

ESF-2023-BEZDOMNOŚĆ

Rezultat D1.4

Plan monitorowania i ewaluacji

PL version

SOLACE-CEE

Solutions for Overcoming Homelessness through Integrated Care in the CEE region

(Rozwiązania na rzecz przezwyciężenia bezdomności poprzez zintegrowane usługi w regionie Europy Środkowo-Wschodniej)

Nr projektu. ESF-2023-HOMELESS 101172625

Poziom rozpowszechniania - publiczny

Termin dostarczenia: M3 (12/2024)

Rzeczywista data przedłożenia: M3 (12/2024)

WP1 - Zarządzanie projektem i koordynacja

Dokument	Tytuł	D1.4 Plan monitorowania i ewaluacji
	Wersja	1.1
	Dostępne pod adresem:	
Autorstwo	Napisany przez	Nóra Teller
	Recenzja	Eszter Somogyi

Status dokumentu		
Rewizja	Data	Opis

Spis treści

1. Wprowadzenie	5
2. Funkcje działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją	6
3. Tematy działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją	7
4. Harmonogram działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją	12
5. Wnioski	14
6. ZAŁĄCZNIKI	15
a. Kwestionariusz monitorowania procesu w pierwszej rundzie monitorowania - styczeń 2025 r.	15
b. Wstępny kwestionariusz oceny wpływu - połączony z wstępnym badaniem potrzeb - styczeń-luty 2025 r.	16
7. Powiązane dokumenty	21

Skróty, akronimy i opisy

Skrót/akronim używany w dokumencie	Opis
SOLACE-CEE /Projekt	Rozwiązania na rzecz przezwyciężenia bezdomności poprzez zintegrowane usługi w regionie Europy Środkowo-Wschodniej
WP	Pakiet roboczy
Koordynator	Fundacja DEDO
Partner/partnerzy	VPR HCSOM (MALTAI) HESED FNMP Casa Iona
Zespół/zespoły	Poszczególne zespoły opisane w planie
Główny beneficjent WP	Partner wiodący odpowiedzialny za poszczególne WP według Listy Rezultatów z Umowy Grantowej
WP Lead/Lider	Lider indywidualnego pakietu roboczego

1. Wprowadzenie

Niniejszy dokument zawiera podstawowe informacje dotyczące działań zaplanowanych w ramach monitorowania i ewaluacji projektu. Opisano w nim:

- funkcje działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją;
- tematy, na których koncentrują się działania;
- harmonogram działań;
- narzędzia gromadzenia danych w ramach działań.

Narzędzia służące gromadzeniu danych stanowią załączniki do niniejszego dokumentu.

2. Funkcje działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją

Działania ewaluacyjne projektu mają dwie funkcje:

1. Stanowią narzędzie do gromadzenia informacji zwrotnej na temat postępów we wdrażaniu (**monitorowanie postępów**)
2. Stanowią źródło informacji o **wpływie działań projektowych** w oparciu o:
 - a. planowane zmiany w sposobie świadczenia usług przez uczestniczące organizacje pozarządowe i ich personel
 - b. śledzenie zmiany zachodzącej na rzecz świadczenia zintegrowanych usług, w tym ulepszeń metodologicznych (np. przesunięcie wartości) i ich wpływu na klientów,
 - c. jednoczesną ocenę dostarczonych odpowiedzi na potrzeby klientów.

W ten sposób działania monitorujące i ewaluacyjne w pełni obejmują

- (a) monitorowanie procesu wdrażania projektu,
- (b) wewnętrzne monitorowanie wpływu,
- (c) ocenę wartości dodanej projektu na poziomie każdego pakietu roboczego.

3. Tematy działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją

■

Monitorowanie postępów w dużej mierze opiera się na śledzeniu osiągniętych rezultatów oraz obecności na spotkaniach w ramach współpracy wewnętrznej partnerów projektu, w oparciu o kamienie milowe określone w harmonogramie. Dodatkowo stosowane są formalne i nieformalne wywiady/kwestionariusze dotyczące osiągnięć i wyzwań związanych z postępem w realizacji pakietów roboczych oraz współpracy w ramach partnerstwa projektowego/konsorcjum. Partner odpowiedzialny za dany pakiet uczestniczy w różnych organach/zespołach roboczych konsorcjum, co pozwala mu na wyciąganie wniosków z bieżącego doświadczenia w realizacji projektu przez zaangażowane osoby.

Najważniejsze kamienie milowe, które podlegają obserwacji to (wraz z datami):

AKTYWNOŚĆ	Kamień milowy
1. Zarządzanie	
a. Raport 1	Październik 2025 r.
b. Raport 2	Październik 2026 r.
2. Pilotowanie innowacji	
a. Wydarzenie inauguracyjne (dokumentacja i plany operacyjne)	Czerwiec 2025 r.
3. Rozpoczęcie kursu dla trenerów	Czerwiec 2026 r.
4. Uruchomienie kalkulatora	Lipiec 2027 r.
5. Zakończenie kampanii medialnej	jesień 2027 r.

Narzędzia gromadzenia danych do monitorowania procesu zostaną uruchomione w styczniu 2025 r. we współpracy z partnerem wiodącym, aby jak najlepiej wesprzeć proces zarządzania projektem (projekt narzędzi w załączeniu). Stworzono dwa kwestionariusze gromadzenia danych: skierowany do wszystkich partnerów; gromadzący spostrzeżenia partnera wiodącego. Kwestionariusze zawierają pytania otwarte.

Pytania mają na celu ocenę skuteczności administracyjnej i organizacyjnej zarządzania projektem. Partnerzy są proszeni o zastanowienie się nad adekwatnością działań zatrudnionego personelu do realizacji zadań administracyjnych i łatwością, z jaką wypełniają obowiązki związane z projektem, takie jak raportowanie czasu pracy, administrowanie finansami, planowanie działań. Ponadto oceniana jest szybkość reakcji partnera wiodącego na zapytania zarówno administracyjne, jak i merytoryczne, w szczególności w odniesieniu do wsparcia udzielanego podczas początkowej fazy działań lokalnych i zatrudniania personelu. Partnerzy są również zachęceni do dzielenia się informacjami zwrotnymi na temat ogólnej współpracy w ramach konsorcjum.

Konkretne pytania do partnera wiodącego koncentrują się na gotowości zarządzania projektem i personelu administracyjnego w początkowej fazie projektu oraz planach na następny okres. Pytania te mają również na celu uzyskanie wglądu w przewidywane i nieprzewidziane wyzwania oraz ich rozwiązanie, a także delegowanie obowiązków między partnerami i organami projektu. Ponadto pytania dotyczą skuteczności wykorzystywanych kanałów komunikacji oraz strategii planowanych w celu utrzymania szybkości reakcji i skutecznej interakcji w przyszłych fazach projektu.

Ocena **wptywu** działania zostanie przeprowadzona za pomocą krótkich ankiet internetowych, które zostaną rozestane do szerokiego (i niereprezentatywnego kręgu) interesariuszy w krajach członkowskich oraz wśród klientów (patrz projekt w załączniku).

Do grona interesariuszy zaliczono organizacje i usługodawców, których udział jest niezbędny do zaspokojenia konkretnych potrzeb klientów organizacji, zarówno w obszarze usług społecznych, jak i zdrowotnych, m.in. z zakresu zdrowia psychicznego i fizycznego, pomocy społecznej, wsparcia samorządów lokalnych (w stosownych przypadkach).

Projekt wstępnego kwestionariusza badania wpływu zaplanowanego na styczeń-luty 2025 r. ma być zintegrowany z wstępnym badaniem potrzeb i oceną przewidywanych skutków projektu SOLACE-CEE dla organizacji partnerskich i ich klientów. Organizacje partnerskie są proszone o podzielenie się swoimi wstępnymi oczekiwaniami dotyczącymi zarówno ich organizacji, jak i docelowych grup klientów, w tym przewidywanej wielkości tych grup na różnych etapach projektu. Zachęca się je również do oceny znaczenia różnych wyzwań, takich jak szkolenie personelu, współpraca interdyscyplinarna, dostępność opieki oraz integracja mieszkalnictwa z usługami zdrowotnymi i społecznymi, przy użyciu skali od "wcale nie ważne" do "absolutnie niezbędne".

Partnerzy są następnie proszeni o zastanowienie się nad pożądanymi zmianami w swoich działaniach, w tym nad tym, kto zainicjował te zmiany i jakie wartości projektu SOLACE-CEE zamierzają przyjąć. Są oni proszeni o nakreślenie realistycznych ram czasowych na sprostanie zidentyfikowanym wyzwaniom i określenie barier w zintegrowanym świadczeniu usług zdrowotnych i społecznych, leżącymi zarówno wewnątrz, jak i poza kontrolą ich organizacji. Bariery zewnętrzne mogą obejmować kwestie związane z dostępem klientów do ich dokumentacji, braki w edukacji zdrowotnej, niedobory finansowe i bariery strukturalne w dostępie do usług, podczas gdy bariery wewnętrzne mogą obejmować ograniczone kwalifikacje personelu lub nieodpowiednie zaplecze biurowe/infrastrukturalne. Partnerzy są również proszeni o wskazanie, w jakim stopniu zamierzają pokonywać wskazane bariery w ramach SOLACE-CEE.

W przypadku klientów ewaluacja obejmuje pogłębione wywiady indywidualne oraz grupowe (jakościowe), których celem jest zbadanie barier, jakie napotykają w dostępie do usług zdrowotnych i społecznych. Tematy obejmują kwestie organizacyjne, wyzwania administracyjne, luki w finansowaniu i bariery osobiste, takie jak niski poziom wiedzy na temat zdrowia lub dyskryminacja. Klienci są również zachęceni do sugerowania sposobu rozwoju usług, tak aby ich potrzeby były lepiej zaspokojone, zarówno w ramach organizacji partnerskich konsorcjum, jak i poza nimi.

Wywiady z ekspertami i interesariuszami mają na celu zidentyfikowanie systemowych i organizacyjnych barier w świadczeniu zintegrowanych usług. Badanie obejmie kluczowe obszary, takie jak elastyczność finansowania, uproszczenie procedur administracyjnych, interdyscyplinarną pracę zespołową oraz możliwości przeprojektowania usług lokalnych. Interesariusze są również proszeni o zastanowienie się nad istotnymi czynnikami, takimi jak wspólne przestrzenie, wspólne szkolenia, zintegrowane zarządzanie przypadkami oraz kwalifikacje i postawy personelu pomocniczego, w szczególności w rozwiązywaniu kryzysów zdrowia psychicznego i zapewnianiu opieki świadomej na traumy oraz pracy według wartości Najpierw mieszkanie/Housing First.

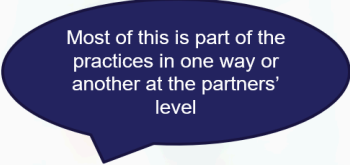
Podsumowując, gromadzenie danych wejściowych do oceny wpływu jest powiązane z *badaniem potrzeb*, które jednocześnie służy jako punkt odniesienia dla oceny postępów lokalnych. Zostaną opracowane indywidualne kwestionariusze dla personelu organizacji partnerskich (zwłaszcza nowo zatrudnionego personelu zdrowotnego) w celu oceny projektu programu, oczekiwań i wyników. Zatem poza modułem horyzontalnym, który będzie wspólny dla wszystkich partnerów, kwestionariusze będą zawierać moduły odzwierciedlające ogólny charakter lokalnych usług lokalnych.

Dane ilościowe będą gromadzone w języku lokalnym partnerów projektu, dostosowane do potrzeb ich klientów (przetłumaczone przez lokalnych partnerów), i zharmonizowane z lokalnymi praktykami gromadzenia danych przez partnerów.

Każdy partner przeprowadzi pogłębiony wywiad grupowy z klientami, umożliwiając im swobodne zgłoszenie swoich oczekiwań i spostrzeżeń dotyczących przeprojektowania i integracji świadczonych usług zdrowotnych i społecznych.

Goals of the needs assessment – based on GA

- Questionnaire assessments covering
 - living conditions,
 - family structure,
 - employment history,
 - and specific needs.
 - Medical history to identify health conditions, substance abuse, and mental health needs.
 - Health literacy and use of services in general



Most of this is part of the practices in one way or another at the partners' level

W ramach badania finalnego zaplanowanego na lato 2027 r., zostaną ponownie wykorzystane te same kwestionariusze w celu określenia:

- zmiany postaw
- zmiany w korzystaniu z usług
- zmiany poziomu edukacji zdrowotnej
- poprawy dobrostanu klientów.

W zależności od charakteru usługi danego partnera dopuszcza się gromadzenie danych na początku i na końcu udziału klienta w programie zamiast przekrojowego gromadzenia danych klientów korzystających z usług w danym punkcie w czasie przyjętym w całym projekcie.

Dane jakościowe uzupełnią obraz przedmiotu badania o perspektywę personelu i usługodawców świadczących usługi w środowisku danego partnera (nie będących w partnerstwie). Ponieważ w trzyletnim okresie realizacji projektu nie wszyscy

usługodawcy będą mieli okazję pracować z tymi samymi klientami, z którymi przeprowadzono wywiady we wstępnym badaniu potrzeb, w każdej rundzie badania do udziału zostaną zaproszone osoby aktualnie korzystające z usług.

Data collection tools

Quantitative

- National languages
- Online / Paper based
- Self-filled / With clients / On clients

- Local modules – co-creation with partners according to offered services

- Horizontal modules – to be used in the evaluation of the whole project, too, thus,
 - access
 - well-being
 - attitudes
 - literacyneed to be part of it

Qualitative

- National languages
- External enumerators
- Internal enumerators / staff

- Interview guidelines
 - Clients
 - Health and social service staff

- Scenario for the focus groups
 - Clients
 - Health and social service staff

Reporting / summary of the local data collection findings will be requested in the course of March-April in a structured outline

Structured reporting on the collected data in English (e.g. local languages machine translated) will be required.

4. Harmonogram działań związanych z monitorowaniem i ewaluacją

Zaplanowano dwa raporty z **monitorowania procesu**.

Pierwszy i drugi raport z monitorowania procesu zostaną dostarczone zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z partnerem wiodącym. Kluczowe okresy raportowania to miesiące 11 i 23.

Harmonogram **działań związanych z analizą wpływu**:

AKTYWNOŚĆ	HARMONOGRAM
1. Wstępne badania ilościowe i jakościowe (needs assessment)	
a. opracowanie ankiety (online) dot. ogólnego obrazu potrzeb i ich zaspokojenia - jakościowe i ilościowe narzędzia gromadzenia danych (zadanie partnerów: czytanie i komentowanie wytycznych opracowanych wspólnie z liderem Pakietu roboczego WP)	Od grudnia 2024 r. do stycznia 2025 r.
b. Badania ilościowe w krajach partnerów (zadanie partnerów: gromadzenie danych)	Luty-marzec 2025 r. Liczba kwestionariuszy: SK: 100, PL: 10, BG: 40, HU: 250, RO: 15 (później PL:10)
c. Grupy fokusowe i wywiady pogłębione z interesariuszami (zadanie partnerów: gromadzenie danych i podsumowanie wywiadów w języku lokalnym i grup	Marzec 2025 r.

fokusowych w języku angielskim)	
d. Raport wstępny	Czerwiec 2025 – dokument wewnętrzny
2. Finalne badanie	
a. opracowanie kwestionariuszy i wytycznych dla personelu i klientów	Styczeń 2027 r.
b. gromadzenie danych ilościowych w wybranych HUB-ach/pilotażach partnerskich	Marzec 2027 r. SK: dane ilościowe - subiektywne postrzeganie dostępu do zintegrowanych usług zdrowotnych w 3. roku w dwóch centrach.
c. gromadzenie danych jakościowych od klientów	Marzec 2027 r. Wywiady z klientami (którzy zakończyli udział w projekcie): wywiady jakościowe z klientami w 3. roku w 5 lokalizacjach (łącznie 50 klientów), (d) Gromadzenie danych ilościowych wśród pracowników socjalnych/pracowników służby zdrowia obejmujące 70% klientów, z którymi przeprowadzono wywiady w ramach pierwszej fazy badania.
d. Raport końcowy	Lipiec 2027 r.

5. Wnioski

Działania prowadzone w ramach monitorowania i ewaluacji są planowane z udziałem całego partnerstwa, w celu jak najlepszego odpowiedzenia na następujące potrzeby:

- lepsze zrozumienie aktualnego stanu wiedzy i warunków, w których uruchamiane są lokalne inicjatywy;
- wyjaśnienie i dostosowanie działań do potrzeb klientów, którzy mają korzystać z pilotaży usług uruchamianych przez poszczególnych partnerów lokalnie;
- łatwe i adekwatne monitorowanie procesu i postępów projektu

6. ZAŁĄCZNIKI

Narzędzia gromadzenia danych do monitorowania procesu i oceny wpływu.

a. **Kwestionariusz monitorowania procesu w pierwszej rundzie monitorowania - styczeń 2025 r.**

Odpowiedzi udzielane przez partnerów konsorcjum na rzecz raportu monitorującego przygotowanego przez lidera Pakietu roboczego (monitoring i ewaluacja) (MRI).

1. Ilu jest zatrudnionych pracowników do realizacji zadań administracyjnych projektu?
2. Jak łatwo jest wykonać na czas zadania administracyjne i organizacyjne związane z projektem (np. raportowanie czasu pracy, administrowanie finansami, planowanie podróży, uruchamianie działań)?
3. W jakim stopniu partner wiodący odpowiada na pytania dot. administrowania projektem i realizacji projektu? (np. musieliście zakończyć proces podpisywania i opracować projekt działań lokalnych oraz zatrudnić personel do ról w projekcie. Jakiego wsparcia potrzebowaliście w tym zakresie i w jakim stopniu zostało ci ono udzielone przez Partnera wiodącego?)
4. Prosimy o podzielenie się dodatkowymi uwagami na temat współpracy.

Dodatkowe pytania do Partnera wiodącego:

1. W jaki sposób personel zarządzający i administracyjny projektu został przygotowany do reagowania na zadania pojawiające się w początkowej fazie realizacji projektu i jakie są plany na następny okres?
2. Jakie przewidywaliście wyzwania a jakich nie? Jak zostały one rozwiązane?
3. Jak zadania projektowe zostały podzielone między partnerów i jak zostały zorganizowane organy/Zespoły robocze projektu?
4. Jak już wykorzystano kanały komunikacji i jakie zaplanowano w kolejnych fazach projektu, aby utrzymać szybkość reakcji i skuteczną interakcję z partnerami i organami konsorcjum?

b. Wstępny kwestionariusz oceny wpływu - połączony z wstępnym badaniem potrzeb - styczeń-luty 2025 r.

Należy pamiętać, że narzędzie do gromadzenia danych ilościowych na poziomie klienta będzie współtworzone z partnerami i dostosowane do ich praktyk w zakresie gromadzenia danych.

Pytania jakościowe dla organizacji partnerskich:

1. Prosimy o podzielenie się Twoimi początkowymi oczekiwaniami dotyczącymi projektu:
 - a. dla Twojej organizacji,
 - b. dla klientów, z którymi zamierzasz pracować.

2. Prosimy o podzielenie się przewidywaną wielkością grupy klientów i pracowników, do których będzie skierowany projekt SOLACE-CEE (prosimy o rozróżnienie między poszczególnymi fazami projektu i wybranie planowanych usług, jeśli planujesz rozszerzenie / integrację usług).

3. Jak ważne są dla Ciebie poniższe wyzwania? Niektóre z nich dotyczą usług i usług twojej organizacji, które zamierzasz włączyć do działań sieciujących projektu, inne dotyczą polityki społecznej, środowiska finansowego i administracyjnego w którym działa Twoja organizacja.

- 1 - w ogóle nieważne
 2 - nie ma większego znaczenia
 3 - ma średnie znaczenie
 4 - bardzo ważne
 5 - absolutnie niezbędne
 0 - nie dotyczy naszej usługi

Twoja organizacja / serwis 1: _____

Wyzwania	1	2	3	4	5	0	Komentarze
Nie ma wystarczających informacji/wiedzy /praktyki wśród personelu na temat wartości modelu zintegrowanych usług społecznych i zdrowotnych (tj. zasad HCH i Trauma Informed Care - patrz szczegółowo w następujących wierszach).							
Holistyczne podejście do opieki							
Znaczenie zespołów interdyscyplinarnych							
Dostępność i opieka bez barier							
Usługi świadome traumy i skoncentrowane na osobie							
Integracja mieszkalnictwa z opieką zdrowotną i społeczną							
Wartości Najpierw Mieszkanie							
Personel nie jest wystarczająco otwarty, aby dostosować się do potrzeb klientów (np. trzyma się rutynowych zadań związanych z bieżącym zarządzaniem przypadkami).							
Brakuje wyszkolonego personelu, który mógłby reagować na potrzeby zdrowotne klientów.							
Brakuje wyszkolonego personelu, który mógłby zaspokoić potrzeby klientów w zakresie opieki społecznej.							
Pracownicy mogą mieć trudności z przystosowaniem się do wykonywania dodatkowych zadań i korzystania z nowych rozwiązań technicznych.							
Brakuje wyszkolonego personelu, który mógłby reagować na potrzeby klientów w zakresie zdrowia psychicznego i emocjonalnego.							
Plany opieki mają charakter formalny i są w mniejszym stopniu dostosowane do							

rzeczywistych zintegrowanych indywidualnych potrzeb w zakresie opieki i rozwoju.							
Fizyczne warunki świadczenia usług są problematyczne (np. brak przestrzeni zapewniającej prywatność, brak bezpiecznej przestrzeni do świadczenia usług opartych na TIC, brak przestrzeni do określonych rodzajów interakcji, zniszczenie itp.)							
Brakuje współpracy z innymi agencjami i służbami.							
Prosimy o dodanie wszelkich innych wyzwań niewymienionych powyżej:							

4. Prosimy o podzielenie się opinią o tym, w jakim stopniu pożądane jest odejście od obecnego sposobu działania i kto sformułował potrzebę zmiany.
5. Które wartości projektu SOLACE-CEE uważasz za najważniejsze do zaadaptowania w swoich usługach? Czy któreś z nich zostały już zaadaptowane?
6. Kto przejmuje inicjatywę w procesie zmian?
7. Prosimy o podzielenie się ramami czasowymi, które Twoim zdaniem są realistyczne, aby osiągnąć zmianę - w ramach projektu SOLACE-CEE lub poza nim - w odniesieniu do powyższych wyzwań w Twojej organizacji. W razie potrzeby prosimy o rozróżnienie wyzwań.
8. Jakie są bariery, które faktycznie utrudniają świadczenie zintegrowanych usług zdrowotnych i społecznych, a które znajdują się poza kompetencjami Twojej organizacji? (np. brak dokumentów klientów, niski poziom wiedzy zdrowotnej klientów, brak funduszy, bariery w dostępie do określonych usług zdrowotnych dla klientów, lokalne powiązania / terytorialna organizacja usług itp.)
9. W jakim stopniu przewidujesz, że będziesz w stanie zlikwidować którąkolwiek z tych barier w ramach projektu SOLACE-CEE? (prosimy o odniesienie się do wyżej wymienionych barier)
10. Prosimy o podzielenie się wszelkimi dodatkowymi uwagami.

Pytania jakościowe do zbadania w wywiadach z klientami / dyskusjach w grupach fokusowych

1. Jakie bariery utrudniają ci dostęp do usług zdrowotnych i społecznych, których potrzebujesz?
(*podpowiedź: realizacja w ramach kompetencji organizacji i poza nimi, tj. personel, kwestie administracyjne, kwestie finansowe, brak kompetencji klientów, niski poziom wiedzy na temat zdrowia, brak finansowania, bariery w dostępie do określonych usług zdrowotnych lub społecznych dla klientów, lokalne powiązania / terytorialna organizacja usług, dyskryminacja, traumatyczne doświadczenia itp.*)
2. Jakie są te zmiany, które Twoim zdaniem mogą lepiej służyć Twoim potrzebom w organizacji i poza nią?

Pytania jakościowe, które należy zbadać w wywiadach eksperckich / dyskusjach grup fokusowych z rodzajami interesariuszy, którzy powinni być zaangażowani we wdrażanie projektu i pracę na rzecz zmian oraz z organizacjami, które powinny być zaangażowane w działania sieciowe partnerów.

1. Jakie są bariery, które faktycznie utrudniają świadczenie zintegrowanych usług zdrowotnych i społecznych, planowanie skoncentrowane na osobie, poszanowanie decyzji klienta i projektowanie usług opartych na wartościach Housing First, które znajdują się *poza* kompetencjami Twojej organizacji? (tj. brak kompetencji klientów, niski poziom wiedzy na temat zdrowia klientów, brak funduszy, bariery w dostępie do określonych usług zdrowotnych lub społecznych dla klientów, lokalne powiązania / terytorialna organizacja usług itp.)
2. Jakie bariery, które faktycznie utrudniają świadczenie zintegrowanych usług zdrowotnych i społecznych, znajdują się w kompetencjach organizacji?
3. Jakie są realia zmiany sposobu świadczenia usług w następujących obszarach w Twoim mieście / kraju?
 - a. Finansowanie usług: działania mogą opierać się na dostępie do połączonego finansowania (np. w razie potrzeby można zorganizować zmiany między finansowaniem działań społecznych lub zdrowotnych dla tej samej osoby w dłuższej perspektywie, w sposób ciągły).

- b. Administracyjne: wspólne i uproszczone regulacje i zarządzanie zasobami, proste skierowania i obowiązki w zakresie opieki, lokalne połączenia i terytorialne kryteria dostępu w świadczeniu usług.
- c. Organizacyjne: usługi zorganizowane we wspólnej przestrzeni z niskimi barierami dostępu, współpraca między agencjami i sektorami.
- d. Dostarczanie usług: wspólne szkolenia, wspólne systemy informacyjne, zintegrowane zarządzanie przypadkami, interdyscyplinarne zespoły opieki, elastyczne modele opieki.
- e. Kliniczne: wspólne planowanie, ujednoczone procedury oceny, wspólna dokumentacja, bieżące monitorowanie i długoterminowa obserwacja, regularne wsparcie oparte na potrzebach (w tym rodziny).
- f. Kwalifikacje/szkolenia/postawa personelu/pracowników pomocniczych: w szczególności szkolenie w zakresie pracy z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego, kwalifikacje psychologiczne i terapeutyczne, dostęp do superwizji itp.

7. Powiązane dokumenty

Finansowane przez Unię Europejską. Wyrażone poglądy i opinie są jednak wyłącznie poglądami autora (autorów) i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Unii Europejskiej lub Komisji Europejskiej.

Ani Unia Europejska, ani organ przyznający nie mogą być za nie pociągnięci do odpowiedzialności.

Przegląd jakości Deliverable został przeprowadzony przez QAA.