne jest

¹² C.M. Kriese, *Jak przeżyć stratę dziecka*, Gdańsk 2001.

¹³ A. Bubiak, J. Bartnicki, Z. Knihnicka-Mercik, *Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 4/2004, s. 69-78

kierowanie osieroconych rodziców do grup wsparcia, gdzie będą oni mieli możliwość kontaktu z innymi osobami, które również doświadczyły śmierci dziecka lub umożliwienie kontaktu z psychologiem lub psychoterapeutą.

2. Cele i działania, etapy pracy asystenta rodziny oraz niezbędne dokumenty

Celem pracy w sytuacji urodzenia martwego dziecka jest przede wszystkim:

1. Stabilizacja emocjonalna kobiety i/lub jej rodziny.
2. Wzmocnienie funkcjonowania kobiet i rodzin poprzez koordynację poradnictwa w zakresie prawa, pomocy psychologicznej, prawnej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Koordynacja wsparcia udzielonego kobiecie i /lub rodzinie dziecka, którym zmarło dziecko.

Działania, które podejmuje asystent rodziny to:

- a) Wspieranie emocjonalne kobiety i/lub rodziny czyli tzw. towarzyszenie emocjonalne w czasie opłakiwania i żałoby, traumy oraz kryzysu; okazywanie zrozumienia i empatii w związku z tragedią, jaka spotkała rodzinę; zachęcanie do wyrażania swoich uczuć i emocji, dzielenie się swoimi przeżyciami; pomoc w pogodzeniu się ze stratą.
- b) Wsparcie instrumentalne bądź asystowanie (towarzyszenie) w załatwianiu spraw formalnych (urzędowych) związanych m. in z pochówkiem dziecka zgodnie z obranymi przez rodzinę zwyczajami i wyznaniem, ale także otrzymaniem urlopu na najbliższy czas po stracie dziecka czy też umówienie do specjalistów (lekarz, psycholog, psychiatra); występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia (art. 8 ust. 3 ustawy „Za życiem”).
- c) Koordynacja udzielanego poradnictwa kobiecie w sytuacji urodzenia martwego dziecka poprzez zapoznanie (przekazanie i omówienie) kobiety i/lub rodziny z informatorem dotyczącym możliwości wsparcia oraz opracowanie indywidulowanego katalogu możliwego wsparcia, a także możliwości w dostępie do usług z systemu wsparcia rodziny, pomocy społecznej, ochrony zdrowia i edukacji oraz poradnictwa specjalistycznego w zakresie ochrony zdrowia, psychologii, prawa.
- d) Budowanie systemu konsultacji przypadku rodziny z pozostałymi służbami oraz własnej pracy z nią; zakłada się ścisłą współpracę ze specjalistami w konkretnych dziedzinach (m.in medycyny, psychologii i prawa) oraz systematyczną konsultację z nimi; realizacja koordynacji i wsparcia przy konsultacji zespołu specjalistów na zasadzie łączności i koordynacji działań.
- e) Monitorowanie postępów w budowaniu zasobów do radzenia sobie z trudną sytuacją kobiety i rodziny (w tym z katalogu wsparcia), wydobywając ich zasoby i wykorzystując je do osiągnięcia pożądanego stanu (efektu, celu).
- f) Funkcja informacyjna zgodnie z poziomem posiadanej wiedzy, m.in. w zakresie zagadnień związanych z kryzysem i radzeniem sobie z nim, ofert wsparcia, pomocy etc.

ETAPY PRACY ASYSTENTA RODZINY Z RODZINĄ ORAZ NIEZBĘDNE DOKUMENTY.

Jeśli kobieta lub jej rodzina wystąpiła z wnioskiem o pomoc asystenta rodziny oznacza to, że potrzebuje wsparcia zewnętrznego (instytucjonalnego) w poradzeniu sobie z sytuacją kryzysową, jaką jest śmierć dziecka. Warto więc przeprowadzić cały proces metodycznego działania, znany z realizacji asystentury rodziny wedle ustawy o wspieraniu rodziny.

Etap 0.	
Termin:	2 dni od wpłynięcia wniosku do kierownika ośrodka pomocy społecznej/gminy Przekazanie wniosku do asystenta, zespołu w ośrodku pomocy społecznej lub w innej instytucji wspierania rodziny / organizacji pozarządowej realizującego asystenturę rodzinną
	Przydzielenie właściwego asystenta do udzielania wsparcia.
Zadania asystenta rodziny:	Przygotowanie się do pracy w sytuacji przeżywania żałoby. Ewentualne konsultacje ze specjalistami. Zapoznanie z potrzebami – teoria i wstępna analiza Informatora.
Dokumentacja:	wniosek osoby/rodziny zgoda rodziny, jeśli wnioskodawcą była sama kobieta zaświadczenie, że kobieta w ciąży przybywała pod opieką ginekologiczną od 10 tygodnia ciąży akt zgonu dziecka Pismo do innego niż ośrodek pomocy społecznej organizatora wsparcia rodziny lub adnotacja kierownika ośrodka pomocy społecznej o przydzieleniu asystenta.

Etap I.	
Termin:	W ciągu 48 h od wniosku, do 1 tygodnia.
	Nawiązanie kontaktu, tworzenie relacji asystenckiej.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne w sytuacji śmierci dziecka, która nastąpiła bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych lub powikłań przy porodzie oraz w ewentualnym kryzysie/traumie, okazywanie szacunku, życzliwości, empatii, - udzielanie wstępnej informacji o możliwościach pomocy, - prezentacja roli asystenta w tej sytuacji, - rozmowy i obserwacje dotyczące życia rodziny, wstępne omawianie oczekiwań rodziny, dotyczących pracy z asystentem, - uzyskanie (w razie potrzeby) pisemnego upoważnienia (szczególnego) asystenta rodziny do występowania asystenta rodziny w imieniu rodziny do podmiotów, - dbanie o efektywność pracy asystenta, budowanie systemu konsultacji: konsultowanie procesu wsparcia i katalogu np. z psychologiem ds. traumy lub interwentem kryzysowym (z różnych instytucji, w zależności od dostępności) oraz niezbędna konsultacja/supervizja 1 raz w miesiącu.
Dokumentacja:	upoważnienie szczególne – do danej czynności – w przypadku spraw nieniecierpiących zwłoki

Etap II.	
Czas trwania:	Do 2 tygodni.
	Rozpoznanie sytuacji rodziny. Towarzystwo emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne w sytuacji śmierci dziecka bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych lub z powodu powikłań porodowych oraz w ewentualnym kryzysie/traumie, okazywanie szacunku, życzliwości, empatii, - zebranie informacji dotyczących sposobów radzenia sobie, wiedzy i doświadczeń odnośnie kryzysów (zasoby wewnętrzne), - ocena funkcjonowania emocjonalnego – w sytuacjach tego wymagających włączanie specjalistów np. psychoterapeuty, psychologa/terapeuty traumy/interwenta kryzysowego/psychotraumatologa, specjalista ten może towarzyszyć asystentowi w czasie rozmowy z kobietą i jej partnerem, konsultacja dot. ewentualnej dalszej pracy z ww. specjalistą, - sporządzenie wstępnej oceny sytuacji rodziny, kontakt z kobietą/rodziną min dwa razy w tygodniu.
Dokumentacja:	formularz analizy sytuacji osoby/rodziny upoważnienie do występowania w interesach rodziny Informator Ministerstwa Zdrowia karta pracy z kobietą/rodziną

Etap III.	
Czas trwania:	Do 2 tygodni/ zazębia się z etapem II.
	Opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne samodzielnie przez asystenta lub specjalistę, - opracowanie z kobietą/rodziną planu pracy z rodziną zawierającego indywidualny katalog możliwego wsparcia na podstawie Informatora Ministerstwa i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i/lub „gminnego katalogu możliwego wsparcia”, wraz z wypisaniem adresów/numerów telefonów do służb/instytucji na maksymalnie 1 miesiąc, - uzyskanie (w razie potrzeby) pisemnego upoważnienia asystenta rodziny do występowania asystenta rodziny w imieniu rodziny do podmiotów (oprócz świadczeniodawców), w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia – 3 rodzaje upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u danego specjalisty – psychologa) bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta). na tym etapie kontakty asystenta z kobietą i rodziną odbywają się m.in. raz w tygodniu, na tym etapie niezbędna wydaje się konsultacja katalogu oraz sposobów pomocy rodzinie z zespołem asystentów/psychologiem od traumy/innym adekwatnym specjalistą,
Dokumentacja:	upoważnienie ogólne bądź rodzajowe lub szczególne dot. występowania asystenta w imieniu matki i/lub rodziny przed innymi służbami społecznymi informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub gminny katalog możliwego wsparcia. formularz planu pracy indywidualny katalog możliwego wsparcia (druk) karta działań z kobietą/rodziną.

Etap IV.	
Czas trwania:	W zależności od potrzeb do 6 miesięcy.
	Realizacja działań w oparciu o utworzony katalog możliwego wsparcia. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne samodzielnie przez asystenta lub specjalistę – psycholog od traumy, interwent kryzysowy, - pomoc kobiecie lub rodzinie we współpracy z innymi służbami społecznymi w realizacji usług ze skonstruowanego katalogu możliwego wsparcia, w tym koordynacja poradnictwa i występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów (oprócz świadczeniodawców) w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia, - asystowanie, bądź wsparcie instrumentalne matki i/lub rodziny w poszczególnych usługach (zgodnie z katalogiem usług), - aktualizowanie katalogu możliwego wsparcia wg potrzeb kobiety/rodziny, kontakty asystenta rodziny z osobą i rodziną odbywają się min. raz z tygodniu, konsultacja w zależności od potrzeb/supervizja pracy asystenta rodziny – 1 raz w m-cu.
Dokumentacja:	aktualizacja katalogu możliwego wsparcia w razie potrzeby karta działań z kobietą/rodziną

Etap V.	
Termin:	raz na 3 m-ce
CEL GŁÓWNY:	Ocena okresowa
Zadania asystenta rodziny:	- omówienie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z kobietą i /lub rodziną oraz z zespołem konsultacyjnym asystenta rodziny – telefonicznie lub osobiście w celu oceny adekwatności i skuteczności udzielonego wsparcia, ewentualna aktualizacja katalogu usług, - analiza sytuacji kobiety i rodziny w zakresie radzenia sobie z aktualną sytuacją, - wypełnienie formularza oceny okresowej pracy z kobietą/rodziną,
Dokumentacja:	formularz okresowej oceny sytuacji ewentualnie notatki ze spotkań zespołu konsultacyjnego asystenta rodziny

Etap VI.	
Czas trwania:	do 3 m-cy
CEL GŁÓWNY:	Ocena końcowa. Monitorowanie sytuacji rodziny
Zadania asystenta rodziny:	• podjęcie decyzji o zakończeniu współpracy – zapada za zgodą i po konsultacji z kobietą i/lub rodziną oraz zespołem konsultacyjnym asystenta rodziny, • monitorowanie sytuacji oraz stopnia radzenia sobie rodziny z kryzysem
Dokumentacja:	formularz zakończenia współpracy. Informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia)

3. Katalog możliwego wsparcia kobiety i rodziny

Wspierający rodzinę asystent układa wspólnie z jej członkami indywidualny katalog możliwego wsparcia, wybierając usługi z poniższej listy adekwatnie do potrzeb i sytuacji rodziny. W przypadku braku określonego zasobu w danej gminie należy rozpoznać, gdzie poza najbliższym miejscem zamieszkania rodzina mogłaby je uzyskać, jakie są warunki do spełnienia, aby to zrobić, czy rodzina ma możliwości, aby je zrealizować oraz jakie działania podjąć, aby dana usługa była dostępna na tym terenie dla tej i innych rodzin w podobnej sytuacji.

Pakiet usług dla kobiet i rodzin, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych:

- **Informacja o prawach i uprawnieniach rodziny** (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczy, ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu,
- **Poradnictwo specjalistyczne** (w tym poradnictwo: psychologiczne, prawne) – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny,
- **Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna** dla osób i rodzin w żałobie – hospicjum dla dzieci, poradnia zdrowia psychicznego,
- **Pomoc psychiatryczna w przypadku zaburzeń depresyjnych lub adaptacyjnych** – poradnia zdrowia psychicznego,
- **Grupy samopomocowe dla rodzin** – ośrodek pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, hospicjum,
- **Świadczenia opieki zdrowotnej** – prowadzone przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, poradnie przyszpitalne.
- **Świadczenia wynikające z kodeksu pracy**, np.: urlop macierzyński, zasiłek macierzyński i zasiłek pogrzebowy – informacje o warunkach można uzyskać w oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub zakładzie pracy.

WYKAZ DOKUMENTÓW:

- 1) zaakceptowany wniosek rodziny o objęcie koordynacją poradnictwa przez asystenta rodziny do ośrodka pomocy społecznej/gminy wraz ze zgodą osoby i/lub rodziny dot. przetwarzania danych,
- 2) zaświadczenie lekarskie o pozostawaniu pod opieką lekarską od 10 tygodnia ciąży,
- 3) formularz opisu sytuacji kobiety i /lub rodziny,
- 4) informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹⁴,
- 5) gminny katalog możliwego wsparcia,
- 6) plan pracy z kobietą/rodziną,

¹⁴ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

- 7) formularz indywidualnego katalogu możliwego wsparcia (druk poniżej – można zrezygnować z rubryki ze świadczeniami i usługami podstawowymi, gdyż żadne z tej grupy nie dotyczy kobiet/rodzin, którym dziecko umarło),
- 8) karta pracy asystenta z rodziną,
- 9) formularz okresowej oceny sytuacji,
- 10) upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u psychologa) bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta)
- 11) formularz zakończenia współpracy/ Informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia),
- 12) baza danych o rodzinach (internetowa lub pisemna, z datą zgłoszenia rodziny, datą rozpoczynającą pracę, monitorowania i planowanego zakończenia wsparcia),
- 13) harmonogram/plan tygodniowy lub miesięczny lub karta czasu pracy z rodziną,
- 14) protokoły i dokumenty z prac zespołów,
- 15) dokumenty wpływające i wychodzące dot. pracy z rodziną,
- 16) informatory/ulotki lokalne, kontakty do instytucji/zaplecza wsparcia, akty prawne, ulotki organizacji pozarządowych itp.

Większość dokumentów to te, na których już asystent pracuje¹⁵.

Przykład formularza dla rodziny

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐	

¹⁵ Zob. I. Krasiejko, *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Wyd. MRPiPS, Warszawa 2016, dostępny na stronie www.mrpips.gov.pl oraz www.asystentrodziny.info

Dodatek nr 8

Propozycje dotyczące praktycznych aspektów animowania działań przypisanych asystentowi rodziny

- Wsparcie asystenta rodziny skierowane do kobiet i rodzin,
które nie zabiorą dziecka do domu

opracowanie:

Anna Tomulewicz, Anna Borowska, Małgorzata Gudewicz, Dariusz Polkowski – Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie „DROGA” w Białymstoku

Izabela Krasiejko – Akademia im. J. Długosza w Częstochowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Asystentów Rodziny

Lidia Zeller, Aneta Kwapisz – Stowarzyszenie na rzecz pomocy dziecku i rodzinie „DLA RODZINY” w Częstochowie

Kolejną grupą docelową są kobiety i rodziny, które nie zabiorą do domu dziecka z powodu urodzenia dziecka niezdolnego do życia, urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi lub śmiertelnymi schorzeniami. Sytuacja rodziny ze względu na przeżywaną sytuację kryzysową i traumatyczną, jej potrzeby są podobne do tych opisanych w Dodatkach 5, 6, 7. Poniżej zaprezentowany zostały więc tylko cele i działania oraz etapy pracy asystenta oraz ogólny katalog możliwego wsparcia dla kobiet/rodzin w tej sytuacji. Warto jednakże pamiętać, że ww. kobiety i rodziny dodatkowo mogą mierzyć się z ambiwalencją, dotyczącą podjęcia decyzji, czy opiekować się dzieckiem ze śmiertelnymi schorzeniami do jego ostatnich dni, czy umieścić np. w hospicjum dziecięcym lub też niejednokrotnie z poczuciem winy i brakiem zrozumienia ze strony otoczenia społecznego, jeśli zdecydują się na to drugie rozwiązanie.

1. Cele i działania, etapy pracy asystenta rodziny oraz niezbędne dokumenty

Celem pracy z kobietą/rodziną, która nie zabiorze do domu dziecka z powodu urodzenia dziecka niezdolnego do życia, urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi lub śmiertelnymi schorzeniami jest przede wszystkim:

1. Stabilizacja emocjonalna kobiety i/lub jej rodziny.
2. Wzmocnienie funkcjonowania kobiet i rodzin poprzez koordynację poradnictwa w zakresie prawa, pomocy psychologicznej, prawnej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

Działania, które podejmuje asystent rodziny to:

- a) Wspieranie emocjonalne kobiety i/lub rodziny czyli tzw. towarzyszenie emocjonalne w czasie traumy, kryzysu, ambiwalencji; okazywanie zrozumienia i empatii w związku z tragedią, jaką spotkała rodzinę; zachęcanie do wyrażania swoich uczuć i emocji, dzielenie się swoimi przeżyciami; pomoc w pogodzeniu się ze stratą.
- b) Wsparcie instrumentalne bądź asystowanie (towarzyszenie) w załatwianiu spraw formalnych (urzędowych) związanych m.in. znalezieniem hospicjum dziecięcego, placówki opiekuńczo-leczniczej, instytucji pieczy zastępczej, ośrodka adopcyjnego w przypadku podjęcia decyzji o zrzeczeniu tzw. blankietowym, umówienie do specjalistów (lekarz, psycholog, psychiatra).
- c) Koordynacja poradnictwa kobiecie i /lub rodzinie dziecka, która jest w trakcie podjęcia decyzji o pozostawieniu dziecka w placówkach całodobowych lub oddania ich do adopcji (we współpracy z ośrodkiem adopcyjnym).
- d) Koordynacja poradnictwa i działań w trakcie umieszczania dziecka w wymienionych miejscach poza rodziną.
- e) Występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów z wyłączeniem świadczeniodawców w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia (art. 8 ust. 3 ustawy „Za życiem”).
- f) Koordynacja poradnictwa kobiecie i rodzinie poprzez zapoznanie (przekazanie i omówienie) kobiety i/lub rodziny z Informatorem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, dotyczącym możliwości wsparcia oraz opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia, a także pokazanie możliwości w dostępie do usług z systemu wsparcia rodziny, pomocy społecznej, ochrony zdrowia, prawa.
- g) Budowanie systemu konsultacji indywidualnego przypadku rodziny z innymi specjalistami oraz własnej pracy z nią. Zakłada się ścisłą współpracę ze specjalistami w konkretnych dziedzinach (m.in. medycyny, psychologii i prawa) oraz systematyczną konsultację z nimi; innymi słowy asystent rodziny realizuje koordynację i wsparcie przy konsultacji zespołu specjalistów; współpracuje z innymi przedstawicielami służb społecznych na zasadzie łączności i koordynacji działań.

- h) Monitorowanie postępów w budowaniu zasobów radzenia sobie kobiety i rodziny w trudnej sytuacji (w tym z katalogu wsparcia), wydobywając ich zasoby i wykorzystując je do osiągnięcia pożądanego stanu (efektu, celu).
- i) Informowanie zgodnie z poziomem swojej wiedzy m.in. w zakresie zagadnień związanych z kryzysem i radzeniem sobie z nim, ofert wsparcia, pomocy etc.

ETAPY PRACY ASYSTENTA RODZINY Z RODZINĄ ORAZ NIEZBĘDNE DOKUMENTY.

Jeśli kobieta/rodzina wystąpiła z wnioskiem o pomoc asystenta rodziny oznacza to, że potrzebuje wsparcia zewnętrznego (instytucjonalnego) w poradzeniu sobie z sytuacją kryzysową. Warto więc przeprowadzić cały proces metodycznego działania, znany z realizacji asystentury rodziny według ustawy o wspieraniu rodziny.

Etap 0.	
Termin:	2 dni od wpłynięcia wniosku do kierownika ośrodka pomocy społecznej/gminy Przekazanie wniosku do asystenta, zespołu w ośrodku pomocy społecznej lub w innej instytucji wspierania rodziny / organizacji pozarządowej realizującego asystenturę rodzinną
	Przydzielenie właściwego asystenta do udzielania wsparcia.
Zadania asystenta rodziny:	Przygotowanie się do pracy w sytuacji podejmowania decyzji o umieszczeniu dziecka poza domem rodzinnym oraz realizacji postanowienia kobiety/rodziny. Ewentualne konsultacje ze specjalistami. Zapoznanie z potrzebami wstępna analiza Informatora Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i/lub gminnego katalogu możliwego wsparcia.
Dokumentacja:	wniosek osoby/rodziny zaświadczenie, potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu), wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii Pismo do innego niż ośrodek pomocy społecznej organizatora wsparcia rodziny lub adnotacja kierownika ośrodka pomocy społecznej o przydzieleniu asystenta.

Etap I.	
Termin:	W ciągu 48 h od wniosku, do 1 tygodnia. W tym przypadku będzie istniała być może potrzeba udania się natychmiast do szpitala, celem ustalenia zakresu niezbędnej pomocy. Może to nastąpić przed złożeniem wniosku, po uzyskaniu informacji o sytuacji dziecka.
	Nawiązanie kontaktu, tworzenie relacji asystenckiej.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne w kryzysie/traumie, okazywanie szacunku, życzliwości, empatii, - udzielanie wstępnej informacji o możliwościach pomocy, - prezentacja roli asystenta w tej sytuacji, - rozmowy i obserwacje dotyczące życia rodziny, wstępne omawianie oczekiwań rodziny dotyczących pracy z asystentem, - uzyskanie (w razie potrzeby) pisemnego upoważnienia (szczególnego) asystenta rodziny do występowania asystenta rodziny w imieniu rodziny do podmiotów (oprócz świadczeniodawców), - dbanie o efektywność pracy asystenta, budowanie systemu konsultacji: konsultowanie procesu wsparcia i katalogu np. z psychologiem ds. traumy lub interwentem kryzysowym OIK (w zależności od dostępności) oraz superwizja 1 raz z miesiącu.
Dokumentacja:	upoważnienie szczególne – do danej czynności – w przypadku spraw nie niecierpiących zwłoki

Etap II.	
Czas trwania:	do 6 tygodni
	Rozpoznanie sytuacji rodziny. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne w sytuacji w kryzysie/traumie, okazywanie szacunku, życzliwości, empatii, - zebranie informacji, dotyczących sposobów radzenia sobie, wiedzy i doświadczeń odnośnie kryzysów (zasoby wewnętrzne rodziny), - zebranie informacji dotyczących potrzeb rodziny, - ocena funkcjonowania emocjonalnego – w sytuacjach tego wymagających włączanie specjalistów np. psychoterapeuty, psychologa/terapeuty traumy/interwenta kryzysowego/psychotraumatologa, specjalista ten może towarzyszyć asystentowi w czasie rozmowy z kobietą i jej partnerem, konsultacja dot. ewentualnej dalszej pracy z ww. specjalistą, - towarzyszenie rodzinie w podjęciu decyzji o ewentualnym oddaniu dziecka (kobieta ma 6 tygodni na podjęcie ostatecznej decyzji) - wypełnienie formularza: wstępna ocena sytuacji osoby/rodziny kontakt z kobietą/rodziną min. dwa razy w tygodniu.
Dokumentacja:	formularz wstępna ocena sytuacji osoby/rodziny. upoważnienie. Informator Ministerstwa Zdrowia . karta działań z kobietą/rodziną.

Etap III.	
Czas trwania:	do 6 tygodni, zazębia się z etapem II.
	Opracowanie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne samodzielnie przez asystenta lub specjalistę, - opracowanie z kobietą/rodziną planu pracy, zawierającego indywidualny katalog możliwego wsparcia na podstawie Informatora Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, wraz z wypisaniem adresów/numerów telefonów do służb/instytucji na maksymalnie 1 miesiąc, - uzyskanie (w razie potrzeby) pisemnego upoważnienia asystenta rodziny do występowania w imieniu rodziny do podmiotów (oprócz świadczeniodawców), w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia – 3 rodzaje upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u danego specjalisty – psychologa) bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta). na tym etapie kontakty asystenta z kobietą i rodziną odbywają się min. raz w tygodniu, niezbędna wydaje się konsultacja katalogu oraz sposobów pomocy rodzinie z zespołem asystentów/psychologiem od traumy/inym adekwatnym specjalistą,
Dokumentacja:	upoważnienie ogólne bądź rodzajowe lub szczególne dot. występowania asystenta w imieniu matki i/lub rodziny przed innymi służbami społecznymi Informator Ministerstwa lub gminny katalog możliwego wsparcia formularz planu pracy z kobietą/rodziną indywidualny katalog możliwego wsparcia karta działań z kobietą/rodziną

Etap IV.	
Czas trwania:	W zależności od potrzeb – do 6 miesięcy
	Realizacja utworzonego katalogu możliwego wsparcia. Towarzyszenie emocjonalne.
Zadania asystenta rodziny:	- wspieranie emocjonalne samodzielnie przez asystenta i/lub specjalistę, - pomoc kobiecie lub rodzinie we współpracy z innymi służbami społecznymi w realizacji usług ze skonstruowanego katalogu, w tym koordynacja poradnictwa i występowanie przez asystenta rodziny w imieniu osób, na ich żądanie, do podmiotów (oprócz świadczeniodawców) w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia,

	• asystowanie, bądź wsparcie instrumentalne matki i/lub rodziny w poszczególnych usługach (zgodnie z katalogiem usług), • aktualizowanie katalogu możliwego wsparcia wg potrzeb kobiety/rodziny, • kontakty asystenta z osobą i rodziną odbywają się min. raz z tygodniu, • konsultacja/superwizja pracy 1 raz w m-cu,
Dokumentacja:	ewentualnie zaktualizowany katalog możliwego wsparcia. karta działań z kobietą/rodziną

Etap V.	
Termin:	raz na 3 m-ce
CEL GŁÓWNY:	Ocena okresowa
Zadania asystenta rodziny:	• omówienie indywidualnego katalogu możliwego wsparcia z kobietą i /lub rodziną oraz z zespołem wsparcia asystenta – telefonicznie lub osobiście w celu oceny adekwatności i skuteczności udzielonego wsparcia, ewentualna aktualizacja katalogu usług. • analiza sytuacji kobiety i rodziny w zakresie radzenia sobie.
Dokumentacja:	formularz okresowej oceny sytuacji ewentualnie notatki ze spotkań zespołu wsparcia

Etap VI.	
Czas trwania:	do 3 m-cy
CEL GŁÓWNY:	Ocena końcowa. Monitorowanie sytuacji rodziny
Zadania asystenta rodziny:	• podjęcie decyzji o zakończeniu współpracy - zapada za zgodą i po konsultacji z kobietą i/lub rodziną oraz zespołem konsultacyjnym asystenta rodziny, • monitorowanie sytuacji oraz stopnia radzenia sobie rodziny z kryzysem
Dokumentacja:	formularz zakończenia współpracy. Informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia)

2. Katalog możliwego wsparcia kobiety, rodziny i dziecka

Pakiet usług dla kobiet, które nie zabiorą do domu dziecka z powodu urodzenia dziecka niezdolnego do życia, urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi lub śmiertelnymi schorzeniami

- Informacja o prawach i uprawnieniach rodziny (rodzina może uzyskać informację o instytucjach i formach wsparcia, o jakie może się ubiegać w swojej trudnej sytuacji) – ośrodek pomocy społecznej, oddział położniczy, ginekologiczny, neonatologii lub patologii i intensywnej terapii noworodka, dziecięcy w szpitalu,
- Pożegnanie się z dzieckiem w towarzystwie osób bliskich lub specjalistów (psycholog, lekarz, położna/pielęgniarka, kapłan, pracownik socjalny, pracownik ośrodka adopcyjnego) – oddział ginekologiczno-położniczy szpitala,
- Poradnictwo specjalistyczne (w tym poradnictwo: psychologiczne, prawne) – poradnia rodzinna, ośrodek pomocy społecznej, centrum dla rodzin, organizacje pozarządowe działające w obszarze wsparcia rodziny,
- Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna – poradnia zdrowia psychicznego,
- Pomoc psychiatryczna w przypadku zaburzeń depresyjnych lub adaptacyjnych - poradnia zdrowia psychicznego,
- Opieka neonatologiczna – oddział neonatologiczny w szpitalu rejonowym lub specjalistycznym,
- Opieka hospicyjna dla dzieci – wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie; opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych oraz trudności socjalnych, świadczenia w opiece paliatywnej są udzielane w warunkach domowych – hospicja domowe, stacjonarnych – hospicja stacjonarne całodobowe lub ambulatoryjnych – poradnie medycyny paliatywnej,

- Piecza zastępcza – powiatowe centrum pomocy rodzinie/organizator rodzinnej pieczy zastępczej,
- Adopcja – ośrodki adopcyjne,
- Grupy samopomocowe rodzin– ośrodek pomocy społecznej, organizacje pozarządowe,
- Całodobowa opieka nad dzieckiem przewlekle chorym – zakład opiekuńczo-leczniczy dla dzieci, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, hospicjum dziecięce, ośrodki preadopcyjne, specjalistyczne rodziny zastępcze,

WYKAZ DOKUMENTÓW:

- 1) zaakceptowany wniosek rodziny o objęcie koordynacją poradnictwa przez asystenta rodziny do ośrodka pomocy społecznej/ gminy wraz ze zgodą osoby i/lub rodziny dot. przetwarzania danych,
- 2) zaświadczenie lekarskie o pozostawaniu pod opieką lekarską od 10 tygodnia ciąży,
- 3) formularz opisu sytuacji kobiety i /lub rodziny,
- 4) informator Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej¹,
- 5) gminny katalog możliwego wsparcia,
- 6) formularz indywidualnego katalogu możliwego wsparcia (druk poniżej),
- 7) karta pracy asystenta z rodziną,
- 8) formularz okresowej oceny sytuacji,
- 9) upoważnienia: ogólne – do wszystkich (ogółu) czynności możliwych do podjęcia przez kobietę/rodzinę, rodzajowe: do danego rodzaju czynności (np. tylko u psychologa) bądź szczególne (np. tylko wystąpienia z wnioskiem do Urzędu Miasta)
- 10) formularz zakończenia współpracy/ Informacja do ośrodka pomocy społecznej ze strony organizacji pozarządowej (w zależności od przyjętej w danej gminie organizacji podmiotów wsparcia).
- 11) baza danych o rodzinach (internetowa lub pisemna, z datą zgłoszenia rodziny, datą rozpoczynającą pracę, monitorowania i planowanego zakończenia wsparcia),
- 12) harmonogram/plan tygodniowy lub miesięczny lub karta czasu pracy z rodziną,
- 13) protokoły i dokumenty z prac zespołów,
- 14) dokumenty wpływające i wychodzące dot. pracy z rodziną,
- 15) informatory/ulotki lokalne, kontakty do instytucji/zaplecza wsparcia, akty prawne, ulotki organizacji pozarządowych itp.

Większość dokumentów to te, na których już asystent pracuje².

Przykład formularza dla rodziny

Indywidualny katalog możliwego wsparcia	
Imię, nazwisko i adres kobiety lub członków rodziny:	
Imię i nazwisko asystenta rodziny:	
Data sporządzenia:	
Zasoby własne członków rodziny	
Świadczenia i usługi podstawowe (zaznaczyć krzyżykiem proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania).	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐ świadczenie 4000 zł	

¹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/>

² Zob. I. Krasiejko, *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Wyd. MRPiPS, Warszawa 2016, dostępny na stronie www.mrpips.gov.pl oraz www.asystentrodziny.info

☐ świadczenie wychowawcze	
☐ świadczenie rodzicielskie	
☐ świadczenia opiekuńcze	
☐ zasiłek rodzinny z dodatkami	
☐ świadczenia z pomocy społecznej	
☐ diagnostyka prenatalna	
☐ dodatkowe wizyty położnej	
☐ poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie (III poziom referencyjny)	
☐ opieka położnicza nad matką	
☐ opieka neonatologiczna nad dzieckiem	
☐ poradnictwo laktacyjne	
☐ poradnictwo psychologiczne dla rodziców	
☐ poradnictwo prawne dla rodziców	
☐ pomoc w zakupie wyrobów medycznych	
☐ rehabilitacja lecznicza dziecka	
☐ opieka wytchnieniowa	
☐ opieka paliatywna i hospicyjna dla dziecka	
☐ kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne dla dziecka	
☐ dofinansowanie ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do udziału w turnusie rehabilitacyjnym, likwidację barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
☐ Karta Dużej Rodziny	
☐ placówki wsparcia dziennego	
☐ domy samotnych matek	
☐ inne placówki wsparcia rodziny, organizacje pozarządowe	
☐ rodzina wspierająca	
☐ placówki dla dzieci do 3 lat (żłobki, kluby dziecięce)	
☐ interwencyjne ośrodki preadopcyjne	
☐ piecza zastępcza	
☐ ośrodki adopcyjne	
Świadczenia i usługi dodatkowe (wymienić proponowane dla rodziny oraz wpisać adres ich uzyskania)	
Rodzaj świadczenia lub usług	Adres
☐	
☐	

Dodatek nr 9

Informator Ministerstwa Zdrowia

„Uprawnienia w ramach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży
i rodzin „Za życiem” z dnia 16. 02.2017 roku

Sprawdź jakie uprawnienia przysługują ci w ramach ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Przygotowany informator pomoże ci przygotować się na narodziny także nieuleczalnie chorego dziecka. Dowiesz się, jakie przysługują ci:

- prawa,
- badania,
- rodzaje wsparcia (zdrowotnego i socjalnego).

Gdzie jeszcze uzyskasz informację o uprawnieniach

Potrzebne informacje otrzymasz:

- w przychodni,
- w szpitalu,
- w ośrodkach pomocy społecznej,
- w instytucjach wsparcia rodziny,
- od asystenta rodziny.

Kto może skorzystać z uprawnień:

- każda kobieta, w ciąży i jej rodzina (w zakresie informacji i poradnictwa na temat rozwiązań wspierających rodzinę),
- rodziny, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko. Oznacza to:
 - ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo
 - nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu,
- kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu,
- kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych,
- kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka z powodu:
 - poronienia,
 - urodzenia dziecka martwego,
 - urodzenia dziecka niezdolnego do życia,
 - urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami.

Jak skorzystać z uprawnień

Podstawą do skorzystania z uprawnień jest **zaświadczenie**, które potwierdza ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu. Zaświadczenie o chorobie, powstałej w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, możesz otrzymać od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego¹, który:

¹ Lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

- posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

Ponadto, zaświadczenie wydane przez:

- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,
- specjalistę w dziedzinie pediatrii,

uprawnia **dzieci do 18 r. ż.**² do:

- skorzystania z wyrobów medycznych, na zasadach określonych w ustawie „Za życiem”,
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Pamiętaj też o tym, że **każda kobieta w ciąży** ma prawo do korzystania **poza kolejnością** ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Oznacza to, że:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia,
- jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,
- w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Dokumentem potwierdzającym powyższe uprawnienia **dla kobiet w ciąży** jest:

- zaświadczenie od lekarza potwierdzające ciążę wraz z dokumentem potwierdzającym tożsamość pacjentki.

Ważne: wszystkie kobiety w trakcie ciąży mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Co przysługuje kobiecie oczekującej dziecka, dowiesz się z informatora Ministerstwa Zdrowia „[Ciąża i Poród](#)”, który dostępny jest na stronie www.mz.gov.pl w zakładce „Zdrowie i profilaktyka” – „Zdrowie matki i dziecka”.

[Każda kobieta w ciąży i jej rodzina może skorzystać z pomocy i wsparcia asystenta rodziny](#)

Asystent nie tylko odpowie na wszystkie twoje pytania, ale też na podstawie **pisemnego upoważnienia** będzie mógł załatwiać w twoim imieniu sprawy w różnych instytucjach. Asystent pomoże Ci także rozwiązać problemy opiekuńczo-wychowawcze.

[Asystent rodziny:](#)

- udzieli informacji w zakresie dostępu do instrumentów polityki na rzecz rodziny,
- będzie mógł Ciebie reprezentować przed instytucjami i urzędami,
- udzieli wsparcia psychologicznego,
- udzieli pomocy w przewyżnianiu problemów wychowawczych udzieli pomocy prawnej,
- będzie Cię wspierał w realizacji codziennych obowiązków.

² Dzieci u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Gdzie możesz się zgłosić się po pomoc asystenta rodziny

Asystent rodziny, jest zatrudniony w jednostkach organizacyjnych systemu wspierania rodziny lub w instytucjach pozarządowych działających na zlecenie samorządu gminy.

Przykładowe formy wsparcia oferowane przez asystenta rodziny:

- doradztwo w zakresie form i miejsc wsparcia,
- poradnictwo oferowane kobietom w ciąży i ich rodzinom,
- poradnictwo w zakresie pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem,
- pomoc w codziennej organizacji życia rodziny, planowanie sposobów spędzania wspólnie wolnego czasu,
- nauka sprawnego wykonywania obowiązków domowych,
- doradztwo w zakresie zarządzania budżetem domowym,
- informowanie, jak działają urzędy, placówki wsparcia rodziny i dziecka,
- pomoc w sprawach urzędowych, wspieranie rodziny w kontaktach z pracownikami szkoły, przedszkola, sądu, poradni, przychodni, policji, urzędów i innych instytucji,
- pomoc w zakresie możliwości podniesienia kwalifikacji zawodowych i poszukiwaniu pracy.

Ze wsparcia asystenta rodziny możesz skorzystać w każdej sytuacji, gdy wyrazisz taką wolę. W tym celu należy wystąpić z wnioskiem do gminy.

W przypadku zaistnienia okoliczności wskazanych w ustawie „Za życiem” nie jest stosowana procedura wymagająca m.in. przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Z jakich uprawnień możesz skorzystać dodatkowo:

1. Okres okołoporodowy

- **badania**, które wykrywają potencjalne nieprawidłowości w ciąży (diagnostyka prenatalna),
- od 4 do 9 **dodatkowych wizyt położnej** w opiece nad dzieckiem (tzw. wizyty patronażowe) oraz większa ilość wizyt poradnictwa edukacji przedporodowej. Od 21 tygodnia ciąży do rozwiązania, położne przygotowywać będą kobiety do porodu i rodzicielstwa. Edukacja przedporodowa dotyczyć będzie porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa,
- **poród w szpitalu na najwyższym specjalistycznym poziomie** (III poziom referencyjny) – zgodnie ze wskazaniami lekarskimi,
- koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, zwłaszcza w ciąży powikłanej. Podczas porodu i porożu **kobieta** będzie miała zapewnioną **opiekę położniczą**, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, zgodnie ze standardami opieki położniczej nad ciążą i ciążą patologiczną. **Noworodek** będzie mieć zapewnioną **opiekę neonatologiczną**,
- **wsparcie kobiety karmiącej piersią** (poradnictwo laktacyjne), zwłaszcza, jeśli dziecko urodziło się przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub ważyło w chwili porodu poniżej 2500 gramów.

2. Dziecko z orzeczoną niepełnosprawnością

- porady jak pielęgnować i wychowywać dziecko,
- **pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń** opieki zdrowotnej,
- pomoc psychologiczna dla rodziców,
- **rehabilitacja lecznicza**,
- wyroby medyczne, takie jak pieluchomajtki, cewniki, protezy – na podstawie zlecenia upoważnionej osoby,
- **zakup leków poza kolejnością**,
- **opieka nad dzieckiem na czas urlopu** bądź odpoczynku (tzw. opieka wytchnieniowa). Rodzicom oraz opiekunom przysługuje do 120 godzin takiej opieki. Będzie ona zapewniona:

- w dziennych ośrodkach wsparcia – placówkach całodobowych,
- w placówkach systemu oświaty (np. szkołach),
- w ramach umowy z organizacją pozarządową na opiekę nad dzieckiem – również indywidualną,
- przez udział osoby niepełnosprawnej w różnych formach wypoczynku zorganizowanego,
- opieka poprawiająca jakość życia osób w ostatniej fazie choroby (**opieka paliatywna i hospicyjna** w warunkach domowych lub stacjonarnych),
- kompleksowe usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne,
- inne świadczenia wspierające rodzinę, w tym **pomoc prawna** (prawa rodzicielskie i uprawnienia pracownicze),
- informacje o innych formach wsparcia zawartych w ustawie „Za życiem”.

3. Jednorazowe świadczenie w wysokości 4000 zł

Komu przysługuje

Matce lub ojcu, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka (tj. osobie faktycznie opiekującej się dzieckiem, jeśli wystąpiła do sądu z wnioskiem o przysposobienie dziecka) bez względu na dochód, po wypełnieniu stosownego wniosku oraz podpisaniu zawartych w nim oświadczeń i dołączeniu wymaganych dokumentów.

Wraz z wnioskiem należy przedłożyć:

- zaświadczenie, że matka dziecka pozostawała pod opieką medyczną najpóźniej od 10 tygodnia ciąży do porodu (zaświadczenie takie wydaje lekarz lub położna),
Wymóg ten nie dotyczy opiekuna prawnego, opiekuna faktycznego i osoby, która przysposobiła dziecko.
- zaświadczenie lekarskie, które potwierdza u dziecka **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu**, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Przepisy nie określają szczegółowo wzoru takiego zaświadczenia.

Kiedy złożyć wniosek

Złóż wniosek o wypłatę świadczenia **do 12 miesięcy od dnia narodzin żywego dziecka**. Wniosek złożony po tym terminie nie zostanie rozpatrzony.

Gdzie złożyć wniosek

Wniosek należy złożyć w urzędzie miasta/gminy lub ośrodku pomocy społecznej w miejscu zamieszkania. Szczegółowych informacji w tym zakresie udzieli Państwu asystent rodziny.

Jeśli jesteś rodzicem dziecka niepełnosprawnego z orzeczoną niepełnosprawnością

Zwróć się bezpośrednio do realizatorów wsparcia. Są to właściwe ze względu na twoje miejsce zamieszkania:

- centra pomocy rodzinie,
- instytucje wsparcia rodziny,
- ośrodki pomocy rodzinie,
- ośrodki pomocy społecznej.

Ze środków PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) możesz uzyskać dofinansowanie:

- do uczestnictwa w **turnusie rehabilitacyjnym**,
 - jest to zorganizowana forma rehabilitacji połączona z wypoczynkiem. Jej celem jest poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników,
 - dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która:
 - ma skierowanie od lekarza prowadzącego,
 - spełnia kryterium dochodowe³,
 - nie spełnia kryterium dochodowego – dofinansowanie jest wtedy pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium. Jeśli osoba niepełnosprawna jest w trudnej sytuacji materialnej lub losowej, dofinansowanie może być przyznane w pełnej wysokości,
- na likwidację **barier**:
 - **architektonicznych** – zlikwidowanie utrudnień w budynku lub mieszkaniu oraz w jego najbliższej okolicy. Może to być np. dostosowanie łazienki dla potrzeb osoby niepełnosprawnej, budowa podjazdu lub windy dla wózkowicza, likwidacja progów czy montaż uchwyty,
 - **w komunikowaniu się** – zlikwidowanie ograniczeń, które uniemożliwiają lub utrudniają swobodne porozumiewanie się lub przekazywanie informacji. Pomoc może polegać np. na zakupie syntezatora mowy,
 - **technicznych** – zastosowanie przedmiotów lub sprzętów odpowiednich dla osoby niepełnosprawnej. Likwidacja tej bariery ma pomóc sprawniej funkcjonować i działać w społeczeństwie. Dofinansowanie możesz uzyskać, np. na zakup roweru trójkołowego,
- na **zakup sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych** – na zlecenie lekarza prowadzącego:
 - sprzęt rehabilitacyjny – wsparcie możesz uzyskać po spełnieniu kryterium dochodowego,
 - przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – wsparcie możesz uzyskać po spełnieniu kryterium dochodowego. Są to m.in.: aparaty ortopedyczne, gorsety, protezy kończyn, obuwie ortopedyczne, kule, laski, wózki, materace przeciwoślizgowe, pasy przepuklinowe, aparaty słuchowe, sprzęt stomijny, cewniki, inhalatory, szkła okularowe, pieluchomajtki i inne,
- na **usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika**, jeśli uzasadniają to potrzeby wynikające z niepełnosprawności osoby.

Inne świadczenia dla rodziców z dziećmi na utrzymaniu

Jeżeli jesteś Rodziną posiadającą dzieci (w tym dzieci niepełnosprawne), przysługują Ci następujące świadczenia:

- świadczenie wychowawcze „Program Rodzina 500+”,
- zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego,
- świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy,
- dwa rodzaje zapomóg związanych z urodzeniem się dziecka: jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe) oraz zapomoga z tytułu urodzenia dziecka przyznawana według uznania gminy,
- inne świadczenia na rzecz rodziny ustalane przez gminę i finansowane z budżetu gminy,
- świadczenie rodzicielskie,

³ **Kryterium dochodowe**, tzn. osiągnięcie przeciętnego miesięcznego dochodu, który nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia, przypadającego na osobę żyjącą we wspólnym gospodarstwie domowym (w rozumieniu ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych). Dochód dzielony jest przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

- dodatek wychowawczy (dla rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego).

Aby uzyskać powyższe świadczenia musisz złożyć wniosek **w urzędzie miasta/gminy lub ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania**. Informacji w tym zakresie udzieli Państwu także asystent rodziny.

Szczegółowe informacje na temat ww. świadczeń, warunków, kryteriów ich przyznawania i wypłaty znajdują się na stronie internetowej **Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** (zakładka wsparcie dla rodzin z dziećmi) pod adresem:

<http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/>

Jeżeli posiadasz troje lub więcej dzieci możesz skorzystać z Karty Dużej Rodziny (KDR)

KDR tworzy system zniżek handlowych – oferowanych przez instytucje publiczne i firmy – i następujących zniżek ustawowych:

- zniżki na przejazdy kolejowe – 37% na bilety jednorazowe oraz 49% na bilety miesięczne – dla rodziców i małżonków rodziców,
- 50% ulgi opłaty za paszport – dla rodziców i małżonków rodziców i 75% ulgi opłaty za paszport - dzieci,
- darmowe wstępy do parków narodowych dla wszystkich posiadaczy Karty Dużej Rodziny,
- inne deklarowane przez partnerów KDR.

Szczegóły dotyczące przyznawania KDR oraz wykaz partnerów znajduje się na stronie

www.rodzina.gov.pl/duza-rodzina

Świadczenia na podstawie ustawy o pomocy społecznej

Pamiętaj, że możesz również skorzystać ze świadczeń pomocy społecznej. Przyznaje je ośrodek pomocy społecznej właściwy dla twojego miejsca zamieszkania. Świadczenie może mieć formę pieniężną lub niepieniężną.

Świadczenia pieniężne:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłek celowy,
- specjalny zasiłek celowy.

Świadczenia niepieniężne:

- praca socjalna,
- poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne i rodzinne) dla osób i rodzin, które mają trudności w rozwiązywaniu problemów życiowych lub potrzebują wsparcia,
- usługi opiekuńcze (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna zalecona przez lekarza),
- specjalistyczne usługi opiekuńcze (świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym, np. pielęgniarki, rehabilitantów, psychologów i pedagogów),
- mieszkania chronione,
- ośrodki wsparcia.

Szczegóły dotyczące przyznawania wspomnianych świadczeń znajdziesz na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Inne formy wsparcia rodzin z dziećmi

Rodzina wychowująca dzieci może liczyć także na wsparcie:

- placówek wsparcia dziennego,
- rodzin wspierających.

Gdzie się zgłosić po pomoc i wsparcie

Jeżeli chcesz skorzystać z pomocy i wsparcia placówek wsparcia dziennego lub rodziny wspierającej zgłoś się do gminy. Pomoc ta jest nieodpłatana.

W przypadku pilnej konieczności, gdy nie możesz sprawować opieki nad dzieckiem samodzielnie, na wniosek lub za Twoją zgodą, możliwe jest umieszczenie dziecka w rodzinnej pieczy zastępczej.

Szczegóły dotyczące wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej znajdują się na stronie: www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/opieka-zastepcza-nad-dzieckiem/

Jeżeli posiadasz dzieci w wieku do lat 3 możesz skorzystać z:

- żłobka,
- klubu dziecięcego,
- dziennego opiekuna,
- niani.

Szczegóły dotyczące form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz rejestr instytucji opieki nad dzieckiem do lat 3 znajdują się na stronie: www.zlobki.mpips.gov.pl

Podstawa prawna

- Ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z dnia 4 listopada 2016 r. (Dz.U z 2016 r., poz. 1860);
- Ustawa o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci z dnia 11 lutego 2016 r. (Dz.U z 2016 r. poz. 195, z późn. zm.);
- Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (Dz.U z 2016, poz. 1518, z późn. zm.);
- Ustawa o pomocy osobom uprawnionym do alimentów z dnia 7 września 2018 r. (Dz.U. z 2016, poz. 169, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 575, z późn. zm.);
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U z 2016 r., poz. 157);
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz.U z 2016 r., poz. 785, z późn. zm.).