

# **Zintegrowany model profilaktyki przemocy domowej**

**(model pilotażowy)**

## **Słownik pojęć**

**Centrum dla Rodzin (CdR)** – miejsce (platforma) do współpracy między instytucjami i organizacjami pracującymi na rzecz mieszkańców gminy w obszarze wspierania relacji i profilaktyki przemocy.

**Integracja usług profilaktycznych** - spójny zespół (całościowy, kompleksowy) metod i modeli finansowania, administrowania, organizacji zapewniania usług. W projekcie, integracja będzie dotyczyć: wartości, struktury, zarządzania zasobami ludzkimi, zarządzania informacją, finansami, włączenia społeczności lokalnej, standaryzacji i uproszczenia.

**Jakość relacji** - jest definiowana jako poziom zaangażowania stron relacji, poczucie bycia z „właściwym” partnerem/współmałżonkiem oraz odczuwanie radości z przebywania z drugą osobą (Chonody i in., 2018).

**Model** - model profilaktyki przemocy domowej. Model jest narzędziem wspierającym główny, długookresowy cel projektu - zmniejszenie zjawiska przemocy domowej poprzez podniesienie jakości relacji pomiędzy małżonkami/partnerami i wśród członków rodziny. W ramach konkursu testowana jest wersja pilotażowa modelu. Wersja docelowa powstanie po zakończeniu i ewaluacji modelu.

**Model zintegrowany** – jest to jedna z wersji modelu współpracy, w którym może funkcjonować Centrum dla Rodzin. W modelu zintegrowanym wszystkie usługi są świadczone przez specjalistów z różnych instytucji/organizacji w jednym miejscu. W modelu tym zachodzi nie tylko integracja merytoryczna, ale także architektoniczna.

**Model koordynowany** - jest to jedna z wersji modelu współpracy, w którym może funkcjonować Centrum dla Rodzin. Centrum pełni wiodącą rolę w tym modelu i koordynuje działania profilaktyczne prowadzone przez specjalistów z różnych instytucji/organizacji. Osoba odpowiedzialna za klienta ustala z poszczególnymi instytucjami plan wsparcia.

**Model sieciowy** - jest to jedna z wersji modelu współpracy, w którym może funkcjonować Centrum dla Rodzin. Nie wyłania się w nim instytucji wiodącej. Różne instytucje współpracują ze sobą w zależności od potrzeb. Rola CdR funkcjonującego w modelu sieciowym, ogranicza się do merytorycznego wspierania instytucji pomocowych na terenie gminy.

**Model mieszany** - jest to jedna z wersji modelu współpracy, w którym może funkcjonować Centrum dla Rodzin. Zawiera on różne cechy modelu sieciowego, koordynowanego i/lub zintegrowanego. W tym modelu (przykładowo) część usług może być zintegrowana „pod jednym dachem”, a część działać w systemie sieciowym.

**Model „pod jednym dachem”** – patrz: model zintegrowany

**Narzędzie Oceny Ryzyka Relacyjnego** - jest to podstawowe narzędzie screeningowe (przesiewowe) pozwalające na zidentyfikowanie par, osób, które potrzebują wsparcia relacyjnego lub specjalistycznej pomocy. Narzędzie to składa się z dwóch części: oceny poziomu relacyjnego klientów (część relacyjność) oraz oceny czynników ryzyka przemocy domowej (część czynniki ryzyka), które zostały dokładniej opisane w dalszej części modelu.

**Profilaktyka przemocy domowej** – działania profilaktyczne odgrywają bardzo istotną rolę w przeciwdziałaniu przemocy domowej. W modelu, działania prewencyjne powinny opierać się na poprawie i wzmocnieniu dobrej jakości relacji pomiędzy partnerami (również byłymi) oraz pomiędzy członkami rodziny.

**Projekt „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej”** – projekt predefiniowany realizowany przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości (IWS) w ramach Programu „Sprawiedliwość” finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021.

**Przemoc domowa** – oznacza wszelkie akty fizycznej, seksualnej, psychologicznej lub ekonomicznej przemocy występujące w rodzinie lub gospodarstwie domowym lub pomiędzy byłymi lub obecnymi małżonkami lub partnerami niezależnie od tego, czy sprawca i ofiara dzielą miejsce zamieszkania, czy też nie.

**Wersja docelowa modelu** – wersja modelu tworzona na podstawie rekomendacji, oceny i wniosków płynących z wersji pilotażowej przeprowadzonej w ramach konkursu oraz prowadzonej ewaluacji, upowszechniana po zakończeniu projektu.

**Wersja pilotażowa modelu** – wersja modelu testowana w ramach wyłonionych projektów zgłoszonych przez gminy. Wnioski z pilotażu wraz z oceną poszczególnych rozwiązań, pozwolą na stworzenie wersji docelowej modelu.

**Wysoka jakość relacji** - oznacza wzajemne wspieranie się stron relacji, umiejętność rozwiązywania konfliktów oraz wzajemnej komunikacji oraz poczucie bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania. Jednym z zdefiniowanych czynników ryzyka występowania przemocy domowej jest niski poziom jakości relacji w rodzinie, szczególnie pomiędzy małżonkami/partnerami. Jest to jedno z fundamentalnych założeń modelu.

## **I. Cel zintegrowanego modelu profilaktyki przemocy domowej.**

Zintegrowany model profilaktyki przemocy domowej jest narzędziem, które służyć ma zmniejszeniu zjawiska przemocy domowej poprzez podniesienie jakości relacji w rodzinie, w szczególności pomiędzy małżonkami/partnerami (również byłymi).

Testowanie modelu pilotażowego jest kluczowym elementem wypracowywania docelowej wersji modelu. Głównym rezultatem pilotażu będzie uzyskanie wiedzy dotyczącej skuteczności modelu oraz rozwiązań metodycznych i organizacyjnych, które zostały w nim zawarte.

### **Cele szczegółowe wdrażania pilotażowej wersji modelu:**

- przetestowanie różnych koncepcji funkcjonowania Centrum dla Rodzin;
- wypracowanie i przetestowanie narzędzi (usług) związanych ze wsparciem relacyjnym;
- wypracowanie i przetestowanie mechanizmów współpracy międzyinstytucjonalnej w zakresie wsparcia relacyjnego;
- wypracowanie i przetestowanie rozwiązań związanych z profilaktyką przemocy domowej;
- wypracowanie i przetestowanie mechanizmów współpracy międzyinstytucjonalnej w zakresie profilaktyki przemocy domowej;
- przetestowanie użyteczności narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego przez przedstawicieli różnych służb i organizacji.

Prezentowany model pilotażowy zawiera jedynie propozycje rozwiązań. Beneficjenci powinni zaproponować dodatkowe, własne działania, narzędzia (usługi) i procedury, których wdrożenie przyczyni się do osiągnięcia celu, jakim jest zmniejszenie występowania przemocy domowej dzięki poprawie relacji w rodzinie, w szczególności pomiędzy małżonkami/partnerami.

Przetestowanie zaproponowanych rozwiązań będzie istotne ze względu na określenie ich: stopnia efektywności mierzonej jako stosunek efektów do nakładów, złożoności wdrażania, możliwości dopasowania do obecnego systemu (np. struktura, organizacja, rozwiązania prawne, finanse, zasoby kadrowe, kultura organizacyjna i społeczna), zasadności wdrażania (niektóre rozwiązania mogą okazać się nieistotne z punktu widzenia celu projektu).

Faza wdrażania i testowania (ewaluacji) modelu będzie wspierana przez zespół naukowy działający w ramach projektu „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej” oraz dedykowanych pracowników: ewaluatora środowiskowego i osobę wspierającą implementację.

Zintegrowany model profilaktyki przemocy domowej wpisuje się w działania wskazane w Konwencji Stambulskiej, które dotyczą działań profilaktycznych oraz integracji usług na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej. Procesy przedstawione w modelu opierają się przede wszystkim na wynikach badań (przeanalizie literatury, badań ankietowych i fokusowych) przeprowadzonych w ramach projektu „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej”. Celem przeprowadzonych badań była diagnoza aktualnego stanu zjawiska przemocy domowej oraz działań prewencyjnych i interwencyjnych wdrażanych w Polsce i w innych krajach. Przygotowany model wpisuje się w podejście polityki opartej na dowodach (ang. *evidence-based policy approach*).

#### **Główne pryncypia modelu to :**

- zapewnienie wysokiej jakości relacji tak, aby osoby przeżywały je w sposób w pełni satysfakcjonujący;
- wspieranie równości kobiet i mężczyzn i przeciwdziałanie dyskryminacji;
- niezgoda na przemoc wobec jakiegokolwiek osoby, w szczególności kobiet;
- stawianie na pierwszym miejscu praw, bezpieczeństwa i potrzeb osób zagrożonych i doświadczających przemocy;
- konieczność współpracy interesariuszy na poziomie gminy na rzecz osiągnięcia określonych przez model celów;
- wzmocnienie działań na poziomie profilaktycznym (wzmacnianie czynników chroniących i eliminowanie czynników ryzyka).

Powyższe pryncypia powinny stać się osią całego modelu. Wszystkie działania powinny koncentrować się na zapobieganiu różnym formom przemocy domowej i poszanowaniu praw osób zagrożonych i doświadczających przemocy.

Procedury, rozwiązania organizacyjne, choć stanowią istotną część modelu, są ważne jedynie w kontekście efektywności osiągania zamierzonych rezultatów:

1. zmniejszenia występowania zjawiska przemocydomowej,

2. podniesienia jakości relacji interpersonalnych.

## II. Podstawy teoretyczne modelu.

### 1. Dobre relacje jako czynnik chroniący przed przemocą domową.

Przemoc domowa ma poważne, negatywne konsekwencje dla ofiar, które obejmują: urazy fizyczne, przewlekły ból, strach, stres pourazowy i depresję (Loxton i in., 2017; McCauley i in., 1995). Dzieci będące świadkami przemocy domowej mogą doświadczać problemów emocjonalnych i behawioralnych, depresji oraz przejawiać trudności w nauce (Edleson, 1999). Te negatywne konsekwencje mogą się kumulować i utrzymują się długo po incydencie przemocy (Felitti i in., 1998). Powaga konsekwencji przemocy domowej sprawia, że należy skupić się nie tylko na działaniach interwencyjnych, ale także podjąć aktywne działania w celu zapobiegania wystąpienia tego zjawiska.

Badania przeprowadzone w ramach projektu „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej” (wywiady z grupami fokusowymi) oraz przegląd literatury naukowej wskazują jednoznacznie, że **jednym z czynników ryzyka występowania przemocy domowej jest niski poziom jakości relacji pomiędzy małżonkami/partnerami** (Alfandri, 2021). Jest to jedno z fundamentalnych założeń modelu.

Jednym z istotnych czynników determinujących jakość relacji w związku jest komunikacja. Wzajemne niezrozumienie, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, nadmierna zazdrość lub potrzeba kontroli nad partnerem/partnerką oraz ogólne niezadowolenie z relacji, istotnie wpływają na występowanie przemocy domowej. Koncentracja na działaniach związanych z podniesieniem jakości relacji będzie prowadziła, poprzez eliminację tych czynników, do zmniejszenia zjawiska przemocy domowej.

Badania wykazały, że poprzez poprawę umiejętności relacyjnych można zmniejszyć ryzyko przemocy domowej (Braithwaite & Fincham, 2014; David-Ferdon i in., 2016; Linder, Crick i Collins, 2002). Na przykład, ucząc umiejętności negocjacji i rozwiązywania konfliktów oraz umiejętności komunikacyjnych, poprawiono jakość relacji, co doprowadziło do zmniejszenia przemocy domowej (Kalokhe i in., 2021).

Terapia par, która miała na celu poprawę umiejętności radzenia sobie z konfliktami i rozwiązywania problemów osób nadużywających substancji psychoaktywnych, wykazała pozytywne rezultaty w ograniczaniu przemocy domowej (O'Farrell, Fals-Stewart, Murphy i Murphy, 2003; Ruff, McComb, Coker i Sprenkle, 2010; Schumm, O'Farrell, Murphy i Fals-Stewart, 2009). Stwierdzono, że terapia poznawczo-behawioralna, która obejmowała poprawę jakości relacji poprzez techniki regulacji emocji i rozwiązywania konfliktów, zmniejszyła występowanie przemocy domowej (Hesser i in., 2017).

**Jakość relacji** jest definiowana jako poziom zaangażowania stron relacji, poczucie bycia z „właściwym” partnerem oraz odczuwanie radości z przebywania z drugą osobą (Chonody i in., 2018). Wysoki poziom jakości związku oznacza, że partnerzy:

- wzajemnie się wspierają (Clark i Grote, 2003);
- czują się przy sobie bezpiecznie, okazują sobie zaufanie oraz czują wysoką satysfakcję ze swojego związku (Clark, Mills i Powell, 1986);
- nie przejawiają wobec siebie wrogości (Dush i Amato, 2005);
- potrafią się ze sobą dobrze komunikować oraz radzą sobie z konfliktami w związku (Clark, Fitness i Brissette, 2001; Fitness, 2001, Feldman i Ridley, 2000; Moffitt, Krueger, Caspi i Fagan, 2000; Vagi i in., 2013).

Powyższe wskaźniki dobrej relacji znalazły potwierdzenie w przeprowadzonych zogniskowanych wywiadach grupowych. Uczestnicy wywiadów określili szacunek, zaufanie, wzajemne wsparcie i dobrą komunikację jako cechy dobrych relacji.

## **2. Tworzenie i wdrażanie rozwiązań (interwencji, polityk publicznych).**

Opracowany model wpisuje się w stadialny model tworzenia i realizacji polityk publicznych (Howlett, 2019). Badania naukowe, które analizują wdrażanie polityk publicznych podkreślają znaczenie nie tylko wypracowywania nowych, innowacyjnych rozwiązań, ale przede wszystkim proces ich implementacji (Aarons i in., 2011; Przeperski, 2020). Ewaluacja projektów, polityk pokazuje, że największe ryzyko braku skutecznego wprowadzenia rozwiązania sytuuje się właśnie na poziomie jego wdrażania. Przy realizacji projektu istotnym zadaniem będzie określenie, które czynniki wspierają proces implementacji tak, by ostatecznie była możliwa ocena czy dane



rozwiązanie pozwala na zaspokojenie potrzeb, czy zniwelowanie sytuacji niekorzystnych (Cartwright & Hardie, 2012).

Wdrażanie rozwiązań można oprzeć na schemacie działań. Stosunkowo prosta, a jednocześnie klarowna wydaje się propozycja opisująca proces implementacji w czterech krokach (Aarons i in., 2011). Pierwszy z nich to poszukiwanie rozwiązań. Drugi to decyzja o wdrożeniu rozwiązania, trzeci to właściwa implementacja rozwiązania. Czwarty krok będzie dotyczył utrwalania zmian (ewaluacji). Każdy z tych etapów zakłada dialog pomiędzy nauką i praktyką. Wdrożenie modelu jest działaniem



pilotażowym, dlatego konieczna jest modyfikacja klasycznego schematu wprowadzając pojęcie optymalizacji rozwiązania, co zostało pokazane na poniższym schemacie:

Przy implementacji nowych rozwiązań istotne jest także zwrócenie uwagi na:

- dopasowanie rozwiązania, programu, projektu do lokalnego kontekstu;
- zapewnienie właściwej komunikacji i możliwość uzyskania i przekazania informacji zwrotnej przez naukowców, praktyków i twórców polityki;
- wspieranie ustawicznego rozwoju jakości opartej na danych naukowych;
- rozwijanie jakości organizacyjnej instytucji;
- precyzyjne określenie ról i zadań poszczególnych partnerów (praktyka, polityka, nauka) (Supplee & Metz, 2015).

### 3. Profilaktyka przemocy domowej.

Profilaktyka to działalność związana z neutralizowaniem wpływu czynników powodujących potencjalne zagrożenia, zapobieganiem występowania tzw. dewiacyjnych i patologicznych zjawisk społecznych zwanych niekiedy problemami społecznymi (Lalak i in., 1999, s. 215). **Działania profilaktyczne** mogą być realizowane na dwa sposoby: poprzez **hamowanie czynników stwarzających potencjalne** zagrożenie lub poprzez **pobudzanie aktywności w dziedzinach pożądanых** (Wroczyński, 1985). Dobry system wsparcia rodziny powinien charakteryzować się wykonywaniem zadań profilaktycznych z obydwu obszarów.

Profilaktyka może być prowadzona na różnych poziomach. W tradycyjnym ujęciu wyróżniano profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową. Obecnie została wprowadzona nowa klasyfikacja wyodrębniająca również trzy poziomy: profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą (Szymańska, 2012).

**Profilaktyka uniwersalna** jest kierowana do całej populacji, społeczności lokalnej i jej podgrup, np. dzieci, ojców, par, małżeństw. Cel profilaktyki uniwersalnej to redukcja czynników ryzyka i w konsekwencji ograniczanie zachowań ryzykownych. Na tym poziomie działania będą dotyczyły dostarczania wiedzy, uczenia najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych niezbędnych do zapobiegania problemom (Ostaszewski, 2005). Profilaktyka uniwersalna obejmuje osoby, u których nie zostały zdiagnozowane problemy. Jest to działanie uprzedzające, prowadzone na podstawie oceny potencjalnych możliwości wystąpienia zachowań ryzykownych w danej społeczności (*Reducing Risks for Mental Disorders*, 1994).

Drugi poziom profilaktyki – **profilaktyka selektywna** – odnosi się do grup zwiększonego ryzyka. Osoby z tych grup są bardziej narażone na występowanie problemów i zaburzeń ze względu na to, że znajdują się w zasięgu oddziaływania licznych czynników ryzyka. Czynniki te mogą być zarówno biologiczne, jak i psychiczne oraz społeczne. Taką grupę mogą stanowić: dzieci alkoholików, pochodzące ze środowisk dysfunkcyjnych (dzielnice, osiedla, bloki mieszkalne), rodzice z rodzin dysfunkcyjnych, a także osoby zagrożone dziedziczeniem chorób. Celem profilaktyki na tym poziomie jest ograniczenie lub przynajmniej opóźnienie inicjacji zachowań ryzykownych. Profilaktyka selektywna od uniwersalnej różni się tym, że w tym wypadku uwzględnia się specyficzne potrzeby i problemy danej podgrupy

(Szymańska, 2012). Instytucje działające w ramach lokalnego systemu dzięki diagnozie środowiska społecznego są w stanie identyfikować grupy podwyższonego ryzyka i proponować im odpowiednie działania. W proponowanym modelu pilotażowym wskazanie grup ryzyka będzie odbywać się poprzez zastosowanie **Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego**.

Trzeci poziom profilaktyki – **profilaktyka wskazująca** – jest skierowana do jednostek i grup, w których występują objawy dysfunkcji, np. początki stosowania przemocy, uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Czasami są to objawy incydentalne i nie stanowią podstawy do jednoznacznego stwierdzenia stałego występowania dysfunkcji (*Reducing Risks for Mental Disorders*, 1994). Dlatego nie podejmuje się w stosunku do takich osób terapii, a jedynie poddaje oddziaływaniom profilaktycznym. Celem profilaktyki jest ograniczenie czasu trwania dysfunkcji lub sprawienie, aby dane zachowanie nie powtarzało się (Szymańska, 2012).

### **3. Grupy docelowe zintegrowanego modelu profilaktyki przemocy domowej opartej na dobrych relacjach.**

Adresatami modelu są różne grupy interesariuszy:

- osoby zagrożone przemocą ze względu na złą jakość relacji (profilaktyka selektywna, identyfikacja przy wykorzystaniu Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego);
- profesjonaliści: przedstawiciele instytucji pomocy społecznej, systemu sądownictwa, policji, edukacji, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych;
- decydenci: osoby podejmujące decyzje na poziomie gminnym, kształtujące polityki społeczne;
- społeczność lokalna w ramach profilaktyki uniwersalnej;
- osoby i rodziny, w których występują objawy dysfunkcji (profilaktyka wskazująca) oraz osoby i rodziny doznające przemocy – identyfikacja i wszczęcie procedury Niebieskie Karty przez przedstawicieli właściwych instytucji.

Należy podkreślić, że testowanie modelu pozwoli na określenie wpływu na poszczególne grupy, ale także identyfikację grup, które nie zostały uwzględnione w modelu pilotażowym.

### **III. Wdrażanie pilotażowej wersji modelu**

Etap pierwszy – przygotowanie projektu

Etap drugi – realizacja projektu – wdrażanie modelu Centrum dla Rodzin

Etap trzeci – ewaluacja

#### **Etap 1 – przygotowanie projektu**

##### **Powołanie koordynatora projektu**

W modelu pilotażowym przewidziano, że jednostką aplikującą jest gmina. Istotne na tym etapie jest wskazanie koordynatora projektu, zarówno na poziomie instytucjonalnym (wskazanie instytucji gminnej, która będzie odpowiedzialna za projekt), jak i osobowym (kto będzie odpowiedzialny za przygotowanie wniosku projektowego i koordynowanie realizacji projektu).

##### **Identyfikacja partnerów i zawiązanie współpracy z organizacjami i instytucjami z obszaru gminy.**

Kolejnym krokiem jest nawiązanie współpracy międzyinstytucjonalnej w celu wspólnej realizacji projektu. Partnerami projektu mogą być organizacje pozarządowe oraz podmioty publiczne działające w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Rekomendowane jest nawiązywanie partnerstw pomiędzy gminami, co przyczyni się do zwiększenia zasięgu oddziaływania modelu.

W przypadku realizacji projektu w partnerstwie, na etapie składania wniosku wymagany jest list intencyjny/listy intencyjne. Przed podpisaniem porozumienia w sprawie projektu konieczne jest podpisanie umowy partnerskiej.

Ponadto, w ramach projektu możliwa jest współpraca z różnego rodzaju podmiotami, zarówno publicznymi, jak i pozarządowymi, bez ustanawiania formalnego partnerstwa (w przypadku, gdy współpraca nie ma charakteru finansowego). **Minimalne wymagania dotyczące podmiotów zaangażowanych w Centrum dla Rodzin zostały przedstawione poniżej.** Podkreślić należy, że w celu zapewnienia efektywnego wdrażania modelu wskazane jest nawiązanie współpracy z przedstawicielami jak najszerszej grupy podmiotów i profesjonalistów istotnych dla realizacji projektu.

### **Pogłębiona analiza problemu przemocy domowej oraz zasobów dostępnych na terenie gminy.**

Na etapie przygotowywania wniosku należy przedstawić analizę problemu przemocy domowej oraz zasobów gminnych, które mogą pomóc w przeciwdziałaniu temu zjawisku. Analiza powinna obejmować kilka obszarów: charakterystykę i skalę zjawiska przemocy domowej na terenie gminy, dostępne zasoby w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej (instytucje i podmioty), realizowane działania w zakresie profilaktyki przemocy domowej oraz wsparcia relacyjnego (w tym stan obecny i możliwości rozwoju), jak również stopień dojrzałości instytucji i organizacji do integracji, gotowość do zmiany (proces implementacji rozwiązania) instytucjonalnej i poszczególnych pracowników, poziom motywacji do wdrożenia projektowanego rozwiązania wśród osób podejmujących decyzje na poziomie gminy (wójt, burmistrz, prezydent, radni, dyrektorzy jednostek).

Analiza powinna uwzględniać właściwe dokumenty strategiczne, w szczególności Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie. Na tym etapie należy również przeprowadzić identyfikację interesariuszy, czyli instytucji, organizacji, grup i osób, które mogą uczestniczyć lub wspierać realizację projektu.

### **Wybór modelu współpracy Centrum dla Rodzin.**

Celem Centrum dla Rodzin jest stworzenie miejsca (bądź platformy) do współpracy między instytucjami i organizacjami pracującymi na rzecz mieszkańców gminy. Organizacyjnie Centrum może być miejscem fizycznym, ale może być także platformą współpracy, np. opartej o systemy informatyczne lub regularne spotkania.

Na etapie przygotowania wniosku należy wskazać wybrany model funkcjonowania Centrum dla Rodzin, który jest najbardziej odpowiedni dla danej gminy. Wybór właściwego modelu powinien uwzględniać w szczególności przeprowadzoną analizę zasobów na terenie gminy (odpowiednich instytucji i podmiotów, które będą zaangażowane we wdrażanie modelu) oraz dotychczasowe doświadczenia i formy współpracy. **Modele funkcjonowania Centrów dla Rodzin zostały opisane poniżej.**

Centrum dla Rodzin będą tworzyć minimum trzy instytucje lub/i organizacje, które realizują zadania w zakresie (min. 1 zadanie):

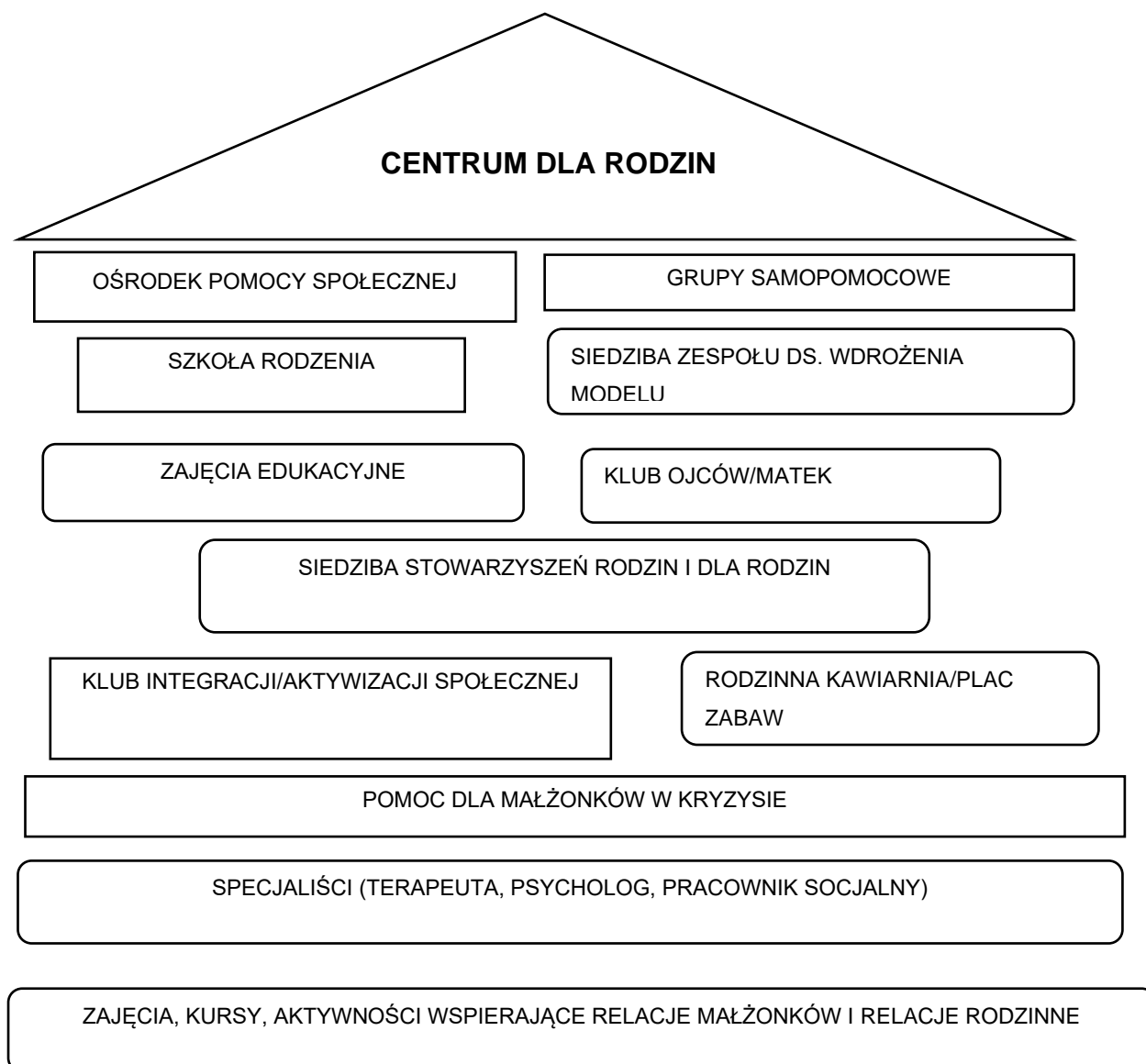
- pomocy społecznej,
- prewencji i przeciwdziałania przemocy domowej,
- wsparcia rodzin lub/i małżeństw/par,
- wsparcia relacyjnego,
- organizacji społeczności lokalnej,
- poradnictwa, w szczególności psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego;
- edukacji (formalnej i nieformalnej),
- profilaktyki i leczenia uzależnień.
- systemu ochrony zdrowia, w tym psychicznego.

Uwaga: w strukturę Centrum dla Rodzin obowiązkowo powinien być zaangażowany ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych.

## **Modele funkcjonowania Centrum dla Rodzin:**

### **A. Model zintegrowany**

Jednym z zaproponowanych modeli jest model zintegrowany, znany w literaturze jako model „pod jednym dachem”. W modelu wszystkie instytucje i usługi umieszczone są w jednym budynku lub jest to kompleks budynków, w których zachodzi nie tylko integracja merytoryczna, ale także architektoniczna. Dla klientów oznacza to swobodny dostęp do wielu usług w jednym miejscu bez konieczności przemieszczania się do innych lokali rozsianych w całej miejscowości. Ten model funkcjonowania Centrum dla Rodzin pozwala także na rzeczywiste integrowanie różnych działań podejmowanych na poziomie społeczności lokalnej.



*\*prezentowane powyżej rodzaje usług stanowią jedynie przykład możliwych rozwiązań i nie są wyczerpującym katalogiem, a także nie stanowią katalogu usług obowiązkowo wymaganych przy realizacji projektu*

## **B. Model koordynowany**

W tym modelu CdR staje się punktem pierwszego kontaktu, będąc jednocześnie punktem koordynacyjnym dla rodzin z danej społeczności lokalnej. Centrum oferuje opiekę i koordynuje działania profilaktyczne i interwencyjne (w sytuacji podejrzenia przemocy następuje wszczęcie procedury Niebieskie Karty przez przedstawicieli właściwych instytucji). Osoba odpowiedzialna za klienta ustala z poszczególnymi instytucjami plan wsparcia. Poprzez przydzielonego opiekuna i koordynację Centrum



przypadek jest prowadzony zgodnie z planem, choć w jego realizację jest zaangażowanych wiele instytucji oferujących szeroki wachlarz usług.

O ile model zintegrowany zrzesza usługi oferowane tradycyjnie przez różne instytucje, tak model koordynowany koncentruje się na współpracy z samymi instytucjami. Pracownik CdR w modelu koordynowanym angażuje w działania konkretne organizacje, a te oferują możliwość pomocy w ramach realizowanych przez nich usług.

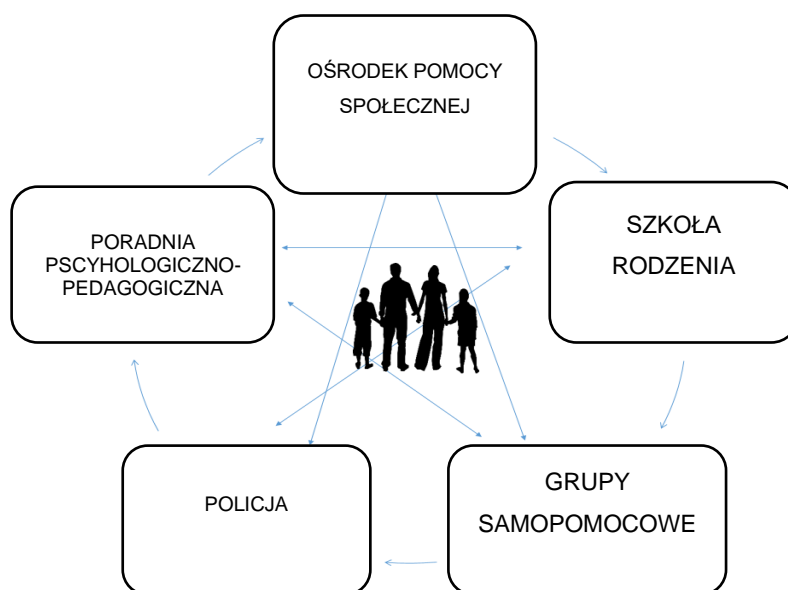


*\*prezentowane powyżej rodzaje usług stanowią jedynie przykład możliwych rozwiązań i nie są wyczerpującym katalogiem, a także nie stanowią katalogu usług obowiązkowo wymaganych przy realizacji projektu*

### C. Model sieciowy

Ten model funkcjonowania Centrum dla Rodzin ściśle opiera się na aktualnym systemie pracy, współpracy i działania instytucji pomocowych w Polsce. Model sieciowy zakłada ulepszenie dotychczasowego funkcjonowania w zakresie współdziałania. Różne instytucje współpracują między sobą w zależności od potrzeb. Rozwiązują zaistniały problem dotychczasowymi metodami.

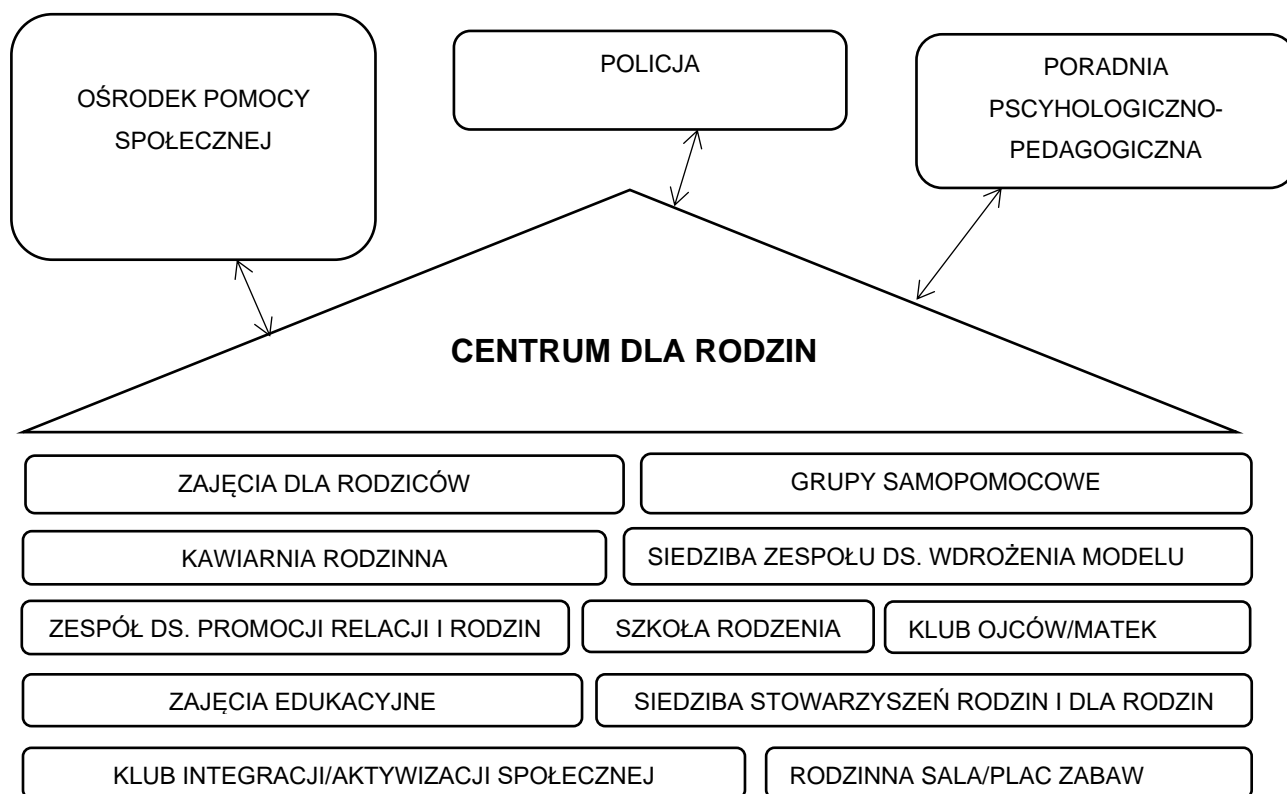
W modelu sieciowym, w przeciwieństwie do modelu koordynowanego, nie wyłania się instytucji wiodącej. Rola CdR funkcjonującego w modelu sieciowym, ogranicza się do merytorycznego wspierania instytucji pomocowych na terenie gminy.



*\*prezentowane powyżej rodzaje usług stanowią jedynie przykład możliwych rozwiązań i nie są wyczerpującym katalogiem, a także nie stanowią katalogu usług obowiązkowo wymaganych przy realizacji projektu*

#### **D. Model mieszany – przykład**

Możliwe jest również zmieszanie powyższych modeli funkcjonowania Centrum dla Rodzin i wykorzystania dobrych praktyk wypracowanych w gminie, z uwzględnieniem warunków lokalowych czy finansowych danej gminy. W tym modelu (przykładowo) część usług może być zintegrowana „pod jednym dachem”, a część działać w systemie sieciowym.



*\*prezentowane powyżej rodzaje usług stanowią jedynie przykład możliwych rozwiązań i nie są wyczerpującym katalogiem, a także nie stanowią katalogu usług obowiązkowo wymaganych przy realizacji projektu*

Nazwa Centrum dla Rodzin może charakteryzować każdy z czterech modeli funkcjonowania przedstawionych powyżej.

#### IV. Etap drugi – realizacja projektu

##### Zapewnienie koordynacji działań.

Beneficjent projektu zobowiązany jest zapewnić koordynację działań prowadzonych przez wszystkie zaangażowane podmioty poprzez wyznaczenie osoby koordynującej – **koordynatora projektu**. Koordynator projektu powinien posiadać doświadczenie w zakresie administracyjnej obsługi projektów. Dodatkowym atutem będzie wiedza i doświadczenie w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz/lub funkcjonowania instytucji pomocy i wsparcia rodziny. Wskazane jest, by koordynator

projektu był przedstawicielem właściwej gminnej instytucji zaangażowanej w realizację projektu (np. ośrodka pomocy społecznej). Koordynator projektu odpowiada za aspekty techniczne prowadzenia projektu (sprawozdawczość, aktualizację harmonogramu, rozliczenia finansowe).

Kolejnym stanowiskiem będzie **koordynator implementacji modelu** (lub zespół ds. implementacji modelu). Jest to minimum jedna osoba, zatrudniona z budżetu projektu na pełen etat. Koordynator implementacji modelu powinien posiadać wiedzę i doświadczenie w pracy ze społecznością lokalną, w prowadzeniu działań animacyjnych. Dodatkowym atutem będzie wiedza i doświadczenie w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz/lub funkcjonowania instytucji pomocy i wsparcia rodziny. W przeciwieństwie do koordynatora projektu, koordynator implementacji modelu będzie pełnił nadzór nad merytoryczną stroną projektu oraz procesami, które są związane z prawidłowym wdrażaniem modelu na poziomie gminy.

#### **Zadania koordynatora projektu:**

- koordynowanie zadań związanych z zarządzaniem projektem, tj. sporządzaniem i aktualizacją dokumentacji, sprawozdawczością, rozliczaniem finansów itp.;
- koordynowanie współpracy z instytucjami i organizacjami zaangażowanymi w realizację projektu;
- współpraca z osobą wspierającą implementację i ewaluatorem środowiskowym oraz zespołem naukowym funkcjonującym w ramach projektu „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej”;
- współpraca z koordynatorem implementacji modelu;
- organizowanie regularnych (przynajmniej raz w miesiącu) spotkań Grupy ds. wdrożenia modelu;
- monitorowanie realizacji działań projektowych oraz wsparcie procesów ewaluacyjnych.

#### **Zadania koordynatora implementacji modelu:**

- koordynowanie wdrażania zintegrowanego modelu profilaktyki przemocy domowej na poziomie gminy;
- koordynowanie prac merytorycznych projektu;

- współpraca z instytucjami i organizacjami zaangażowanymi we wdrażanie modelu;
- współpraca z koordynatorem projektu;
- udział w szkoleniu dotyczącym wdrażania modelu oraz stosowania Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego (zorganizowanym przez IWS);
- zorganizowanie wstępnego szkolenia dla członków Grupy ds. wdrożenia modelu, w tym ze stosowania Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego;
- współpraca z osobą wspierającą implementację i ewaluatorem środowiskowym oraz z zespołem naukowym funkcjonującym w ramach projektu „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej”;
- współpraca z koordynatorem projektu w zakresie monitorowania realizacji działań projektowych oraz wsparcia procesów ewaluacyjnych.

Ponadto, każda instytucja i organizacja zaangażowana w realizację projektu powinna wyznaczyć osobę/osoby, które będą odpowiedzialne za wdrażanie modelu po stronie danej instytucji/organizacji oraz będą na bieżąco współpracować z koordynatorem projektu oraz koordynatorem implementacji modelu. Osoby te tworzyć będą Grupę ds. wdrożenia modelu.

### **Zadania Grupy ds. wdrożenia modelu.**

Członkowie Grupy ds. wdrożenia modelu będą odpowiedzialni za wdrożenie modelu i realizację zadań projektowych w swojej instytucji lub organizacji. Posłuży im do tego podręcznik, zawierający szczegółowe informacje na temat każdego etapu wdrażania modelu oraz szkolenie wstępne dotyczące stosowania Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego. Do innych zadań Grupy ds. wdrożenia modelu należeć będzie między innymi:

- informowanie współpracowników o celach projektu;
- wsparcie współpracowników w realizacji działań projektowych;
- wdrożenie zmian i nowych rozwiązań w swojej instytucji;
- współpraca z koordynatorem projektu;
- współpraca z koordynatorem implementacji modelu;
- udział we wstępnym szkoleniu dla przedstawicieli instytucji wdrażających model, w tym udział w szkoleniu dotyczącym stosowania Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego;

- uczestniczenie w regularnych spotkaniach Grupy ds. wdrożenia modelu z koordynatorem implementacji modelu;
- rozpowszechnianie informacji na temat Centrum dla Rodzin w społeczności lokalnej;
- wsparcie procesów monitorowania i ewaluacji.

Przedstawiciele Grupy ds. wdrożenia modelu powinni charakteryzować się wysoką znajomością działań prowadzonych przez reprezentowaną przez nich instytucję oraz inne organizacje funkcjonujące na terenie gminy. Powinna ich cechować otwartość na nowe doświadczenia oraz wysokie kompetencje komunikacyjne i interakcyjne.

### **Etapy realizacji projektu**

Uwaga: We wdrażaniu modelu przyjęto perspektywę stadialną. Należy podkreślić, że niektóre procesy będą następowały po sobie, a niektóre symultanicznie.

### **Krok 1 *Etap Przygotowawczy***

Wymienione działania stanowią minimalne wymogi w zakresie wdrażania modelu, które mogą być uzupełnione i rozszerzone:

- udział koordynatora ds. implementacji modelu (oraz członków Grupy ds. wdrożenia modelu) w szkoleniu wstępnym przeprowadzonym przez beneficjenta projektu „Zintegrowany system zapobiegania przemocy domowej”, mającym na celu przygotowanie gmin do wdrażania modelu oraz stosowania Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego;
- zorganizowanie spotkania inauguracyjnego z przedstawicielami instytucji i organizacji zaangażowanych w realizację projektu w celu uzgodnienia zasad współpracy i przepływu informacji;
- zorganizowanie szkolenia dla przedstawicieli instytucji zaangażowanych we wdrażanie modelu w zakresie stosowania Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego;
- organizacja regularnych (przynajmniej raz w miesiącu) spotkań Grup ds. wdrożenia modelu z koordynatorem ds. implementacji modelu;
- rozpowszechnianie informacji na temat Centrum dla Rodzin wśród interesariuszy na terenie gminy (m.in. poprzez członków Grup ds. wdrożenia modelu, przedstawicieli instytucji zaangażowanych w Centrum dla Rodzin),

- bieżące monitorowanie wdrażania modelu, w szczególności liczby osób, które wzięły udział w badaniu z wykorzystaniem Narzędzia Oceny Ryzyka Relacyjnego, liczby osób, które skorzystały z usług wsparcia w ramach Centrum dla Rodzin, liczby Niebieskich Kart – A wypełnionych na terenie gminy (na zakończenie realizacji projektu).

## **Krok 2. Działania podnoszące świadomość i motywację do budowania systemu wsparcia relacyjnego w gminie.**

Zadaniem koordynatora/zespołu ds. implementacji modelu będzie zaplanowanie działań podnoszących świadomość istotności dobrej relacyjności wśród mieszkańców gminy. Działania te sytuują się na poziomie profilaktyki uniwersalnej. Celem tego kroku będzie zwiększenie motywacji do działania, zmniejszenie barier dotyczących uczestnictwa w projekcie, a także zaangażowania różnych partnerów, nie tylko z instytucji i organizacji, które oficjalnie znalazły się w partnerstwie.

Wdrażanie nowych rozwiązań zawsze wiąże się z poczuciem niepewności oraz obawą przed podjęciem ryzyka. Dlatego na tym etapie, działania podejmowane przez beneficjentów powinny promować nowe rozwiązania, planowane do wdrożenia w ramach projektu.

Działania związane z podnoszeniem poziomu motywacji powinny być realizowane przez cały czas projektu.

Przykłady działań:

- kampania społeczna skierowana do całej społeczności lub konkretnej grupy, na przykład uczniów, par/małżeństw, na temat wpływu dobrych relacji w rodzinie na przeciwdziałanie przemocy domowej;
- kampania społeczna informująca o różnych formach przemocy domowej oraz o wczesnych symptomach przemocy domowej;
- działania promujące równość kobiet i mężczyzn w życiu codziennym (np. związane z podziałem obowiązków zawodowych i domowych);
- zaangażowanie osób ważnych, autorytetów w społeczności lokalnej do promocji modelu;
- sponsorowane artykuły w prasie lokalnej lub w Internecie;

- warsztaty i spotkania promujące rozwój i wsparcie dobrych relacji w rodzinie oraz w związkach;
- inne oddolne inicjatywy mieszkańców, instytucji, które są wspomagane przez koordynatora/zespół ds. implementacji modelu.

### **Krok 3. Wdrożenie zintegrowanego systemu profilaktyki w oparciu o ideę Centrów dla Rodzin (lub instytucji/organizacji paralelnych)**

Celem Centrum dla Rodzin jest stworzenie miejsca (bądź platformy) do współpracy między instytucjami i organizacjami pracującymi na rzecz mieszkańców gminy. Organizacyjnie Centrum może być miejscem fizycznym, ale może być także platformą współpracy, np. opartej o systemy informatyczne lub regularne spotkania.

#### **Główne założenia dotyczące działalności Centrum dla Rodzin:**

- Informacja na temat działalności Centrum dla Rodzin powinna być szeroko rozpowszechniona wśród mieszkańców gminy.
- Oferta Centrum dla Rodzin powinna łączyć działania o charakterze otwartym, skierowane do całej społeczności lokalnej (profilaktyka uniwersalna), z działaniami adresowanymi do osób i rodzin z grup ryzyka (profilaktyka selektywna) oraz do tych, w których występują objawy dysfunkcji (profilaktyka wskazująca). Połączenie oferty otwartej z ofertą zarezerwowaną dla osób i rodzin przeżywających trudności pozwoli uniknąć stygmatyzacji osób i rodzin korzystających z Centrum dla Rodzin.
- W przypadku podejrzenia występowania przemocy podejmowanie interwencji w ramach procedury „Niebieskie Karty” przez przedstawicieli właściwych instytucji.
- Działania realizowane w ramach Centrum dla Rodzin powinny być nieodpłatne i dobrowolne dla wszystkich zainteresowanych osób.
- Rodziny, pary mogą zgłaszać się do Centrum dla Rodzin z własnej inicjatywy lub mogą zostać skierowane do skorzystania z oferowanego wsparcia przez współpracujące instytucje i organizacje.
- Usługi wsparcia w ramach Centrum dla Rodzin powinny być oferowane zarówno w formie indywidualnej, jak i w grupach, i mogą być prowadzone w różnych miejscach, jak również w formie zdalnej.



- Kluczowe jest zapewnienie dostępności dla wszystkich osób i rodzin potrzebujących wsparcia, w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami, jak również dla osób należących do mniejszości.

### **Określenie szczegółowych zadań instytucji, organizacji zaangażowanych w projekt oraz Centrum dla Rodzin.**

Wdrożenie modelu zintegrowanej profilaktyki przemocy domowej opartej na dobrej jakości relacjach wymaga nowych rozwiązań, stworzenia nowego rodzaju usług, które dotychczas nie były oferowane na poziomie gminy. W niektórych przypadkach wymagane będzie „wydobycie” istniejących zasobów, które funkcjonowały w innych kontekstach, w pozostałych konieczne będzie stworzenie nowych (posiłkując się podręcznikiem modelu).

Działania CdR będą realizowane na kilku poziomach:

- poziom społeczności lokalnej,
- poziom współpracy międzyinstytucjonalnej,
- poziom klientów (indywidualny, rodziny).

### **Poziom społeczności lokalnej**

Długofalowym celem projektu jest przekształcenie społeczności lokalnej w miejsce, gdzie dobre relacje w rodzinie są jednym z kluczowych elementów kultury społecznej. Dobre relacje jako czynnik chroniący, będą przyczyniać się do zmniejszenia liczby przypadków przemocy domowej.

Kluczowe dla rozwiązań skierowanych do całej społeczności będzie uruchomienie procesów, które będą wyzwalały myślenie i działanie na rzecz relacji, w działaniach prowadzonych przez różne instytucje, organizacje, w także w codziennej pracy profesjonalistów. Istotną rolę będzie tu odgrywać koordynator/zespół ds. implementacji modelu.

Ważne jest, aby działania CdR nie koncentrowały się tylko na problemach, ale także na wzmacnianiu istniejących zasobów. Centrum może stać się miejscem prowadzenia inicjatyw i działań dla całej społeczności lokalnej oraz miejscem spotkań i dyskusji.

### **Przykładowe działania:**

- wydarzenia wzmacniające relacyjność rodziców, np. randki małżeńskie/partnerskie, bank czasu dla rodziców;
- programy wspierające umiejętności rodzicielskie, relacje w rodzinie;
- spotkania dla rodziców (sieciowanie);
- programy dla par wspierające tworzenie zdrowych relacji;
- programy dla rodzin: działania zachęcające do wspólnego spędzania czasu (wydarzenia sportowe, pikniki, koncerty itp.);
- szkolenia dla pracowników różnych instytucji, tj. policjantów, pracowników socjalnych, nauczycieli, pracowników służby zdrowia, przedstawicieli organizacji pozarządowych w zakresie umiejętności oceny ryzyka wystąpienia przemocy domowej oraz rozpoznawiania wczesnych symptomów przemocy domowej;
- działania wzmacniające więzi między rodzicami a dziećmi,
- działania profilaktyczne przed zawarciem małżeństwa, np. w ramach nauk przedmałżeńskich;
- warsztaty dla przyszłych rodziców lub/i warsztaty dla mam/ojców np. w ramach szkół rodzenia uwzględniające podział obowiązków związanych z opieką nad dzieckiem;
- działania mające na celu podniesienie świadomości społecznej, w tym na poziomie rodziny, na temat różnych form przemocy, przeciwdziałanie dyskryminacji oraz zwalczanie stereotypów, uprzedzeń i szkodliwych praktyk, promowanie równego traktowania kobiet i mężczyzn (np. opracowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych, w tym materiałów w formie online).

### **Poziom międzyinstytucjonalny**

Model zakłada wykorzystanie zasobów instytucji i organizacji pozarządowych w sposób skoordynowany, zintegrowany. Zakres działań zaangażowanych instytucji powinien obejmować dwa główne obszary:

- działania wspierające relacyjność (interwencyjne w odniesieniu do relacyjności i profilaktyczne w przypadku przemocy domowej);
- działania interwencyjne w sytuacji poważnych problemów (przemoc domowa, ubóstwo, uzależnienia, poważne problemy z dziećmi).

Istotne jest wypracowanie na tym etapie systemu wsparcia, który będzie zintegrowany, co oznacza, że:

- klient może otrzymać pełne, całościowe wsparcie,
- wsparcie opiera się na procesie, a nie pomocy incydentalnej,
- proces wsparcia jest planowy i etapowy.

Dla każdego z dwóch obszarów przygotowany jest koszyk usług (istniejących i potrzebnych do wdrożenia), które mogą być zabezpieczone przez poszczególne instytucje i organizacje.

Pierwszą grupę będą stanowiły instytucje i organizacje skupiające się na poprawie relacyjności w rodzinie, w związkach (w tym pomiędzy byłymi partnerami). Mogą być to na przykład instytucje, które prowadzą kursy małżeńskie, terapię dla par, szkolenia miękkie z komunikacji interpersonalnej i relacji międzyludzkich dla dorosłych, czy uczniów, pomagające zorganizować wspólny czas dla małżonków/pary/rodziny.

Drugą grupę będą stanowiły instytucje pomocy i wsparcia, które będą zaangażowane w pracę z osobami doświadczającymi poważnych problemów życiowych, a które, jeżeli nie są rozwiązane, nie pozwalają na uczestnictwo w działaniach wspierających relacje. Na poziomie gminnym będą to instytucje, które zapewniają usługi w obszarze przemocy domowej, wsparcia socjalnego, uzależnień, zdrowia psychicznego, wsparcia osób z niepełnosprawnościami.

W ramach wspólnych działań instytucji zostanie wdrożone Narzędzie Oceny Ryzyka Relacyjnego, które będzie stosowane przez profesjonalistów reprezentujących różne instytucje/organizacje. Narzędzie będzie wspierało profesjonalistów w diagnozie i pozwoli na określenie poziomu problemów relacyjnych oraz identyfikację i nazwanie trudnych problemów życiowych.

#### **Przykładowe działania w zakresie wzmocnienia współpracy interdyscyplinarnej:**

- wzmocnienie współpracy z publicznymi placówkami ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki przemocy, np. włączenie do współpracy położnych środowiskowych, szkół rodzenia, pielęgniarek środowiskowych, lekarzy (w szczególności pediatrów, ginekologów, neonatologów);
- włączenie do współpracy specjalistów z sektora oświaty, w szczególności psychologów i pedagogów szkolnych;

- wzmocnienie współpracy z wymiarem sprawiedliwości, włączenie kuratorów, prokuratorów, sędziów;
- integracja przedstawicieli służb, instytucji i organizacji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej;
- organizacja wydarzeń: warsztatów, konferencji, spotkań integrujących profesjonalistów pracujących na tym samym terenie.

### **Poziom indywidualny**

Pracownicy zatrudnieni w instytucjach i organizacjach społecznych będą wykorzystywać Narzędzie Oceny Ryzyka Relacyjnego. Jest to podstawowe narzędzie screeningowe pozwalające na zidentyfikowanie par, osób, które potrzebują wsparcia relacyjnego lub pomocy w zakresie innych zidentyfikowanych problemów. W trakcie oceny możliwa będzie identyfikacja słabych punktów w życiu par (np. ubóstwo, izolacja społeczna lub emocjonalna, pogarszający się stan zdrowia psychicznego), które budzą obawy o możliwość wystąpienia przemocy domowej w przyszłości. W rezultacie możliwe będzie określenie, jakiego wsparcia lub działań para może potrzebować lub jakie dalsze dogłębne badania specjalistyczne mogą być konieczne.

Narzędzie to składa się z dwóch części:

- ocena poziomu relacyjnego klientów (część relacyjność),
- ocena czynników ryzyka przemocy domowej (część czynniki ryzyka).

Pierwsza część narzędzia jest obligatoryjna. Jeżeli osoby badane uzyskują dobre wyniki i prowadzący badanie nie ma sygnałów świadczących o ryzyku występowania przemocy domowej, nie przechodzi do części drugiej (fakultatywnej) oceniającej poważniejsze czynniki ryzyka (przemoc domowa, uzależnienia, zaniedbanie dziecka, nadmierna kontrola nad partnerem/partnerką, zaburzenia psychiczne i inne określone w Narzędziu).

W zależności od wyników uzyskanych na skali, planowana będzie następująca interwencja w oparciu o zintegrowany system profilaktyki:

- Gdy klient osiąga średni/wysoki poziom w części relacyjność i pracownik nie ma żadnych sygnałów związanych z ryzykiem wystąpienia przemocy domowej, klient nie wymaga specyficznych działań, pracownik może mu zaproponować

uczestnictwo w zajęciach organizowanych na poziomie gminy w ramach Centrum dla Rodzin.

- Gdy klient osiąga niski poziom w części relacyjność i pracownik nie ma żadnych sygnałów związanych z ryzykiem wystąpienia przemocy domowej, pracownik kieruje go do odpowiedniej instytucji oferującej wsparcie relacyjne.
- Gdy klient osiąga niski/średni/wysoki poziom w części relacyjność i pracownik odczytuje sygnały świadczące o ryzyku wystąpienia przemocy domowej to przechodzi do drugiej części narzędzia. Jeżeli identyfikuje ryzyka, kieruje klienta do odpowiednich instytucji zajmujących się interwencją w przypadkach przemocy domowej, jeżeli nie identyfikuje ryzyk, to w zależności od wyniku oceny w części relacyjnej może kierować klienta do instytucji oferujących wsparcie relacyjne.

#### **Przykładowe działania skierowane do indywidualnych klientów:**

- działania wzmacniające umiejętność komunikacji bez stosowania agresji oraz umiejętność zarządzania złością,
- działania wzmacniające umiejętność rozwiązywania konfliktów,
- terapia dla par,
- terapia dla rodziców i dzieci,
- konsultacje indywidualne dla rodziców,
- konsultacje psychologiczne, psychiatryczne, prawne.

#### **Krok 4. Ewaluacja i utrwalenie funkcjonowania modelu**

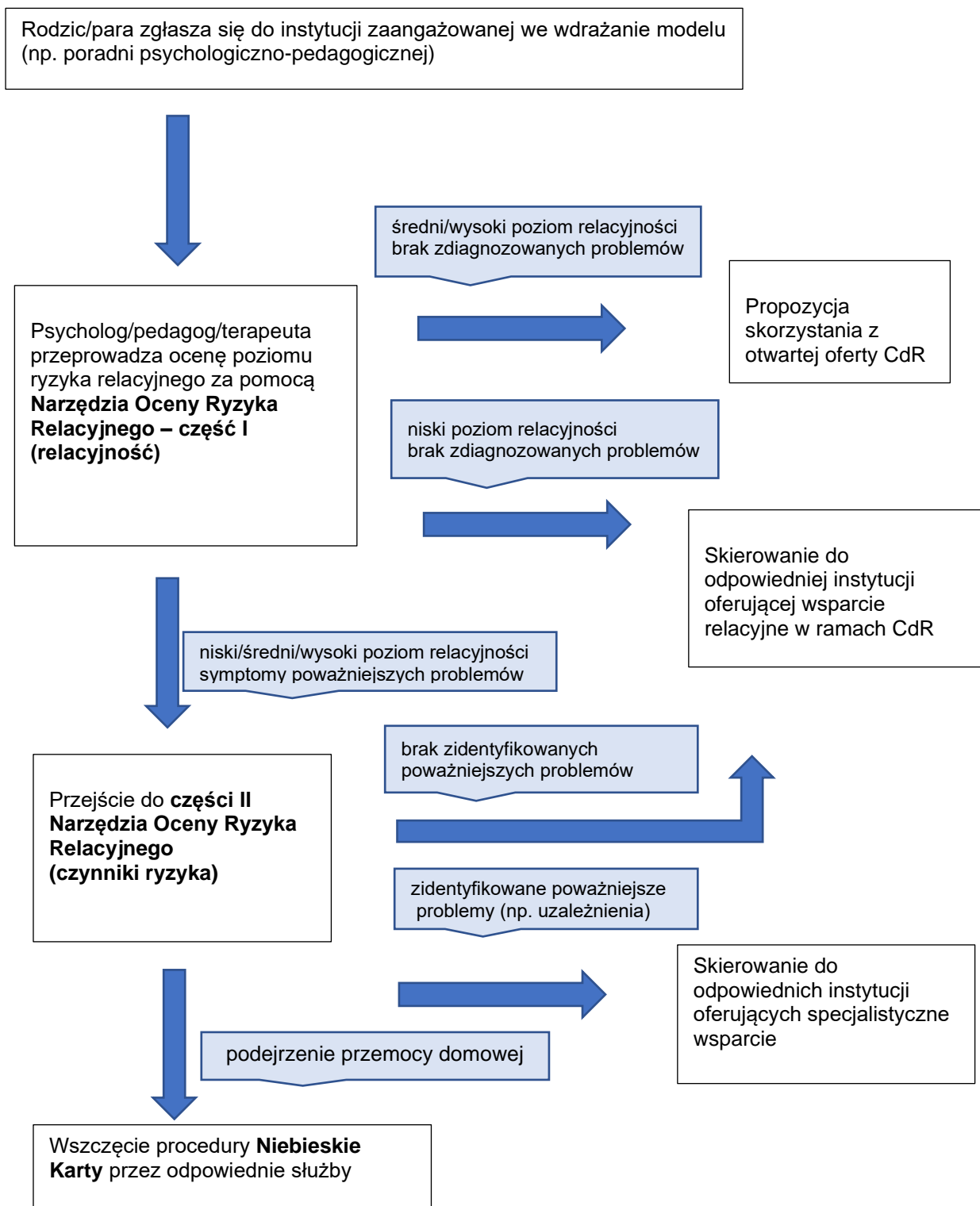
Zadaniem koordynatora ds. implementacji modelu będzie dokonywanie okresowej ewaluacji projektu. Jest to istotne z punktu widzenia skuteczności prowadzonych oddziaływań, a także utrzymania odpowiedniego poziomu motywacji do współdziałania instytucji. Ważne jest także komunikowanie uzyskiwanych rezultatów projektu, które będą wzmacniały zaangażowanie w działanie.

Utrwalenie funkcjonowania modelu będzie także wynikać z kilku elementów:

- dochowywanie wierności modelowi,
- podtrzymywanie kultury organizacyjnej zorientowanej na wdrożone rozwiązanie,
- przywództwo komunikujące ważność rozwiązania,
- dobór pracowników uwzględniający podtrzymanie innowacji.



## Narzędzie Oceny Ryzyka Relacyjnego – schemat postępowania



## Bibliografia

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Braithwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2014). Computer-based prevention of intimate partner violence in marriage. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 12–21. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.006>
- Cartwright, N., & Hardie, J. (2012). *Evidence-based policy: A practical guide to doing it better*. Oxford University Press.
- Chonody, J. M., Gabb, J., Killian, M., & Dunk-West, P. (2018). Measuring relationship quality in an international study: Exploratory and confirmatory factor validity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(8), 634–652. <https://doi.org/10.1177/0734282916651381>
- Clark, M. S., & Grote, N. K. (2003). Close relationships. In I.B. Weiner, T. Millon, & M.J. Lerner (Eds.), *Handbook of psychology*, (Vol. 5). *Personality and social psychology* (pp. 447– 461). John Wiley & Sons.
- Clark, M. S., Fitness, J., & Brissette, I. (2001). Understanding people's perceptions of relationships is crucial to understanding their emotional lives. In G. Fletcher & M.S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 253– 278). Blackwell.
- Clark, M. S., Mills, J., & Powell, M. C. (1986). Keeping track of needs in communal and exchange relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 333–338.
- David-Ferdon, C., Vivolo-Kantor, A. M., Dahlberg, L. L., Marshall, K. J., Rainford, N., & Hall, J. E. (2016). *A comprehensive technical package for the prevention of youth violence and associated risk behaviors*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://doi.org/10.15620/cdc.43085>
- Dush, C. M. K., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Personal and Social Relationships*, 22(5), 607–627.



- Edleson, J. L. (1999). Children's Witnessing of Adult Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839–870.  
<https://doi.org/10.1177/088626099014008004>
- Feldman, C. M., & Ridley, C. A. (2000). The Role of Conflict-Based Communication Responses and Outcomes in Male Domestic Violence toward Female Partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(4–5), 552–573.  
<https://doi.org/10.1177/0265407500174005>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fitness, J. (2001). Emotional intelligence and intimate relationships. In J. Carriocchi, J.P. Forgas, & J.D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life* (pp. 98–112). Psychology Press.
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 1(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.28>
- Hesser, H., Axelsson, S., Bäcke, V., Engstrand, J., Gustafsson, T., Holmgren, E., ... Andersson, G. (2017). Preventing intimate partner violence via the Internet: A randomized controlled trial of emotion-regulation and conflict-management training for individuals with aggression problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1163–1177. <https://doi.org/10.1002/cpp.2082>
- Howlett, M. (2019). *Designing public policies: Principles and instruments*. Routledge.
- Kalokhe, A. S., Iyer, S., Gadhe, K., Katendra, T., Kolhe, A., Rahane, G., ... Sahay, S. (2021). A couples-based intervention (Ghya Bharari Ekatra) for the primary prevention of intimate partner violence in India: Pilot feasibility and acceptability study. *JMIR Formative Research*, 5(2), e26130.  
<https://doi.org/10.2196/26130>

- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Lalak, D., Pilch, T., & Pytka, L. (Red.). (1999). *Profilaktyka społeczna (prewencja)*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Linder, J. R., Crick, N. R., & Collins, W. A. (2002). Relational aggression and victimization in young adults' romantic relationships: Associations with perceptions of parent, peer, and romantic relationship quality. *Social Development*, 11(1), 69–86. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00187>
- Loxton, D., Dolja-Gore, X., Anderson, A. E., & Townsend, N. (2017). Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *PloS one*, 12(6), e0178138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178138>
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... Derogatis, L. R. (1995). The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737–746. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001>
- Moffitt, T. E., Krueger, R. F., Caspi, A., & Fagan, J. (2000). Partner abuse and general crime: How are they the same? How are they different? *Criminology*, 38(1), 199–232. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2000.tb00888.x>
- Munday, B. & Council of Europe. (2007). *Services sociaux intégrés en Europe*. Conseil de l'Europe.
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M., & Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 92–102. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.92>
- Ostaszewski, K. (2005). Nowe definicje poziomów profilaktyki. *Remedium*, 7.

- Przeperski, J. (2020). Implementing innovations in the context of the declared and actual readiness to change of social assistance workers. *Problemy Polityki Społecznej. Social Policy Issues*, 49(2), 85–100.
- Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. (1994). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/2139>
- Richardson, D., & Patana, P. (2012). *Integrated Services and Housing Consultation*.
- Ruff, S., McComb, J. L., Coker, C. J., & Sprenkle, D. H. (2010). Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: A substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and Colleagues' program of research. *Family Process*, 49(4), 439–456. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01333.x>
- Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., & Fals-Stewart, W. (2009). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for female alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1136–1146. <https://doi.org/10.1037/a0017389>
- Słownik języka polskiego PWN*. (1999). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Studsrød, I., Erdvik, IB., Gjerstad, B., Skoland, K., & Nødland, SI (2021). *Prevention of Domestic Violence: Literature and document review concerning the prevention of domestic violence, support of family relations and accessibility of services in Norway*. UiS Scholarly Publishing Services. <https://doi.org/10.31265/usps.100>
- Supplee, L. H., & Metz, A. (2015). Opportunities and Challenges in Evidence-based Social Policy and commentaries. *Social Policy Report*, 28(4), 1–31. <https://doi.org/10.1002/j.2379-3988.2015.tb00081.x>
- Szymańska, J. (2012). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki* (III). Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Vagi, K. J., Rothman, E. F., Latzman, N. E., Tharp, A. T., Hall, D. M., & Breiding, M. J. (2013). Beyond correlates: A Review of risk and protective factors for

adolescent dating violence perpetration. *Journal of Youth and Adolescence*,  
42(4), 633–649. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9907-7>

Wroczyński, R. (1985). *Pedagogika społeczna*. Państwowe Wydaw. Naukowe.