MOBILNY DORADCA

WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO

Oprac. zespół ekspertów w składzie: Rafał Bugaj, Bartosz Kaczmarek, Magdalena Kowalska, Anna Szweda

Współpraca: Małgorzata Mądry, Tomasz Mika, Ewa Wójcik

Redakcja i korekta: Dorota Masłej

Opracowanie zostało przygotowane w ramach projektu:

„Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”

przez Fundację im. Królowej Polski św. Jadwigi

Informacje o projekcie: www.wlaczeniespoleczne.pl

Numer projektu: POWR.02.06.00-00-0064/19

Projekt realizowany w ramach Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych. Oś Priorytetowa II: Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Spis treści:

Słowo wstępne 6

1. Wprowadzenie 10

1.1 Aktualna sytuacja osób z niepełnosprawnością 10

1.2 Przygotowanie nowego instrumentu wsparcia 12

1.3 Podstawa prawna przygotowania instrumentu 13

1.3.1 Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych a MDWS 13

1.3.2 Potrzeba wsparcia wynikająca z raportów I kamienia milowego projektu „Aktywni niepełnosprawni…” 16

1.3.3 Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 a MDWS 17

1.4 Istniejące rozwiązania zapewniające kompleksowe wsparcie osób z niepełnosprawnością 17

1.4.1 Rozwiązanie niemieckie – certyfikowany specjalista ds. zarządzania niepełnosprawnością (CDMP) 18

1.4.2 Wsparcie dla osób po urazach oferowane przez wrocławską firmę REHACOMPLEKS 24

1.4.3 Trener funkcjonalny – wsparcie dla osób z niepełnosprawnością proponowane przez Fundację Eudajmonia 27

1.4.4 Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie projektu „Bezpieczna przyszłość” 28

1.4.5 Kształcenie specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – projekt PFRON 32

2. Opis grupy docelowej i sposobu objęcia wsparciem 36

2.1 Grupy osób, które zostaną objęte wsparciem 36

2.2 Proponowane ścieżki wsparcia 39

2.2.1 Ścieżka wsparcia I 41

2.2.2 Ścieżka wsparcia II 46

2.2.3 Ścieżka wsparcia III 52

2.3 Innowacyjność w podejściu do wsparcia przez MDWS 56

2.3.1 Wyszukiwanie osób wymagających wsparcia 58

2.3.2 Mobilność MDWS 59

2.3.3 Ciągły monitoring wsparcia 60
2.3.4. Wsparcie wzajemne – aktywizacja osób z niepełnosprawnością 61
2.4 Mechanizm profilowania wsparcia 62
2.5 Wykorzystanie nowoczesnych narzędzi cyfrowych 64
3. Zakres udzielanego wsparcia przez mobilnego doradcę włączenia społecznego 66
4. Przygotowanie mobilnego doradcy włączenia społecznego do udzielania wsparcia 69
4.1 Zakres kompetencji mobilnego doradcy włączenia społecznego 69
4.2 Etyczne podstawy działania MDWS 72
4.3 Potencjalni mobilni doradcy włączenia społecznego w systemie 74
4.4 Kształcenie mobilnych doradców włączenia społecznego 78
5. Umiejscowienie Mobilnego doradcy włączenia społecznego w systemie wsparcia 86
5.1. Elementy w obecnym systemie wsparcia częściowo zbliżone do proponowanego instrumentu 86
5.1.1 Pracownik powiatowego centrum pomocy rodzinie 86
5.1.2 Pracownik ośrodka pomocy społecznej 89
5.1.3 Asystent rodziny 92
5.1.4 Osoby wspierające niepełnosprawnych w podmiotach niepublicznych 95
5.2 MDWS a inne usługi społeczne 97
5.3 Propozycje umieszczenia MDWS w systemie 99
5.4 Współpraca MDWS ze środowiskiem lokalnym 100
5.5 Organizacja i narzędzia pracy MDWS 104
6. Powiązanie MDWS z innymi instrumentami opracowywanymi w projekcie 107
6.1 Poszerzone wsparcie wytchnieniowe 107
6.2 System wspieranego podejmowania decyzji 108

6.3 Fundusze powiernicze 109
6.4 Wspomagające i alternatywne formy komunikacji (AAC) 110
6.5 Asystencja osobista 110
6.6 Budżet osobisty 111
7. Propozycja przygotowania pilotażu wdrażania MDWS 111
8. Określenie potencjalnych źródeł finansowania instrumentu 114
9. Monitoring i ewaluacja 115
10. Podsumowanie 117

Słowo wstępne

Każda osoba z niepełnosprawnością ma prawo do niezależnego życia, dostępu do wsparcia oraz realizacji wszystkich wolności i praw człowieka. Utrwalone stereotypy na temat niepełnosprawności, istniejące rozwiązania prawne w zakresie opieki instytucjonalnej, praktyki pozbawiania zdolności do czynności prawnych osób z niepełnosprawnościami, brak obowiązku zapewnienia komunikacji dla osób niekomunikujących się werbalnie, brak wsparcia rodziców osób z niepełnosprawnościami, a przede wszystkim brak asystencji osobistej i mechanizmów samostanowienia o wsparciu i zarządzania nim skutkują wykluczeniem społecznym osób z niepełnosprawnościami.

Instrument pt. Mobilny doradca włączenia społecznego jest jedną z ośmiu propozycji zapewniających pełne i skuteczne włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami, przygotowanych w ramach projektu: „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych” (numer projektu: POWR.02.06.00-00-0064/19).

Projekt realizowany jest w ramach Działania 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych. Oś Priorytetowa II: Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 przez:

- Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (lider projektu)
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Fundację im. Królowej Polski św. Jadwigi
- Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną.

Najważniejszym celem projektu jest wypracowanie nowych lub modyfikacja istniejących form wsparcia osób z niepełnosprawnościami, zapewniających

możliwość korzystania każdej osobie z niepełnosprawnością z wolności i praw człowieka na zasadzie równości z innymi.

Niniejsza propozycja instrumentu pt. Mobilny doradca włączenia społecznego jest odpowiedzią na potrzeby osób z niepełnosprawnościami rozpoznane podczas diagnoz środowiskowych realizowanych w 2020 i 2021 roku oraz wskazane w dotychczas opracowanych raportach, przeprowadzonych analizach, realizowanych w tym obszarze projektach. W ramach przeprowadzonej analizy obecnego systemu wsparcia oraz prac zespołów eksperckich Partnerzy przygotowali propozycję rozwiązań gwarantujących realizację osobom z niepełnosprawnościami prawa do niezależnego życia.

Niniejszy instrument jest elementem pakietu rozwiązań, które tworzą spójną całość, są komplementarne i nawzajem się uzupełniają. W ramach projektu powstały następujące propozycje instrumentów:

- Standard asystencji osobistej
- Standard Warsztatów Terapii Zajęciowej
- Asysta prawna jako element systemu wspieranego podejmowania decyzji
- Fundusze powiernicze
- System wsparcia osób o specjalnych potrzebach w komunikowaniu się wymagających wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC)
- Mobilny doradca włączenia społecznego
- Wsparcie zamiast opieki – poszerzone wsparcie wytchnieniowe
- Budżet osobisty.

Tłem i punktem wyjścia wszystkich propozycji instrumentów jest Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2012 poz. 1169) (dalej także skrótem: KPON) oraz stanowiska Komitetu ds. praw osób

z niepełnosprawnościami. Najistotniejsze w pracy zespołów eksperckich było poszukiwanie takich rozwiązań, które są zgodne z Konwencją i faktycznie przyczyniają się do możliwości prowadzenia niezależnego życia przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami, bez względu na stopień i rodzaj niepełnosprawności.

Niniejsze opracowanie powinno zostać poprzedzone kilkoma uwagami:

1. Instrument pt. Mobilny doradca włączenia społecznego ma charakter propozycji i jego ostateczny kształt zostanie opracowany po przeprowadzonych konsultacjach i rocznym pilotażu (patrz poniżej). Instrumenty wypracowane w projekcie zawierają rekomendacje i uzasadnienia niezbędnych zmian prawnych w celu wdrożenia konkretnych rozwiązań, ale nie są projektami aktów prawnych, których opracowanie zostało przewidziane na 2023 rok.
2. Opisy instrumentów wypracowanych w projekcie różnią się zarówno poziomem szczegółowości, jak i zakresem. Wynika to przede wszystkim z różnorodności otoczenia prawnego konkretnych propozycji oraz ich charakteru. Niektóre prezentowane rozwiązania są zupełnie nieznane obecnemu systemowi wsparcia (np. asysta prawna), będą wymagały głębokiej jego reformy, a ich opis jest uszczegółowioną rekomendacją możliwych kierunków rozwiązań.

   Inne instrumenty są modyfikacją istniejących form wsparcia i z tego powodu możliwe było zaproponowanie konkretnych i szczegółowych rozwiązań.
3. W ramach konsultacji środowiskowych wypracowanych propozycji instrumentów zostaną przeprowadzone warsztaty konsultacyjne, wywiady grupowe, wywiady indywidualne, ponadto zbierane będą opinie na temat poszczególnych instrumentów poprzez specjalną stronę konsultacyjną

(wlaczeniespoleczne.pl). Zebrane głosy i stanowiska posłużą do uzupełnienia i modyfikacji przedstawionych propozycji instrumentów.
Czas trwania konsultacji: październik 2021 – styczeń 2022 roku.

4. Instrumenty wypracowane w projekcie zostaną poddane pilotażowi w celu przetestowania przyjętych rozwiązań. Pilotaż będzie obejmował wybrane elementy instrumentów, możliwe do testowania w ramach obowiązującego porządku prawnego, czyli bez zmian prawnych niemożliwych do przeprowadzenia w ramach rocznego okresu pilotażu.
   Czas trwania pilotażu: luty 2022 – styczeń 2023 roku.
5. Efektem pilotażu będzie modyfikacja propozycji instrumentów.
   Czas trwania: luty 2023 – kwiecień 2023 roku.
6. Zmodyfikowane instrumenty zostaną skierowane do ponownych konsultacji środowiskowych w celu uzyskania najbardziej adekwatnych do potrzeb rozwiązań.
   Czas trwania: maj 2023 – lipiec 2023 roku.
7. W dalszej kolejności wypracowany zostanie ostateczny kształt projektów rozwiązań prawnych, czyli opracowane zostaną projekty aktów normatywnych i upowszechniane będą efekty projektu.
   Czas trwania: sierpień 2023 – grudzień 2023 roku.

Wszystkie planowane w projekcie działania odbywają się z udziałem osób z niepełnosprawnościami, w konsultacji z całym środowiskiem osób z niepełnosprawnościami, z poszanowaniem zasady „nic o nas bez nas”.

Informacje o projekcie: www.wlaczeniespoleczne.pl

1. Wprowadzenie

1.1 Aktualna sytuacja osób z niepełnosprawnością

Na przestrzeni lat sytuacja osób z niepełnosprawnością w Polsce uległa dużej zmianie. Dzięki aktywności podejmowanej przez wiele osób z niepełnosprawnościami w życiu publicznym, dzięki sukcesom odnoszonym na polu wielu dyscyplin sportu, a przede wszystkim w następstwie działań podejmowanych przez ich najbliższych, które mają na celu łamanie stereotypów zakorzenionych w społeczeństwie na temat możliwości rozwoju i aktywnego życia tej grupy osób, zaczęto zauważać i uwzględniać potrzeby osób z niepełnosprawnością. Wprowadzane od 30 lat rozwiązania prawne wspomagające środowisko osób z niepełnosprawnością na wielu płaszczyznach są nieustannie korygowane, co może świadczyć nie tylko o zmieniającej się rzeczywistości życia tych osób, ale także o właściwym podejściu legislatorów do coraz to innych warunków społecznych. Zwłaszcza od momentu ratyfikacji Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych w 2012 roku, gdy Polska zobowiązała się do „zapewnienia i popierania pełnej realizacji wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności wszystkich osób niepełnosprawnych, bez jakiejkolwiek dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność”[1], zmiany przybrały na intensywności, a obywatele widzą ich efekty. Uchwalona niedawno Ustawa o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami[2] pozwala przybliżyć temat niepełnosprawności społeczeństwu i stworzyć warunki do zapewnienia równego dla wszystkich dostępu do wszelkich usług.

[1] Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169).
[2] Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2020 r., poz. 1062).

Nie wszystkie osoby, które mają problemy w codziennym funkcjonowaniu z powodów zdrowotnych, dysponują wiedzą i umiejętnościami w zakresie korzystania z oferowanych przez państwo form wsparcia. Jednocześnie faktem jest, że pojawienie się niepełnosprawności w życiu każdej osoby zazwyczaj zaskakuje i ją, i jej najbliższych. Trudno zatem przygotować się do radzenia sobie w tej sytuacji.
Największą wiedzę na temat sposobów wsparcia w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnościami mają jedynie ci, którzy sami długotrwale doświadczają problemów w funkcjonowaniu z tego powodu i empirycznie zdobywają doświadczenie w poszukiwaniu wsparcia, oraz ci, którzy na co dzień świadczą taką pomoc potrzebującym poprzez wolontarystyczną lub zarobkową pracę w instytucjach wspierających osoby z niepełnosprawnością.

Budowany od 30 lat „system wsparcia” jest wciąż dalece niedopasowany do potrzeb osób zainteresowanych. Brak wzajemnego powiązania i odpowiedniej koordynacji wszystkich dostępnych elementów, wykluczanie się lub nakładanie różnych form wsparcia, a co za tym idzie – brak środków na indywidualnie dopasowaną realną pomoc – powodują, że ze wsparcia nie zawsze korzystają osoby rzeczywiście tej pomocy potrzebujące, ale takie, które potrafią być skuteczne w jej pozyskiwaniu. Powszechne jest także korzystanie ze wsparcia nieadekwatnego, niedopasowanego do potrzeb, wreszcie niezaplanowanego i nieprzemyślanego.

W sytuacji zaistnienia niepełnosprawności najważniejsze jest, aby wsparcie dotarło jak najszybciej i było jak najbardziej zindywidualizowane. Wiedza o tym, jak postępować w tak trudnym momencie, jest więc nieoceniona, a dotarcie do niej nie zawsze możliwe. Dlatego też wsparcie osób, które znalazły się w takiej sytuacji, a także ich najbliższych powinno być dostarczone ze strony instytucji i osób profesjonalnie do tego przygotowanych.

1.2 Przygotowanie nowego instrumentu wsparcia

W niniejszym dokumencie proponuje się powołanie instytucji **Mobilnego doradcy włączenia społecznego** (dalej w dokumencie używany zamiennie ze skrótem MDWS), którego zadaniem będzie jak najszybsze dotarcie do osoby potrzebującej wsparcia oraz zaproponowanie jej adekwatnej do potrzeb pomocy w zakresie zminimalizowania następstw niepełnosprawności, które mogą powodować jej wyłączenie z życia społecznego, a w przypadku długotrwałej niepełnosprawności – wspólne znalezienie drogi do włączenia jej w życie danej społeczności.

Mobilny doradca włączenia społecznego pozwala skupić się na kompleksowym i holistycznym wsparciu osób z wrodzoną lub nabytą niepełnosprawnością z jednoczesnym poszanowaniem ich podmiotowości i prawa do niezależnego życia. To ogromna szansa dla osób, które nie wiedzą, jak zwrócić się o odpowiednie wsparcie, nie mają świadomości dostępnych rozwiązań technologicznych czy darmowego wsparcia specjalistów. Mobilny doradca włączenia społecznego to osoba o wysoko rozwiniętych kompetencjach, mająca wiedzę o systemach wsparcia dla osób z niepełnosprawnością w Polsce, instytucjach, które oferują to wsparcie, specjalistach czy technologiach wspomagających. W zależności od sytuacji życiowej, stopnia niepełnosprawności, jej rodzaju i wskazanych w wywiadzie i w toku obserwacji możliwości i potrzeb, a przede wszystkim woli osoby z niepełnosprawnością, wsparcie dla każdego będzie inne.

Istotnym warunkiem jest, aby informacja o mobilnym doradcy włączenia społecznego docierała do osób na możliwie wczesnym etapie zaistnienia niepełnosprawności, a praca doradcy gwarantowała koordynację działań różnych instytucji. Ważny jest zatem element rozpowszechniania wiedzy o jego zadaniach i możliwościach udzielania wsparcia osobom potrzebującym.

Element mobilności jest nowatorskim sposobem podejścia do powszechności usługi. Umiejętność udzielenia wsparcia osobom najbardziej potrzebującym i wykluczonym będzie wynikała z tego, że to wsparcie dotrze do osoby z niepełnosprawnością, a nie ona będzie musiała go szukać.

Warunek powszechności świadczenia usług zostanie spełniony poprzez przyporządkowanie każdemu doradcy danego terytorium na poziomie samorządów lokalnych. Założeniem jest, aby siatka doradców w rzeczywisty sposób pokryła teren całego kraju, co pozwoli na dotarcie do najdalszych zakątków, gdzie żadne wsparcie obecnie nie dociera.

Innowacyjność nowo utworzonego instrumentu polegać będzie na wyszukiwaniu osób, które potrzebują zindywidualizowanej ścieżki wsparcia. Mobilny doradca włączenia społecznego ma mieć wysoko rozwinięte kompetencje społeczne, posiadać wiedzę doradczą oraz budzić zaufanie osób z niepełnosprawnością.

1.3 Podstawa prawna przygotowania instrumentu

Kompleksowe wsparcie osób z niepełnosprawnościami oraz osób nią zagrożonych i ich rodzin wynika z podstawowych dokumentów prawnych, ale jest też od wielu lat postulowane przez środowisko osób wspierających.

1.3.1 Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych a MDWS

Uzasadnienie powołania MDWS wynika wprost z większości **zasad ogólnych Konwencji ONZ**:

MDWS to instytucja, która w centrum uwagi stawia osobę z jej przyrodzoną godnością i autonomią. Podstawą jest budowanie niezależnego życia i praw przysługujących każdemu człowiekowi i obywatelowi. W ten sposób MDWS

przyczynia się do realnego wyrównywania szans i niedyskryminowania poprzez szeroki dostęp do kompleksowego wsparcia dla wszystkich osób potrzebujących, bez względu na ich wiek lub rozmiar czy rodzaj niepełnosprawności. W polskim kontekście osobną uwagę zwrócono na dzieci oraz rodziny, w których takie dzieci przychodzą lub mają przyjść na świat.

Instrument ten wychodzi również naprzeciw realizacji **Artykułu 9 KPON**, w którym jeden z punktów wprost odnosi się do zapewnienia wszystkim osobom z niepełnosprawnością dostępu do informacji:

MDWS osadzony jest w systemie jako odbierający sygnały płynące od osób z niepełnosprawnościami lub ich bliskich. Może jednak również aktywnie poszukiwać osób, które potrzebują wsparcia, i docierać do nich w miejscu ich zamieszkania. Jedną z podstaw działania MDWS jest przekazywanie rzetelnych, przydatnych informacji o ofercie i możliwościach udzielenia adekwatnego wsparcia.

Kluczowy **Artykuł 19 KPON**, w całości odnoszący się do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo, jest podstawowym elementem KPON, który stał się motywacją do stworzenia przedmiotowego instrumentu wsparcia:

MDWS dociera do osoby z niepełnosprawnością w miejscu jej zamieszkania i oferuje wsparcie w oparciu o środowisko lokalne oraz zasoby społeczne tam zlokalizowane tak, aby zaistniała niepełnosprawność nie spowodowała wykluczenia ze społeczności, którą również ta osoba tworzy. Podstawowymi celami ogólnymi działań MDWS są: prawo do dokonywania samodzielnych wyborów, do niezależnego życia oraz zapobieganie wykluczeniu, a także włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami.

Realizacja **Artykułu 25 KPON** stanowiącego o zdrowiu osób z niepełnosprawnością w sposób szczególny znajduje odzwierciedlenie w powołaniu MDWS:

Praca MDWS jest ściśle związana ze zdrowiem osoby z niepełnosprawnością, bo to ono jest najczęściej przyczyną kłopotów związanych z jej funkcjonowaniem. W sytuacji ciągłych zabiegów o jak najlepszy poziom zdrowia osoby wspieranej, działania MDWS opierają się na następujących założeniach, które współgrają zarówno z art. 25, jak i 19 Konwencji:

- założenie wczesności zapoczątkowania (MDWS dociera możliwie najszybciej),
- założenie ciągłości (MDWS wraz z osobą z niepełnosprawnością ustala plan działań),
- założenie kompleksowości (MDWS wskazuje wszystkie możliwości działań),
- założenie systematyczności (MDWS monitoruje realizację planu działań),
- założenie powszechności (MDWS dociera do każdej potrzebującej osoby) w dostępie do usług i potrzebnego wsparcia.

Ściśle powiązany ze zdrowiem **Artykuł 26 KPON** dotyczący rehabilitacji również będzie podstawą działania przedmiotowej instytucji:

MDWS podejmuje działania wobec osób z niepełnosprawnościami. Jego usługi skierowane są również do osób, które nie mając jeszcze stwierdzonej niepełnosprawności, mają problemy w funkcjonowaniu, wynikające zarówno z zaburzeń fizycznych, jak i ze stanów psychicznych lub ograniczeń społecznych. Co więcej, oferta jest skierowana również do rodzin, w których przyszło lub przyjdzie na świat dziecko z niepełnosprawnością.

W ramach swoich zadań MDWS:

- dokonuje indywidualnej diagnozy potrzeb i ustala wspólnie z osobą z niepełnosprawnością dokładny plan działania,
- wspiera w doborze sprzętów pomocniczych, adaptacjach związanych z codziennymi aktywnościami, udostępnia katalogi ze sprzętem, wyposażeniem lub innym wsparciem technicznym, doradza w doborze udogodnień lub kontaktuje ze specjalistami w tym zakresie,
- udostępnia i dobiera do potrzeb osoby z niepełnosprawnością formy wsparcia w społeczności lokalnej z posiadanej bazy projektów, ośrodków wsparcia i form aktywizacji na danym terenie,
- nawiązuje kontakty ze specjalistami, którzy mogą brać udział w procesie rehabilitacji lub wsparcia społecznego.

Kompetencje MDWS mają szeroki charakter i wiążą się z działaniami w kontekście zarówno medycznym, jak i psychologiczno-społecznym. Dlatego kluczowy jest dopracowany system szkolenia i rozwoju kompetencji. Jednocześnie MDWS jest zobowiązany do ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji, poszerzania wiedzy o nowych technologiach wykorzystywanych w rehabilitacji, a instytucje, z którymi współpracuje, są zobowiązane do współdziałania dla dobra osób z niepełnosprawnościami.

1.3.2 Potrzeba wsparcia wynikająca z raportów I kamienia milowego projektu „Aktywni niepełnosprawni…”

Potrzeba przygotowania instrumentu indywidualnego wsparcia osób z niepełnosprawnością oraz nią zagrożonych mocno wybrzmiała w badaniach i raportach wykonanych w I kamieniu milowym niniejszego projektu. W wielu wywiadach pojawiały się twierdzenia o nietrafionych działaniach systemowych i projektach dopasowanych jedynie do niewielkiej części społeczności osób z niepełnosprawnością. Podkreślano także brak przejrzystości w proponowanych rozwiązaniach i ich umieszczenie w różnych instytucjach oraz konieczność

kompletowania skomplikowanej dokumentacji wymagającej od wnioskodawców dużej mobilności. Najważniejszą barierą jest jednak brak w systemie odpowiedniej liczby osób, które są przygotowane do kompleksowego wsparcia osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, zwłaszcza na terenach wiejskich i słabo skomunikowanych. Badania pokazały również nieznajomość swoich praw (w tym prawa do niezależnego życia) wśród samych osób z niepełnosprawnością.

1.3.3 Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030 a MDWS

Wszystkie priorytety zaprezentowane w Strategii są zgodne zarówno z Konwencją ONZ, jak i z podstawowymi założeniami proponowanego instrumentu. Niezależne życie, dostępność, edukacja, praca, godne warunki życia i ochrona socjalna, zdrowie, budowanie świadomości społecznej oraz koordynacja procesu rehabilitacji i włączenia społecznego stanowią istotne elementy pracy mobilnego doradcy. Kompetencje mobilnego doradcy doskonale wpisują się w bieżące decyzje oraz działania mające na celu konwencyjne rozwiązania, zwiększające autonomię, samodzielność oraz poczucie sprawczości osób z niepełnosprawnościami w polskim społeczeństwie. Poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin to podstawowy cel wdrożenia przedmiotowego instrumentu wsparcia.

1.4 Istniejące rozwiązania zapewniające kompleksowe wsparcie osób z niepełnosprawnością

Przygotowanie przedmiotowego instrumentu stanowi próbę połączenia i uzupełnienia w oparciu o wyniki badań kilku rozwiązań funkcjonujących na terenie kraju oraz poza jego granicami. Wspólnym mianownikiem wszystkich tych projektów jest kompleksowość wsparcia i wysoka specjalizacja działań

w odniesieniu do bardzo indywidualnych potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami.

1.4.1 Rozwiązanie niemieckie – certyfikowany specjalista ds. zarządzania niepełnosprawnością (CDMP)

W Niemczech procesem rehabilitacji osób poszkodowanych zajmuje się certyfikowany specjalista do spraw zarządzania niepełnosprawnością (CDMP), zwany potocznie reha-managerem, który może działać w wielu obszarach:

- doradza osobom ubezpieczonym w kwestiach i problemach dotyczących rehabilitacji zawodowej i pracy,
- identyfikuje indywidualne potrzeby związane z życiem zawodowym,
- tworzy i aktualizuje indywidualny plan udziału w życiu zawodowym,
- koordynuje i nadzoruje proces rehabilitacji pod kątem efektywności i skuteczności, a także kieruje nim,
- przeprowadza rozmowy z pracodawcą,
- przeprowadza analizę miejsc pracy oraz sprawdza ich wyposażenie pod kątem pomocy technicznych oraz dostosowania miejsca pracy,
- doradza oraz organizuje spotkania w agencjach pracy, w ośrodkach rehabilitacji (zarówno medycznej, jak i zawodowej), w przedsiębiorstwach i instytucjach szkoleniowych.

Proces rehabilitacji osób poszkodowanych w wypadkach wspiera Niemieckie Społeczne Ubezpieczenie Wypadkowe (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV), które działa właśnie poprzez pracę reha-managerów.
DGUV jest publiczną instytucją, zajmującą się kwestiami zawodowymi. Zadania formalne DGUV związane są z zarządzaniem rehabilitacją/niepełnosprawnością w kontekście aktywności zawodowej. Specjaliści certyfikowani przez DGUV mają istotne znaczenie w niemieckim systemie ubezpieczeń, pracy i rehabilitacji – są

profesjonalnymi przewodnikami reintegracji zawodowej (Betrieblichen Eingliederungsmanagements – BEM). Do ich zadań należy:

- wdrożenie i wykonanie zarządzania integracją operacyjną/zawodową (Betrieblichen Eingliederungsmanagements – BEM),
- wsparcie w indywidualnych przypadkach, kiedy osoby w wyniku wypadku, urazu lub choroby tracą określone kompetencje zawodowe,
- budowanie sieci wsparcia dla osób poszkodowanych, by poprawić ich funkcjonowanie w kontekście społecznym oraz zawodowym,
- projektowanie środków profilaktycznych i zdrowotnych związanych z indywidualnymi możliwościami osoby, zasobami społecznymi oraz zasobami zawodowymi i miejscem pracy[3].

Program zarządzania rehabilitacją w DGUV definiowany jest więc jako proces planowania, koordynowania oraz celowych, aktywujących działań towarzyszących rehabilitacji medycznej, a także wszelkich świadczeń zmierzających do tego, aby klient mógł uczestniczyć w życiu zawodowym oraz w życiu społecznym. Podstawę jego działań stanowi indywidualny plan przeprowadzania rehabilitacji wraz z partnerskim włączeniem w ten proces wszystkich uczestników biorących w nim udział. Opiera się on na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Na realizację programu zarządzania rehabilitacją składają się następujące elementy:

1. Działania przygotowawcze – zebranie podstawowych informacji o sytuacji klienta, na przykład: czy przewidywany dotychczas okres niezdolności do pracy został właściwie ustalony, jaki jest status zawodowy klienta, jaką pracę wykonywał, czy konieczne jest przeniesienie do innej placówki

[3] https://www.dguv.de/disability-manager/index.jsp [dostęp: 12.09.2021].

medycznej, jakie czynniki kontekstowe związane z daną osobą lub środowiskiem mogłyby wywołać utrudnienia lub pomóc w rehabilitacji.

2. Plan rehabilitacji – umowne ustalenia dotyczące przebiegu rehabilitacji. Plan musi być kształtowany dynamicznie, w taki sposób, aby poczynione ustalenia można było w każdym momencie dopasować do zmieniających się warunków. Ma on obejmować wszystkie działania, które należy podjąć aż do momentu osiągnięcia wyznaczonego celu. Jest on sporządzany w trakcie rozmowy zespołu składającego się z ubezpieczonego/ubezpieczonej, lekarza i reha-managera, a także – w razie potrzeby – z kolejnych uczestników procesu. Plan rehabilitacji należy sporządzić w ciągu miesiąca od wypadku, chyba że zaistnieją przeszkody lub szczególne okoliczności uniemożliwiające jego sporządzenie w tym okresie.
3. Koordynowanie procesu rehabilitacji – proces rehabilitacji jest na bieżąco sprawdzany, koordynowany i – o ile to konieczne – odpowiednio sterowany. Reha-manager aktywnie informuje ubezpieczonych i świadczeniodawców na przykład o postępach w procesie leczenia, problemach lub konfliktach, które wymagają interwencji. Dlatego istotnym zadaniem reha-managera jest wymiana informacji pomiędzy uczestnikami procesu rehabilitacji i uzgadnianie terminów z takim wyprzedzeniem, aby można było sterować procesem odpowiednio wcześnie w przypadku, gdy zaistnieje niebezpieczeństwo ewentualnego opóźnienia się zaplanowanych działań.
4. Rozmowy w zespole – są one nieodłącznym elementem procesu. Odbywają się one z konkretnego powodu – gdy realizacja wyznaczonych celów lub podjętych działań jest zagrożona, na przykład poprzez istotnie zmieniające się warunki lub pojawiające się konflikty. Do rozmów, jeśli jest taka potrzeba, należy włączyć przedstawicieli pracodawcy (po uprzednim wyrażeniu zgody przez klienta).

5. Porównanie profilu wykonywanych działań (pracy) z aktualnym stanem leczenia oraz osiągniętymi postępami w leczeniu (aktualny profil umiejętności). Pozwala to odpowiednio wcześnie zaplanować rehabilitację dla danego rodzaju działań, rozpoznać możliwości włączenia społecznego oraz zaplanować świadczenia zmierzające do przywrócenia aktywności zawodowej.
6. Dopasowanie planu rehabilitacyjnego – konieczne jest działanie reha-managera, gdy powstają opóźnienia, następuje zmiana warunków, pojawiają się nowe informacje lub gdy skutki wypadku utrudniają reintegrację czy włączenie społeczne.
7. Współdziałanie lekarzy biorących udział w procesie rehabilitacji i innych specjalistów zaangażowanych w jego realizację.
8. Program zarządzania rehabilitacją uznaje się za zakończony w momencie, gdy zostaną osiągnięte cele rehabilitacyjne, a dalsza rehabilitacja medyczna oraz działania na rzecz włączenia społecznego oraz aktywizacji zawodowej nie są potrzebne. W praktyce najczęściej mamy do czynienia z zakończeniem programu gdy:
    - zostanie podjęta dotychczasowa aktywność zawodowa,
    - zostanie podjęta nowa aktywność zawodowa,
    - rehabilitacja została zakończona, ale nie jest możliwy powrót do pełnienia ról zawodowych[4].

<u>Kompetencje reha-managerów</u>

W ramach Niemieckiego Społecznego Ubezpieczenia Wypadkowego (DGUV) opisanego w punkcie 1.4.1 w programie kształcenia rehamanagerów, którzy są

[4] Deutsche Gesetzlichen Unfallversicherung, *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung*, DGUV, 2010, https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf [dostęp: 12.09.2021], s. 4-12.

profesjonalnymi przewodnikami reintegracji zawodowej, zwraca się uwagę na podstawowe kompetencje, do których należą:

- przygotowanie teoretyczne i praktyczne,
- znajomość systemu prawnego i świadczeń socjalnych,
- promowanie współpracy między partnerami społecznymi,
- przedstawianie/realizowanie strategii i technik w rozwiązywaniu problemów,
- używanie odpowiednich metod postępowania/zarządzania w konkretnych przypadkach,
- analizowanie i zabezpieczanie wydajności w miejscu pracy,
- poznanie związków między zdrowiem, niepełnosprawnością i profilaktyką,
- ocena wyników i zapewnienie jakości,
- prezentowanie odpowiednich zachowań społecznych.

Osobno rozpisane są zachowania etyczne i społeczne jako swoisty kodeks postępowania w związku z różnymi dylematami i kontekstami, pojawiającymi się w pracy reha-managera. Na zasady etyczne składają się:

- podstawowe wartości etyczne (godność, uczciwość, dobrostan),
- definicja relacji (standardy zawodowe, zakres i granice oraz stosunki pracy),
- pbszar zadań (plany reintegracji jako środki do tworzenia lub utrzymania miejsc pracy – zaangażowanie pracowników i pracodawców, potrzebne umiejętności, ograniczenia i bezpieczeństwo),
- standardy jakości i bezpieczeństwo (zabezpieczenie i rozszerzenie kompetencji, zapewnianie jakości),
- wymogi etyczne dla certyfikowanego menedżera do spraw niepełnosprawności (standardy etyczne dotyczące optymalizacji świadczeń w kontaktach ze społeczeństwem),
- prawa i regulacje (czynności i zachowania związane z niepełnosprawnością),

- menedżerowie w ramach prawnych i etycznych.

Działania edukacyjne, jak również działania związane z jakością w zarządzaniu niepełnosprawnością monitoruje komisja rewizyjna w DGUV. System niemiecki jest wyraźnie rozbudowany i sformalizowany. W połączeniu z zagadnieniami i modułami zawodowymi kompetencje stanowią podstawę egzaminu certyfikacyjnego dla niemieckich menedżerów ds. niepełnosprawności[5].

Szkolenie niemieckich specjalistów

Szkolenie uczestników jako ekspertów BEM jest certyfikowane przez Niemieckie Społeczne Ubezpieczenie Wypadkowe (Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV).

Treści szkolenia CDMP w jednym centrów przygotowujących do oficjalnego egzaminu/certyfikacji obejmują 17 modułów:

1. Wprowadzenie do zarządzania niepełnosprawnością/rehabilitacją i różnorodnością w życiu zawodowym,
2. Wdrożenie zarządzania integracją zawodową (BEM),
3. Choroba fizyczna a reintegracja zawodowa,
4. Bezpieczeństwo pracy i ergonomia,
5. Choroba psychiczna i reintegracja zawodowa I,
6. Choroba psychiczna i reintegracja zawodowa II (uzależnienie),
7. Umiejętności przywódcze i organizacyjne menedżera do spraw niepełnosprawności/rehabilitacji,
8. Korzyści dla ponoszących koszty I,
9. Korzyści dla ponoszących koszty II,
10. Aspekty prawa pracy w zarządzaniu integracją zawodową,

[5] *RICHTLINIEN zum Certified Disability Management Professional CDMP in der Fassung von Oktober 2019*, DGUV, https://www.dguv.de/medien/disability-manager/weiterbildung/neue-dokumente/cdmp-richtlinien_2019.pdf [dostęp: 09.09.2021].

11. Wywiady/prowadzenie rozmów w ramach zarządzania przypadkami,
12. Rozwiązywanie konfliktów i moderowanie w zarządzaniu integracją zawodową (BEM),
13. Analiza aktywności zawodowej i ocena wydajności,
14. Aspekty biznesowe w BEM – aspekty BEM związane z zarządzaniem przedsiębiorstwem,
15. Zarządzanie zdrowiem dla menedżerów do spraw niepełnosprawności/rehabilitacji,
16. Ocena i audyt,
17. Zasady etyczne w zarządzaniu niepełnosprawnością i przygotowanie do egzaminu.

W zależności od kwalifikacji i wcześniejszego doświadczenia stosuje się elastyczne zarządzanie modułami pod kątem przygotowania do egzaminu[6].

1.4.2 Wsparcie dla osób po urazach oferowane przez wrocławską firmę REHACOMPLEKS

Na terenie kraju działają pozainstytucjonalne rozwiązania wspierające osoby z niepełnosprawnościami. Jednym z takich przykładów są działania wrocławskiej firmy Rehacompleks, która od 2011 roku działa na rzecz osób z niepełnosprawnościami wynikającymi z nagłej utraty zdrowia w konsekwencji urazu lub choroby. Początkowo wsparcie Rehacompleks obejmowało ocenę rozmiaru szkody i uzyskiwanie świadczeń związanych z kosztami leczenia, rehabilitacji, zakupu sprzętu czy przystosowania mieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnościami. W miarę rozwoju firmy ofertę wzbogacono o pełną ocenę potrzeb i ustalenie indywidualnego planu działania, wskazanie możliwych źródeł finansowania potrzeb i doradztwo w doborze właściwego sprzętu. W chwili

[6] https://wis.ihk.de/seminar-kurs/certified-disability-management-professional-cdmp.html [dostęp: 05.09.2021] oraz https://www.dguv.de/disability-manager/ausbildung/wie/index.jsp [dostęp: 05.09.2021].

obecnej oferta Rehacompleks obejmuje również kompleksowe zarządzanie rehabilitacją medyczną, społeczną i zawodową. Dla klientów wraz z partnerami społecznymi i biznesowymi rozwijane są również projekty: „Po Amputacji” oraz „Po Urazie Rdzenia”, a także „Po Urazie Głowy”.

Każdy klient Rehacompleks otrzymuje indywidualną opiekę menadżera rehabilitacji, który zapewnia:

- przygotowanie indywidualnego planu działania i rehabilitacji na podstawie telefonicznego lub osobistego badania potrzeb klienta. Przede wszystkim na bezpośrednim spotkaniu menadżer rehabilitacji ocenia predyspozycje klienta oraz potrzeby związane z obecnym stanem sprawności. Ocenia, w jakim środowisku funkcjonuje dana osoba i jakie bariery nie pozwalają jej na powrót do normalnego funkcjonowania. Wspólnie z klientem menadżer ustala indywidualny plan działania, który będzie realizowany w kolejnych tygodniach i miesiącach,
- wskazanie źródeł finansowania potrzeb klienta oraz ustalenie, o jakie świadczenia może się on ubiegać i do jakich instytucji powinien złożyć odpowiednie dokumenty – NFZ, PFRON (środki ogólne i dedykowane programy, na przykład Aktywny Samorząd), polisy NNW, polisa OC p.p.m, polisa OC właściciela gospodarstwa rolnego, świadczenia z ZUS (na przykład jednorazowe odszkodowanie za wypadek w pracy), dofinansowania ze strony fundacji i stowarzyszeń,
- pomoc w organizacji rehabilitacji medycznej poszpitalnej, zarówno w ramach refundacji przez NFZ, jak i w trybie komercyjnym. Menadżer rehabilitacji na podstawie zgromadzonego wywiadu z pacjentem, rodziną i personelem medycznym oraz dokumentacji medycznej ustala z placówkami medycznymi możliwość podjęcia rehabilitacji, termin rozpoczęcia, a także cenę (w przypadku turnusów komercyjnych),

- organizację doradztwa w doborze właściwego sprzętu niezbędnego do dalszego funkcjonowania – protezy kosmetyczne, nowoczesne protezy bioniczne, pionizator, wózek aktywny i elektryczny, system do komunikacji alternatywnej C-Eye,
- sugestie, w jaki sposób dostosować mieszkanie, żeby jego poszczególne elementy wspierały funkcjonowanie klienta, a nie były przeszkodą, a także informacje, jak poradzić sobie z barierami architektonicznymi na zewnątrz mieszkania i budynku, takimi jak brak windy czy schody przed blokiem,
- porady, jakie elementy zamontować w samochodzie, żeby jego prowadzenie było bezproblemowe, skierowanie do odpowiedniego zakładu, który jest w stanie przystosować samochód do korzystania przez osobę z niepełnosprawnością ruchową,
- ocenę predyspozycji zawodowych klienta i skierowanie do właściwych instytucji, które podpowiedzą, jaki zawód mógłby on wykonywać, biorąc pod uwagę zarówno możliwości fizyczne, jak i posiadane kompetencje
- spotkania z osobami, które przeszły podobną drogę powrotu do sprawności, mogą podzielić się swoimi obawami i udzielić w zamian cennych wskazówek (określamy ich Asystentami Wsparcia),
- dodatkowo dla osób po amputacjach kończyn i uczestników programu „Po Amputacji” menadżer rehabilitacji organizuje konsultacje z fizjoterapeutami przygotowującymi pacjentów do procesu protezowania.

Rehacompleks współpracuje z fundacjami działającymi na rzecz osób z niepełnosprawnościami, między innymi z Fundacją Moc Pomocy i Fundacją Rafała Wilka Sport Jest Jeden. Rehacompleks jest również członkiem Polskiego Stowarzyszenia Rehamanagerów.

1.4.3 Trener funkcjonalny – wsparcie dla osób z niepełnosprawnością proponowane przez Fundację Eudajmonia

Indywidualne podejście do sytuacji każdej osoby, której udzielane jest wsparcie, znajduje odzwierciedlenie w wielu projektach podejmowanych przez organizacje pozarządowe. Jednym z nich jest Subregionalne Centrum Asystentury prowadzone obecnie przez **Fundację Eudajmonia** w partnerstwie z powiatem polkowickim oraz Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, gdzie proponuje się profesjonalne usługi z zakresu asystentury funkcjonalnej, wyspecjalizowane wsparcie w postaci trenera aktywności oraz doradztwo życiowe i psychologiczne dla rodzin i otoczenia osób z niepełnosprawnością. Celem projektu jest wzrost samodzielności oraz aktywności społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością oraz osób niesamodzielnych.

Realizacja asystentury funkcjonalnej opiera się na założeniu, że każdy człowiek jest inny, ma inne potrzeby i możliwości, unikalny charakter i sposób zachowania, a indywidualna niepełnosprawność jeszcze bardziej różnicuje jego osobowość. Dlatego też potrzebuje indywidualnego podejścia w procesie zmian, podejścia uwzględniającego jej dotychczasowe funkcjonowanie, ale jednocześnie stymulującego do zmian w obranym kierunku. Taką innowacyjną usługę aktywizacji społeczno-zawodowej proponuje Fundacja Eudajmonia w realizacji asystencji funkcjonalnej. Wsparcie proponowane jest osobom z niepełnosprawnością, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej z powodu barier przyczyniających się do bierności i niskiej samodzielności życiowej. Osoby te często nie mają wiedzy, w jakiej sytuacji się znajdują, jak mogłoby wyglądać ich życie oraz co mogłyby w życiu osiągnąć, dopóki nie znajdzie się osoba, która im to uzmysłowi – pokaże możliwości, zmotywuje do większej aktywności, wskaże drogę postępowania. Zwiększenie poziomu samodzielności i poprawę funkcjonowania w otaczającym środowisku można osiągnąć, podejmując równolegle działania w zakresie poprawy funkcjonowania samej osoby

z niepełnosprawnością, jej otoczenia społecznego oraz instytucji świadczących wsparcie.

Fundacja Eudajmonia w wypracowanym Modelu Trenera Aktywności proponuje interdyscyplinarne, dopasowane do potrzeb, specjalistyczne wsparcie dla każdej osoby z niepełnosprawnością, która ma trudności z określeniem celu i poziomu swojej aktywności czy to społecznej, czy zawodowej. Dopiero uświadomienie sobie tego celu pozwala na wybór drogi do jego osiągnięcia. Jest to baza dla realizowanych obecnie przez Fundację usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

Trzeba tu jasno zaznaczyć, że wśród osób z niepełnosprawnością tylko nieliczna grupa potrafi wskazać, jakiego rodzaju asystentury oczekuje. Wiele osób dopiero wówczas, gdy pojawi się u nich asystent, dowiaduje się, że może wyjść z domu, korzystać z usług ogólnie dostępnych czy zacząć pracować. I to jest dopiero początek.

Wdrażając swoją ideę w życie, Fundacja Eudajmonia „zaraża” takim podejściem do wsparcia coraz to nowe środowiska lokalne. Pozyskuje asystentów, szkoli ich, wspiera w działaniach na rzecz osób z niepełnosprawnością. Uświadamia samorządom, jak powinno być udzielane wsparcie osobom zależnym i niepełnosprawnym w celu umożliwienia im niezależnego życia oraz bycia częścią społeczności z pełnym zachowaniem ich poczucia godności.

1.4.4 Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie projektu „Bezpieczna przyszłość”

Model „Bezpieczna przyszłość” to kompleksowa koncepcja wsparcia środowiskowego osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin w społeczności lokalnej, a więc w miejscu ich zamieszkania, w środowisku

rodzinnym i otoczeniu społecznym, zapewniająca godne życie przy zaspokajaniu ich specyficznych potrzeb, ale także z wykorzystaniem realnych możliwości ich aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym (inkluzja). Model w szczególności ukierunkowany jest na stworzenie sytuacji, w której możliwe jest pozostanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną w swoim środowisku życia, także po śmierci opiekunów – rodziców lub innych osób bliskich[7].

Celem jest:

1. wypracowanie rozwiązań dotyczących zabezpieczenia prawno-finansowego, mieszkaniowego i społecznego osoby z niepełnosprawnością intelektualną na czas, gdy z przyczyn naturalnych straci ona już oparcie w rodzinie, a także
2. przygotowanie wsparcia środowiskowego umożliwiającego dalsze funkcjonowanie tych osób w swojej społeczności lokalnej.

Centralna koncepcja tego rozwiązania to kręgi wsparcia, które tworzą osoby z obszaru zarówno formalnego – na przykład terapeuta, pracownik socjalny, prawnik – jak również nieformalnego – na przykład wolontariusze, fryzjer, przyjaciele, sąsiedzi, rodzina. Jest to kreowanie zintegrowanego systemu środowiskowego w oparciu o planowanie skoncentrowane na osobie (PSO), które tworzy długofalową perspektywę projektowania przyszłości w oparciu o potencjał konkretnej osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Stanowi to zabezpieczenie finansowe, mieszkaniowe, społeczne osoby i przemyślenie oraz wspólne podjęcie decyzji przez rodzinę i osobę z niepełnosprawnością intelektualną między innymi odnośnie do podziału majątku, miejsca

[7] „Bezpieczna Przyszłość. Model wsparcia środowiskowego osób z niepełnosprawnością intelektualną w środowisku lokalnym”. Opracowanie stworzone podczas projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, współfinansowanego ze środków EFS od 01 października 2016 roku do 31 stycznia 2017 roku w ramach umowy z Ministerstwem Rozwoju przez Partnerstwo w składzie: PSONI–BORIS–Stowarzyszenie Tęcza.

zamieszkania, opiekuna prawnego, rozwiązań zdrowotnych i kręgu społecznego wsparcia.

Nie zawsze brat czy siostra są gotowi do wzięcia na siebie odpowiedzialności, dlatego trzeba jak najwcześniej omówić sytuację w rodzinie i podjąć odpowiednie kroki. Warto również sporządzić testament, żeby uniknąć niepotrzebnych konfliktów.

Wsparcie środowiskowe to przede wszystkim praca w społeczności i ze społecznością, a także tworzenie sieci lokalnej współpracy i integracja usług między instytucjami, organizacjami, które będą współdziałać na rzecz lepszej jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. W końcu, nie mniej ważna jest praca z rodzinami i opiekunami w relacji partnerskiej, w tym włączanie do myślenia o zabezpieczeniu przyszłości ich dzieci.

Aby wprowadzać i wspierać zmianę w oparciu o koncepcję pracy środowiskowej w danej społeczności, należy zorganizować trzy elementy działań:

1. Praca z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami skutkująca tworzeniem kręgów wsparcia, na które składają się osoby i instytucje uczestniczące w codziennym życiu osoby z niepełnosprawnością i od których zależy jakość jej obecnego i przyszłego życia:

- członkowie rodzin i przyjaciele,
- sąsiedzi, znajomi, lokalni wolontariusze,
- lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci,
- prawnicy, w tym notariusze,
- lokalni usługodawcy,
- ośrodki pomocy społecznej i ich pracownicy,
- grupy religijne,
- inne rodziny w podobnej sytuacji.

2. Organizowanie społeczności lokalnej, której rezultatem jest koalicja sojuszników stanowiąca dobrowolne porozumienie zawarte pomiędzy instytucjami samorządowymi i państwowymi, organizacjami i stowarzyszeniami mieszkańców, grupami nieformalnymi, przedsiębiorcami oraz osobami fizycznymi, zwanymi sojusznikami, powołana dla efektywnej realizacji programu „Bezpieczna przyszłość” na terenie gminy lub powiatu, która działa na rzecz społecznej inkluzji osób z niepełnosprawnością intelektualną.
3. Edukacja i wsparcie procesu zmiany na poziomie centralnym i lokalnym.

Istotnym zadaniem i działaniem w modelu „Bezpieczna Przyszłość” jest koordynowanie usług społecznych i zdrowotnych na danym terenie, zbieranie informacji o dostępnych rozwiązaniach, placówkach, usługach oraz podmiotach realizujących te usługi, zakresie i specyfice ich działań. Dzięki skoordynowanej pracy zespołowej możliwe jest bardziej efektywne działanie na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną, gdyż przedstawiciele różnych podmiotów, na przykład pracownik socjalny, asystent osoby niepełnosprawnej, lekarz czy fizjoterapeuta, widzą się wzajemnie i współpracują. Dzięki zaangażowaniu tak różnorodnych partnerów we wspólnie zaplanowane działania stopniowo dochodzi do ujednolicenia często zróżnicowanych postaw i przekonań związanych z osobami z niepełnosprawnością intelektualną wśród samych uczestników koalicji. W miarę nabywania doświadczeń i realizacji kolejnych zadań koalicja coraz wyraźniej wpływa na lokalne środowisko, opinię publiczną, postawy poszczególnych mieszkańców i całych zbiorowości. Wzrasta jej funkcja edukacyjna.

Doświadczenie budowania sieci współpracy lokalnej na rzecz danej grupy osób z niepełnosprawnością oraz działanie skoncentrowane na osobie jest przykładem

dobrych praktyk, które mogą być wykorzystane w przygotowaniu do pracy osób podejmujących się zadania mobilnego doradcy włączenia społecznego.

1.4.5 Kształcenie specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – projekt PFRON

W latach 2018–2020 w następstwie realizacji dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 4.3 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wraz z partnerami podjął kształcenie w systemie studiów podyplomowych w kierunku specjalista ds. zarządzania rehabilitacją. Oprócz PFRON (pełniącego funkcję lidera) w projekt zaangażowane były uczelnie:

- Gdański Uniwersytet Medyczny,
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
- Uniwersytet Warszawski,
- Uniwersytet Wrocławski,

oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych i partner zagraniczny – Niemieckie Społeczne Ubezpieczenie Wypadkowe (Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV), które kształci specjalistów do spraw zarządzania niepełnosprawnością (CDMP) w Niemczech. Model kształcenia powstał więc we współpracy instytucji publicznych, uczelni wyższych oraz partnera niemieckiego.

Jak podają autorzy projektu: „Obserwowana w Polsce dezintegracja instytucjonalna i związane z nią rozproszenie finansowania procesu rehabilitacji stało się bezpośrednią inspiracją do wykreowania nowego typu profilu zawodowego, tj. specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. Ich działalność

zawodowa polegała będzie na wsparciu osób, które w wyniku różnych zdarzeń losowych stały się niepełnosprawne lub u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia uniemożliwiające im, przynajmniej czasowo, dalszą aktywność zawodową lub społeczną"[8].

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją zgodnie z założeniami ma prezentować rozległą wiedzę oraz umiejętności umożliwiające identyfikację oraz rozwiązywanie zróżnicowanych problemów osoby, która uległa wypadkowi lub straciła sprawność w wyniku ciężkiej choroby.

W przygotowanym (na bazie rozwiązań niemieckich) projekcie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją kompetencje podzielono w następujący sposób:

1. kompetencje osobiste:
   a) empatia poznawcza,
   b) inteligencja emocjonalna,
   c) motywacja osiągnięć,
   d) myślenie analityczne,
   e) rozwój własny,
   f) adaptacja i radzenie sobie ze stresem,
2. kompetencje społeczne:
   a) umiejętność współpracy i pracy zespołowej,
   b) komunikatywność oraz umiejętność nawiązywania i budowania relacji,
   c) asertywność,
   d) umiejętności coachingowe,
3. kompetencje menedżerskie:
   a) koordynowanie pracy zespołowej,

[8] *MODEL KSZTAŁCENIA STUDIA PODYPLOMOWE SPECJALISTA DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ*, opracowanie zbiorowe, marzec 2018, s. 6.

b) sprawność organizacyjna i samodzielność,
c) podejmowanie decyzji,
d) motywowanie innych,
e) budowanie zespołu oraz kreowanie standardów związanych ze wspieraniem osób niepełnosprawnych,
f) umiejętności negocjacyjne i mediacyjne,
g) budowanie wizerunku własnego i klienta,
h) myślenie systemowe,

4. kompetencje zawodowe:
   a) wiedza z zakresu prawa pracy,
   b) wiedza z zakresu prawa ubezpieczeniowego i cywilnego,
   c) wiedza z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia,
   d) ogólna wiedza medyczna,
   e) znajomość systemu wsparcia osób niepełnosprawnych,
   f) znajomość rynku pracy oraz instytucji i usług rynku pracy,
   g) wiedza administracyjna,
   h) wiedza psychologiczna,
   i) zdolność do prowadzenia pojazdu,
   j) umiejętność obsługi komputera[9].

Program kształcenia na studiach podyplomowych specjalista ds. zarządzania rehabilitacją w roku akademickim 2019/2020 (druga edycja) obejmował 258 godzin dydaktyki i składał się z następujących modułów kształcenia:

1. Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) – 50 godzin dydaktyki;
2. Moduł Medyczny (MM) – 37 godzin dydaktyki;
3. Moduł Psychologiczny (MP) – 70 godzin dydaktyki;

[9] *MODEL KSZTAŁCENIA STUDIA PODYPLOMOWE SPECJALISTA DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ*, opracowanie zbiorowe, marzec 2018 s. 52-61.

4. Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) – 40 godzin dydaktyki;
5. Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) – 51 godzin dydaktyki;
6. Moduł Seminarium – 10 godzin dydaktyki[10].

W stosunku do pierwszej edycji (2018/2019) zwiększono ogólną liczbę godzin zajęć (z 210 na 258) poprzez dodanie ich do modułu rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz do modułu zarządzania procesem rehabilitacji. Program był ewaluowany i modyfikowany ze względu na oceny i wnioski z pierwszej edycji.

Uruchomienie takich studiów podyplomowych z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako liderem to ważny krok w usprawnianiu serwisu dla osób z problemami w funkcjonowaniu. To również istotny element optymalizacji i skuteczności w wydawaniu środków publicznych.

Wprowadzenie Mobilnego doradcy włączenia społecznego stanowi rozwinięcie koncepcji proponowanej przez PFRON i pozostałych partnerów projektu w kierunku większej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz jeszcze bardziej adekwatnego i spersonalizowanego wsparcia. Okazuje się to tym bardziej istotne, że po zakończeniu projektu dofinansowanego ze środków unijnych nie udało się utrzymać studiów kształcących specjalistów do spraw zarządzania rehabilitacją na żadnej w czterech uczelni partnerskich i całkowitą liczbę wykształconych specjalistów tworzy w Polsce mniej niż 250 osób.

Każda z przedstawionych powyżej inicjatyw stanowi dobrą praktykę, która swoim charakterem w jakiejś części nawiązuje do proponowanego instrumentu wsparcia. Połączenie najważniejszych elementów w jedną całość oraz osadzenie rozwiązania w realiach Polski lokalnej, w myśleniu wyznaczonym przez

[10] *Program Kształcenia Studia Podyplomowe Specjalista ds. Zarządzania Rehabilitacją rok akademicki 2019/2020*, Warszawa 2019

Konwencję, w wynikach przeprowadzonej diagnozy daje szansę na rzeczywistą, celowaną pomoc kierowaną adekwatnie do rodzaju i stopnia niepełnosprawności, a przede wszystkim – indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

2. Opis grupy docelowej i sposobu objęcia wsparciem

2.1 Grupy osób, które zostaną objęte wsparciem

Osoby, którym dedykowany jest proponowany instrument obejmujący usługi mobilnego doradcy włączenia społecznego, należą do różnych kategorii społecznych. Gdybyśmy stwierdzili, że stanowią one kategorię społeczną osób z niepełnosprawnościami, już zawęzilibyśmy zakres działań mobilnego doradcy. Zgodnie z założeniami Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021–2030 oraz z raportami z I kamienia milowego podczas przygotowywania założeń do instrumentu uwzględniono przede wszystkim spojrzenie, które w centrum umieszcza osobę (lub rodzinę) potrzebującą określonego wsparcia lub serwisu – niezależnie, czy jest niepełnosprawna w sensie formalnym. **Dlatego odbiorcami usług powinny być osoby:**

1. **z niepełnosprawnościami w sensie prawnym,**
2. **zagrożone niepełnosprawnością lub niepełnosprawne w sensie biologicznym, ale nieposiadające (jeszcze) formalnego orzeczenia,**
3. **tworzące rodziny, w których na świat przyszło lub ma przyjść dziecko z niepełnosprawnością.**

Tak zróżnicowane kategorie powodują istotne różnice w profilowaniu wsparcia, które powinno zostać im zaproponowane. Fakt, czy odbiorca wsparcia jest na przykład osobą z wieloletnią niepełnosprawnością, czy przeciwnie – osobą, która doznała nagle urazu w wyniku wypadku, straciła wzrok, choruje na chorobę

przewlekłą i jej rokowania nie są dobre, powinien być uwzględniony przy obieraniu celów oraz ustalaniu zakresu działań MDWS.

W przypadku osób z dopiero co nabytą niepełnosprawnością oraz rodziny, w której właśnie pojawiło się dziecko zagrożone niepełnosprawnością, MDWS dzięki swoim kompetencjom będzie w stanie:

- przeprowadzić rodzinę/osobę przez uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności,
- poinformować o możliwościach dofinansowań na rehabilitację,
- wyjaśnić możliwości likwidowania barier,
- skierować do odpowiednich specjalistów,
- skontaktować z instytucjami oraz organizacjami zajmującymi się kwestiami zbieżnymi z potrzebami,
- skontaktować z osobami w podobnej sytuacji życiowej (wymiana doświadczeń, wsparcie, budowanie motywacji, wykorzystanie potencjału społecznego).

W przypadku osób, które znajdują się „w letargu” związanym ze swoją niepełnosprawnością, nie widzą dróg wsparcia, znalazły się w trudnym punkcie swojego życia, MDWS zaproponuje ścieżki związane z aktywizacją czy interesujące miejsca, gdzie może zostać podjęta próba włączenia społecznego i poprawy funkcjonowania, uświadomi prawo do niezależnego życia i wskaże motywujące przykłady osób w podobnej sytuacji z możliwie najbliższego otoczenia.

Coraz większy odsetek społeczeństwa stanowią seniorzy. Mimo że starzenie się jest normalnym procesem fizjologicznym i samo w sobie nie stanowi problemu, seniorzy jako kategoria społeczna narażeni są na problemy zdrowotne

lub integracyjne i częściej niż w populacji ogólnej występuje u nich niepełnosprawność.

W każdym przypadku do beneficjenta należy podejść w sposób zindywidualizowany. Dlatego mobilny doradca włączenia społecznego powinien mieć uniwersalną wiedzę i kompetencje na temat różnego rodzaju niepełnosprawności: ruchowej, sensorycznej, intelektualnej oraz psychicznej. Poza tym MDWS powinien być w stanie zrozumieć sytuację rodzinną i społeczną osób z niepełnosprawnością i ich najbliższych. To bardzo szeroki wachlarz kompetencji i trudno wyobrazić sobie, by jedna osoba była równie kompetentna we wszystkich powyższych obszarach. Trudno na przykład mieć specjalistyczną wiedzę na temat odpowiedniego doboru zarówno wózka inwalidzkiego, protezy, jak i powiększalnika dla osób słabowidzących – MDWS powinien mieć jednak wiedzę/kompetencje, by móc skierować beneficjenta do odpowiednich specjalistów czy instytucji. Mobilny doradca powinien w sposób skoordynowany, kompleksowy i indywidualny realizować plan podnoszenia jakości życia dla każdego odbiorcy swoich usług – tak poprzez działania własne, jak i poprzez odpowiednią współpracę, koordynację oraz doradztwo innych osób lub instytucji.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe rozważania, proponuje się, by w instrumencie grupy docelowe określić następująco (zob. Tabela 1):

Tabela 1. Grupy docelowe w instrumencie MDWS

Podstawowe ścieżki wsparcia MDWS	Typ obsługiwanego beneficjenta

Ścieżka I MDWS Pourazowa (Adaptacyjna)	Osoby, które doznały urazu, wypadku, choroby lub niepełnosprawności, a wcześniej były aktywne społecznie lub zawodowo. Zwykle chodzi o sytuacje pojawiające się w życiu i powodujące zmianę możliwości funkcjonowania, zarówno w kontekście indywidualnym, jak i społecznym. Osoby takie często nie posiadają jeszcze orzeczenia o niepełnosprawności i nie zdają sobie sprawy, jakie kroki należy podjąć. Nie mają wiedzy o niepełnosprawności i przysługujących im prawach. Osoby te do tej pory zwykle funkcjonowały w społeczeństwie normalnie. Chodzi o powrót do pełnienia dotychczasowych ról społecznych lub ich zmiany, jeśli nie da się przywrócić pełnej sprawności.
Ścieżka II MDWS Integracyjna (Inkluzywna)	Osoby niepełnosprawne od lat, które: • otrzymują wsparcie nieadekwatne do ich potrzeb, • „wypadły z systemu” ze względu na okoliczności społeczne lub wiek. W takim przypadku często mamy do czynienia z osobami z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną, często niepełnosprawnymi od urodzenia, wymagającymi wsparcia w czynnościach dnia codziennego, które nie otrzymują adekwatnego do potrzeb wsparcia, i zajmują się nimi przede wszystkim najbliżsi, bo system wsparcia nie dociera do środowiska życia takich osób i ich rodzin.
Ścieżka III MDWS Rodzinna (Wspierająca)	Rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi lub/i zagrożonymi niepełnosprawnością oraz rodziny, które spodziewają się dziecka z niepełnosprawnością. Rodzina to najważniejsze osoby w życiu dziecka z niepełnosprawnością, otaczające je miłością, troską, opieką. Często jednak samotnie borykają się z codziennymi zadaniami wychowawczymi i opiekuńczymi, pozostają bez potrzebnego im wsparcia. Tutaj MDWS będzie bardziej wsparciem dla rodziców niż dla samej osoby z niepełnosprawnością.

2.2 Proponowane ścieżki wsparcia

Beneficjenci wsparcia MDWS nie stanowią jednej kategorii społecznej. Dlatego ich potrzeby są bardzo różnorodne. Biorąc pod uwagę powyższe, warto skupiać się bardziej na indywidualizacji (personalizacji) wsparcia niż na profilowaniu grupowym. Jednak ze względu na bardzo duży zakres wymaganych od MDWS kompetencji, który musi znaleźć odzwierciedlenie w systemie szkolenia, wyłaniają się trzy profile/ścieżki wsparcia. Takie ujęcie z jednej strony pokazuje, jak ważne jest kompleksowe i zindywidualizowane wsparcie, z drugiej zaś

pozwala utrzymać integralność budowanych przez MDWS kompetencji przy jednoczesnym uwzględnieniu, jak trudno jednej osobie prezentować równie wysokie kompetencje we wszystkich obszarach wsparcia (eksperci zgodnie uznali, że są to kompetencje nieosiągalne dla jednej osoby). Dlatego docelowym efektem instrumentu powinna być multiprofesjonalna współpraca zespołowa, w której członkowie zespołu uzupełniają się w niezbędnych dla beneficjenta obszarach działań i ścieżkach wsparcia.

Wskazane ścieżki wsparcia w rzeczywistości będą się przenikać i nawzajem uzupełniać. Indywidualne podejście do problemów konkretnych osób z niepełnosprawnościami może również z czasem skutkować wypracowaniem zupełnie innych wzorów (schematów) postępowania w zależności od tego, jakie problemy będą dominowały na danym terenie. Proponowane zakresy działań nie stanowią więc sztywnych zestawów procedur. Zakłada się, że wysokie kompetencje i wiedza MDWS doprowadzi do wypracowania również nowych rozwiązań, których w tym opracowaniu nie przewidzieli eksperci, a które pojawią się i zostaną włączone do instrumentu w wyniku pilotażu.

Przykładem mogą być osoby starsze, które stanowią coraz liczniejszą kategorię społeczną nie tylko w Polsce, ale również w skali globalnej. Do seniorów adresowanych jest coraz więcej programów, projektów i działań społecznych. Również autorzy instrumentu zadbali, by osoby starsze zostały uwzględnione jako beneficjenci wsparcia mobilnych doradców włączenia społecznego. Seniorzy uwzględnieni zostali:

a) w ścieżce II, która dedykowana jest przede wszystkim dla osób przewlekle chorych, długotrwale niepełnosprawnych i właśnie seniorów
b) w ramach pozostałych ścieżek wsparcia, jeśli na przykład dojdzie do gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia (ścieżka I) lub kiedy osoba starsza jest opiekunem dziecka z niepełnosprawnością (ścieżka III).

Biorąc pod uwagę istniejące już programy dedykowane osobom starszym i na nich się skupiające oraz cele MDWS, aby docierać do osób potrzebujących, niezależnie od ich wieku czy miejsca zamieszkania, w instrumencie nie wydzielono osobnej ścieżki dla seniorów.

Sytuacja osób starszych w kontekście stopniowej utraty możliwości samodzielnego funkcjonowania zostanie uwzględniona podczas wdrażania instrumentu jako jeden z zakresów działania MDWS. Możliwe również, że w miarę rozwoju instrumentu, usług mobilnych doradców oraz sytuacji demograficznej w przyszłości zostanie wprowadzona osobna ścieżka dla seniorów i inne rodzaje wsparcia, które obecnie są przedmiotem działań związanych z polityką senioralną.

2.2.1 Ścieżka wsparcia I

W grupie osób, które stają się niepełnosprawne na skutek wypadku lub ciężkiej choroby, znajdują się osoby z różnych grup wiekowych, środowisk społecznych oraz lokalizacji (wsie, małe i duże miasta). Cechą szczególną tej grupy jest fakt, iż osoby w niej się znajdujące mają bardzo dużą świadomość utraconej sprawności w przeciwieństwie do grupy osób niepełnosprawnych od urodzenia. Zadaniem MDWS jest przede wszystkim pokazanie beneficjentowi, w jaki sposób, korzystając z dostępnych narzędzi wsparcia, może ponownie stać się osobą samodzielną.

MDWS w trakcie pracy z beneficjentem określa jego potrzeby i ustala indywidualny plan działania.

Dokument oceny potrzeb zawiera takie elementy jak:

- dane osobowe (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, telefon, poczta e-mail, dane reprezentanta),

- data powstania niepełnosprawności (data wypadku/rozpoznania choroby/zachorowania),
- opis okoliczności wypadku,
- rozpoznanie urazów/choroby według dokumentów medycznych i ich stałe następstwa,
- opis przebiegu leczenia i rehabilitacji,
- poziom mobilności beneficjenta,
- bariery w miejscu zamieszkania (wewnątrz domu i na zewnątrz),
- sytuacja zawodowa beneficjenta (wykształcenie, dotychczasowe doświadczenie, ostatnia wykonywana praca),
- sytuacja finansowa beneficjenta (jakie są obecnie źródła utrzymania),
- dotychczasowe korzystanie z systemu wsparcia,
- organizacja czasu wolnego beneficjenta przed wypadkiem/chorobą (hobby, aktywność fizyczna).

Na podstawie dokumentu badania potrzeb MDWS przygotowuje indywidualny plan działania, który określa kierunki podejmowanych działań w obszarze: źródła finansowania potrzeb, mobilność, likwidacja barier, aktywizacja zawodowa, aktywizacja społeczna. Przygotowany dokument powinien zostać przedyskutowany z osobą z niepełnosprawnością, odpowiednio zmodyfikowany (jeśli potrzeba) i wreszcie zaakceptowany przez beneficjenta (zasada kontraktu).

Działania podejmowane przez MDWS w pięciu obszarach indywidualnego planu działania są następujące:

1. Źródła finansowania potrzeb

MDWS ustala źródła finansowania wszystkich potrzeb wskazanych w badaniu i przekazuje informację beneficjentowi. Powinna ona być podzielona na grupy potrzeb oraz przedstawiona w formie dokładnej ścieżki działania, na przykład:

- zakup sprzętu ortopedycznego – należy pozyskać zlecenie od lekarza specjalisty z kodem określającym zlecenie na refundowane wyroby medyczne, które będzie potwierdzone w NFZ, następnie fakturę pro-forma ze sklepu ortopedycznego wraz z dokumentami medycznymi i wnioskiem złożyć w placówce PCPR (wskazanie adresu);
- likwidacja barier architektonicznych – wykonanie dokumentacji stanu obecnego i pozyskanie kosztorysu likwidacji barier z firmy budowlanej, złożenie wniosku do PCPR (wskazanie adresu), wykonanie robót;
- aktywizacja zawodowa – przekazanie beneficjentowi kontaktu do PUP lub organizacji pozarządowej realizującej aktualnie projekt szkoleń lub przekwalifikowania osób z niepełnosprawnościami;
- pomoc NGO – przekazanie kontaktu do organizacji pozarządowej, która posiada środki na wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami lub może udostępnić konto do gromadzenia środków celowych i z 1% podatku;
- weryfikacja sytuacji prawnej przez prawnika – w sytuacji, w której niepełnosprawność beneficjenta jest wynikiem działania lub zaniechania osób trzecich, MDWS powinien skierować beneficjenta do biura porad prawnych, na przykład przy wydziałach prawa (bezpłatne), lub przekazać kontakt do organizacji pozarządowej, która udziela bezpłatnych porad prawnych; prawnik udzieli informacji, czy w sytuacji prawnej beneficjenta może on ubiegać się o określone środki na przykład od sprawcy, pracodawcy, ubezpieczyciela lub ZUS.

2. Mobilność

MDWS w indywidualnym planie działania określa również, jaki jest aktualny zakres mobilności beneficjenta, i wskazuje, jaki (zgodnie z jego wiedzą) sprzęt ortopedyczny pozwoli mu na zwiększenie tej mobilności – wózek manualny lub elektryczny, skuter, proteza kończyny, chodzik, kule, itp. MDWS przekazuje listę instytucji i firm ortopedycznych, w których można otrzymać sprzęt w ramach refundacji lub zakupić z dofinansowaniem. Żeby uniknąć posądzenia

o promowanie firm, należy stworzyć listę wszystkich firm w regionie działania doradcy – taką listę wówczas przekazuje się do beneficjenta i to on dokonuje wyboru. MDWS może wskazać źródła informacji na temat solidności potencjalnych dostawców. Przekazuje również informację na temat ścieżki pozyskania środków z NFZ oraz PFRON.

3. Likwidacja barier

Celem badania potrzeb przez MDWS w miejscu zamieszkania beneficjenta jest również określenie, jakie bariery funkcjonują w najbliższym otoczeniu zarówno wewnątrz domu/mieszkania, jak i w najbliższej okolicy – korytarz, klatka schodowa, ogród, wyjście przed dom. W przygotowanym indywidualnym planie działania doradca wskazuje, jakie elementy (według jego wiedzy) powinny zostać zlikwidowane i jakie przeróbki dokonane, żeby beneficjent mógł funkcjonować w domu bezpiecznie i komfortowo, ale przede wszystkim aby miał możliwość opuszczenia domu, najlepiej bez pomocy innych osób. MDWS przekazuje beneficjentowi instrukcję, w jaki sposób pozyskać środki na likwidację barier i do jakich instytucji zgłosić się z określonymi dokumentami.

4. Aktywizacja zawodowa

Przywrócenie beneficjenta do aktywności zawodowej i zapewnienie mu samodzielności finansowej jest jednym z najważniejszych działań włączenia społecznego. Moduł ten nie może być jednak realizowany bez wcześniejszego zapewnienia odpowiedniego sprzętu i likwidacji barier.

Wskazane jest nawiązanie kontaktu z dotychczasowym pracodawcą beneficjenta, który może zaangażować się w powrót do pracy pracownika pomimo utraty możliwości wykonywania niektórych zadań. MDWS doradza pracodawcy, w jaki sposób wyposażyć stanowisko pracy, aby beneficjent mógł kontynuować pracę jak najbardziej zbliżoną do tej sprzed wypadku (choroby). W przypadku, gdy nie ma możliwości powrotu do pracy, którą beneficjent wykonywał, MDWS przekazuje kontakt do PUP lub organizacji pozarządowych, które prowadzą

szkolenia dla osób z niepełnosprawnością w zakresie przekwalifikowania zawodowego. Istotna jest w tym wypadku stała współpraca MDWS z tymi instytucjami oraz aktualna wiedza na temat środków w posiadaniu instytucji i projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe (zwłaszcza w obszarze ekonomii społecznej – sieć Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej OWES).

5. Aktywizacja społeczna

Kluczowym elementem włączenia społecznego jest także przywrócenie beneficjenta do ról społecznych, które wcześniej pełnił, lub pokazanie mu całkiem nowych ścieżek. MDWS powinien posiadać zbudowane kontakty w organizacjach, które prowadzą takie programy aktywizacyjne i w swoich strukturach mają osoby mogące wesprzeć podopiecznego – na przykład Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, Trenerzy Wsparcia PBR, Asystenci Wsparcia Fundacji Moc Pomocy.

Dodatkowo MDWS powinien mieć stały kontakt z przedstawicielami drużyn sportowych dla osób z niepełnosprawnościami (Ampfutbol, START, Rugbby na wózkach, koszykówka na wózkach, siatkówka na siedząco), które mogą stanowić dla beneficjenta silne wsparcie w dążeniu do samoakceptacji i motywację w osiąganiu zamierzonych celów. MDWS powinien posiadać wiedzę o aktywnościach sportowych, które może wykonywać osoba z danym rodzajem niepełnosprawności, oraz dane organizacji zapewniającej treningi w tej dyscyplinie. MDWS przekazuje informacje na temat takich sportów i zachęca beneficjenta do udziału w treningach i spróbowania sił w różnych dyscyplinach.

MDWS analizuje raz na miesiąc indywidualne plany działania każdego z beneficjentów i określa, czy proces włączenia społecznego jest realizowany zgodnie z założeniami. Doradca dokonuje korekty planu w miarę możliwości i motywuje beneficjenta do jego realizacji.

2.2.2 Ścieżka wsparcia II

Druga ścieżka wsparcia dotyczy osób dorosłych, u których niepełnosprawność zaistniała w okresie dzieciństwa (w trakcie rozwoju) i trwa do dzisiaj. Zazwyczaj są one wciąż pod opieką rodziny i wymagają ciągłego wsparcia osób bliskich w zakresie podejmowania decyzji związanych z codziennym funkcjonowaniem. W zależności od przyczyny niepełnosprawności dotychczasowe wsparcie uzależnione było od możliwości lokalnego systemu ochrony zdrowia i edukacji, a przede wszystkim od aktywności osób wspierających. W większości przypadków są to osoby z niepełnosprawnością intelektualną (NI) lub/i sprzężoną, które stanowią dużą grupę społeczną tak w Polsce, jak i na świecie. We współczesnych społeczeństwach osoby z niepełnosprawnością intelektualną według różnych źródeł stanowią od 1 do 3% populacji. Podobnie jest w Polsce[11].

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną często są stygmatyzowane – takie określenia jak „niedorozwój umysłowy” i „upośledzenie umysłowe” są pejoratywne i jako takie definiują osobę niepełnosprawną jako niepełnowartościową, ułomną, z deficytami. Trzeba także pamiętać, że niepełnosprawność intelektualna wiąże się z ograniczeniem możliwości społecznych i intelektualnych, jednak nie jest chorobą. Tymczasem w społecznościach lokalnych osoby z niepełnosprawnością intelektualną traktuje się zazwyczaj w sposób stereotypowy, właśnie jako grupę ludzi chorych, nie zna się bliżej ich potrzeb, zainteresowań, nie rozumie się czy też obawia się ich społecznych zachowań. Dystans w otoczeniu społecznym sprzyja bierności osób z tym typem niepełnosprawności i ich nadmiernej zależności od rodziny, co

[11] Poradnik ABC – „Bezpieczna Przyszłość. Model wsparcia środowiskowego osób z niepełnosprawnością intelektualną w środowisku lokalnym”; opracowanie stworzone podczas projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 współfinansowanego ze środków EFS od 01 października 2016 roku do 31 stycznia 2017 roku, w ramach umowy z Ministerstwem Rozwoju przez Partnerstwo w składzie: PSONI–BORIS–Stowarzyszenie Tęcza.

skutkuje spychaniem ich na margines życia społecznego, gdzie pozostają często do końca życia.

Zazwyczaj położenie osoby niepełnosprawnej w okresie, kiedy korzysta z edukacji, jest w miarę stabilne i zabezpieczone. Zgodnie z przepisami prawa oświatowego osoba z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną może uczęszczać do placówki oświatowej (edukacyjnej) od 3 do 24 roku życia (jest to maksymalny czas, na jaki może być wydłużony okres edukacji). Ciągle jednak są takie sytuacje, gdy osoba z niepełnosprawnością objęta jest edukacją domową, więc rzadko przebywa wśród rówieśników. Wraz z ukończeniem szkoły i wejściem w dorosłość kontakty z grupą rówieśniczą praktycznie zanikają. Wiele osób niepełnosprawnych żyje w małej rodzinie, niejednokrotnie z jednym rodzicem, często schorowanym (także w wyniku trudów sprawowanej stale opieki), w podeszłym wieku. Wiele rodzin zmaga się ze społeczną izolacją, nie mając znajomych ani głębszych relacji ze środowiskiem społecznym.

W niektórych miastach i gminach funkcjonują placówki wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością, w znacznej części prowadzone przez organizacje pozarządowe, takie jak środowiskowe domy samopomocy. Funkcję ośrodków wsparcia pełnią także warsztaty terapii zajęciowej (choć zostały powołane w celu rehabilitacji zawodowej, przygotowywania uczestników do pracy na chronionym lub otwartym rynku pracy). Niestety, liczba placówek wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością jest niewystarczająca. Niejednokrotnie po śmierci opiekunów, przy braku wsparcia społecznego i najczęściej nieuregulowanych sprawach prawno-finansowych oraz mieszkaniowych, osoba z niepełnosprawnością trafia do domu pomocy społecznej jako miejsca całodobowego, stałego pobytu, choć zdecydowanie nie jest to rozwiązanie preferowane przez te osoby. System usług oferowany przez służby społeczne często nie zabezpiecza rodzin osób niepełnosprawnych przed takimi sytuacjami. Podobne działania podejmowane są wobec osób starszych, które ze względu na

wiek stają się niepełnosprawne i w momencie braku pomocy ze strony rodziny oraz systemu środowiskowego wsparcia wymagają stałej instytucjonalnej opieki.

Zadania MDWS wobec tej dużej grupy docelowej są więc różnorodne, wynikają bezpośrednio z wyżej opisanej sytuacji życiowej tych osób i powinny przebiegać we współpracy interdyscyplinarnego zespołu osób tworzących otoczenie osoby z niepełnosprawnością oraz jej rodziny.

Tak jak w przypadku pozostałych grup docelowych, również tutaj MDWS dokonuje diagnozy i oceny potrzeb osoby z niepełnosprawnością i jej rodziny/opiekunów prawnych oraz ustala indywidualny plan działania. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że bardzo często osoby niepełnosprawne z tej grupy docelowej posiadają już taką diagnozę, wykonaną na przykład przez zespół specjalistów pracujący w placówce, do której osoba z niepełnosprawnością uczęszcza na co dzień. Zadaniem MDWS jest więc ustalenie, czy osoba z niepełnosprawnością posiada wymaganą diagnozę oraz ewentualne jej zastosowanie w indywidualnym planie działania.

Diagnoza w przypadku tej grupy osób przebiega w następujący sposób:

1. Diagnozy dokonuje się na podstawie opracowanych arkuszy diagnostycznych: oceny wstępnej oraz wywiadu rodzinnego, a także informacji na temat funkcjonowania danej osoby pozyskanych od innych znaczących osób z jej otoczenia (w tym z innych miejsc pobytu, jak na przykład środowiskowy dom samopomocy, warsztat terapii zajęciowej).
2. Ocena wstępna uwzględnia informacje o spektrum zachowania kandydata, jego samodzielności oraz funkcjonowaniu w różnych sytuacjach dnia codziennego. Sygnalizuje również ewentualne występowanie zachowań trudnych. Ocena wstępna ma formę wywiadu ustrukturalizowanego i dotyczy przede wszystkim diagnozy funkcjonalnej.

3. Wywiad rodzinny przeprowadzany jest w pierwszej kolejności z osobą z niepełnosprawnością, a następnie z osobą wspierającą i opiera się głównie na ich perspektywie funkcjonowania samej osoby z niepełnosprawnością oraz jej systemu rodzinnego. Pytania koncentrują się wokół mocnych i słabych stron osoby z niepełnosprawnością, jej preferencji w podejmowaniu działań, relacji z innymi osobami oraz sfery emocjonalnej, jak również wyłaniają obszary do dalszej pracy.
4. Oba arkusze diagnostyczne są komplementarne względem siebie.
5. W procesie diagnozy MDWS przeprowadza również analizę zgromadzonej dokumentacji (opinie psychologiczne, opinie i diagnozy lekarskie, dokumenty z placówek pobytu osoby z niepełnosprawnością).
6. Na podstawie zastosowanych metod diagnostycznych powstaje tzw. portret osoby z niepełnosprawnością. Diagnoza stanowi punkt odniesienia dla dokonywanej okresowo (raz na 3 miesiące) ewaluacji podejmowanych działań zgodnie z indywidualnym planem działania.

Na podstawie diagnozy MDWS przygotowuje wspólnie z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną/opiekunami prawnymi indywidualny plan działania, który określa kierunki i obszary podejmowanych działań, a w swoim podstawowym założeniu ma na celu przede wszystkim dążenie do zapewnienia niezależnego życia w lokalnej społeczności oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i instytucjonalnemu osoby z niepełnosprawnością. Szczególnie ważne może się w wypadku tej ścieżki okazać skorzystanie z pomocy specjalistów w zakresie AAC oraz wspieranego podejmowania decyzji. Cele, kierunki i obszary pracy w ramach indywidualnego planu działania będą profilowane i opisane zawsze w zindywidualizowany sposób, w zależności od potrzeb danej osoby, można tutaj jednak przyjąć pewne ogólne działania podejmowane przez MDWS, które z dużym prawdopodobieństwem będą dotyczyły większości osób z tej grupy.

Działania podejmowane przez MDWS:

1. zbieranie informacji i przekazanie kontaktów do organizacji pozarządowych grupujących rodziny, które działają na rzecz osób z niepełnosprawnością (ich praw i poprawy warunków życia);
2. przekazanie informacji dotyczących sytuacji prawnej osób z niepełnosprawnością w Polsce i w razie potrzeby skierowanie na bezpłatne porady prawne w tym zakresie;
3. przekazanie informacji na temat systemu mieszkalnictwa wspomaganego i mieszkań chronionych, a w razie potrzeby nawiązanie kontaktu z organizacją prowadzącą takie mieszkania;
4. poszukiwanie wspólnie z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną możliwego do zastosowania systemu zabezpieczenia finansowego, prawnego i mieszkaniowego, który byłby jednocześnie elementem planu na przyszłość, na wypadek śmierci lub choroby rodziców/opiekunów;
5. pomoc w aktywizacji zawodowej adekwatnie do możliwości i potrzeb osoby z niepełnosprawnością poprzez przekierowanie do różnych programów i form wsparcia, takich jak na przykład zatrudnienie wspomagane, poszukiwanie możliwości podejmowania pracy, aktywnej rehabilitacji;
6. współtworzenie sieci wsparcia w społeczności lokalnej, budowanie kręgów wsparcia wokół osoby z niepełnosprawnością; MDWS dba o nawiązanie i utrzymanie współpracy z lokalnymi usługodawcami, służbą zdrowia, wolontariatem, poszukuje potencjału wśród mieszkańców oraz bliższej i dalszej rodziny;
7. pomoc w poszukiwaniu informacji na temat turnusów rehabilitacyjnych oraz możliwości uzyskania dofinansowania do wyjazdu na turnus;
8. pomoc w uzyskiwaniu i organizowaniu dofinansowania do zakupu potrzebnego sprzętu, likwidacji barier komunikacyjnych i architektonicznych;

9. pomoc w organizacji opieki wytchnieniowej dla rodziców/opiekunów osoby z niepełnosprawnością;
10. udzielanie informacji na temat usługi asystencji osobistej;
11. identyfikacja działań środowiskowych, które dałyby osobie z niepełnosprawnością możliwość realizowania własnych pasji, zainteresowań, bycia ważnym ogniwem społeczności lokalnej;
12. ustalenie, jakie kroki i w jakich obszarach powinno się podjąć, żeby przygotować osobę do samodzielnego życia tu i teraz przy wsparciu; w sytuacji, kiedy dana osoba nie ma już rodziców – zaplanowanie, co jest potrzebne do dobrego życia w społeczności lokalnej oraz jakie wsparcie powinno się jej zapewnić.

Wyznaczone w indywidualnym planie działania cele i zadania są realizowane, a po wyznaczonym czasie MDWS spotyka się z osobą z niepełnosprawnością, aby omówić postęp w realizacji celów, ewentualnie następuje korekta lub modyfikacja planu.

Rzadko zdarza się, aby osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną, a także osoby z niepełnosprawnością ze względu na wiek oraz ich rodziny miały całościową wiedzę na temat oferowanego systemu wsparcia, wprowadzanych zmian w polityce społecznej dotyczącej osób z niepełnosprawnością, realizowanych w danym obszarze projektów i możliwych rozwiązań, pozwalających stworzyć spójną koncepcję planu życiowego z przemyślanym zabezpieczeniem prawnym, finansowym i mieszkaniowym. W tym temacie wsparcie i pomoc udzielana przez MDWS jest nieoceniona. Szczególnie ważna jest tu jego znajomość rozwiązań w zakresie AAC oraz wspieranego podejmowania decyzji.

2.2.3 Ścieżka wsparcia III

Rodzina to najważniejsze osoby w życiu dziecka z niepełnosprawnością, otaczające je miłością, troską, opieką. Często jednak samotnie borykają się z codziennymi zadaniami wychowawczymi i opiekuńczymi. Nie wiedzą, gdzie i jak szukać wsparcia lub też natłok informacji przekazywanych przez specjalistów działających w różnych systemach opieki (zdrowotnym, oświatowym, socjalnym) jest tak duży i różnorodny, że rodzicom ciężko jest wszystkie informacje logicznie i spójnie zintegrować, ustalić na ich podstawie plan działania.

Rodziny zwykle doświadczają dużych trudności związanych z rehabilitacją, stygmatyzacji w społeczności, urzędniczej obojętności. Tymczasem rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi powinny być otoczone wsparciem, a jednocześnie same współtworzyć oparcie środowiskowe nie tylko dla własnych dzieci z niepełnosprawnością, ale również dla innych rodzin w podobnej sytuacji, na przykład poprzez ruch samopomocy, grupy i organizacje.

W systemie można wyróżnić dwie kategorie świadczonego wsparcia, które powinny mieć zastosowanie wobec rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi:

- formalne (instytucje i ich kadra – pracownicy, wolontariusze), stwarzające możliwości zapewnienia niezbędnej, koniecznej opieki i wsparcia dzieciom i rodzinom w miejscu ich zamieszkania;
- nieformalne systemy wsparcia, takie jak rodzina, przyjaciele rodziny, sąsiedzi, znajomi z różnych miejsc aktywności i odpoczynku.

Aby rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym mogła trafić od razu na właściwą ścieżkę wsparcia, potrzebuje już na samym początku uzyskać następujące informacje:

- czym jest niepełnosprawność ich dziecka,
- gdzie i jaką można uzyskać pomoc,
- jakie instytucje zajmują się opieką, rehabilitacją i edukacją dzieci niepełnosprawnych lub/i zagrożonych niepełnosprawnością,

a także:

- rady praktyczne, które pomogą podjąć decyzje związane z nową sytuacją, ustalić plan działania,
- kontakty do grup samopomocowych lub organizacji tworzonych przez rodziców dzieci z danym typem niepełnosprawności,
- wsparcie psychologiczne dla rodziny.

W Polsce nadal nie ma jednolitego systemu opieki i wspierania dziecka z zaburzonym rozwojem i jego rodziny, jednak sytuacja w tym temacie jest dynamiczna. Trwają prace nad scaleniem systemu orzecznictwa dla dzieci i młodzieży (w tej chwili dziecko z niepełnosprawnością, które jest w placówce oświatowej, posiada dwa orzeczenia: orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Powiatowy lub Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności oraz orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane dla potrzeb edukacji). Podjęto również działania zmierzające do zintegrowania działań międzyresortowych dotyczących wczesnego wspomagania rozwoju małych dzieci i wsparcia ich rodzin (resort zdrowia, edukacji, opieki społecznej), których efektem ma być powołanie do życia centrów dziecka i rodziny (CDR). Trwają intensywne prace w obszarze edukacji włączającej (tutaj również mają powstać osobne jednostki organizacyjne wspierające ogólnodostępne placówki oświatowe w obszarze pracy z dziećmi i uczniami z niepełnosprawnością, tzw. SCWEW – specjalistyczne centra wspierania edukacji włączającej).

MDWS w swojej pracy z tą grupą docelową musi więc posiadać szeroką wiedzę na temat możliwych form wsparcia dziecka i jego rodziny oraz na temat zmieniających się przepisów prawnych w obszarze rehabilitacji i terapii

(medyczne), nauki i edukacji (oświatowe) oraz pomocy społecznej (na przykład opieka wytchnieniowa, asystentura). Musi również pamiętać, że najważniejsze jest, aby jak najszybciej dać dziecku odpowiednie wsparcie, rozpocząć wczesne działania – zarówno specjalistów, jak i przede wszystkim rodziców – pomagające w jego rozwoju. Koncepcja pracy MDWS z rodziną, w której przyszło na świat dziecko z niepełnosprawnością, powinna opierać się na przekonaniu jej o prawie do radości, godności i szczęścia – takiego, jakie może być udziałem każdej rodziny. W zakresie objęcia wsparciem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością należy zaznaczyć, iż pomimo że istnieje szereg rozwiązań prawnych, zapewniających to wsparcie, brak jest koordynacji i monitoringu tych działań. W tym zakresie może okazać się pomocne włączenie instytucji MDWS, który mógłby wspierać rodziny między innymi poprzez:

- przeprowadzenie rodziny przez proces uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności dla ich dziecka,
- poinformowanie o możliwościach dofinansowań na rehabilitację,
- udzielenie informacji o możliwościach likwidowania barier,
- udzielenie informacji o możliwym wsparciu wytchnieniowym,
- skierowanie do odpowiednich specjalistów i skontaktowanie z instytucjami oraz organizacjami zajmującymi się kwestiami zbieżnymi z potrzebami dziecka i rodziny,
- skontaktowanie z osobami w podobnej sytuacji życiowej (wymiana doświadczeń, wsparcie, budowanie motywacji, wykorzystanie potencjału społecznego).

Zaplanowanie odpowiedniej ścieżki wsparcia dla kobiet i rodzin, w których ma pojawić się dziecko z niepełnosprawnością lub ciąża jest zagrożona, to niezwykle istotny element pracy mobilnego doradcy włączenia społecznego. Wsparcie to będzie realizować zapisy Ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. MDWS wskaże przysługujące uprawnienia w okresie zarówno okołoporodowym,

jak i poporodowym, w momencie orzeczonej niepełnosprawności dziecka i przed tym faktem, a co najważniejsze będzie pierwszą osobą, która dotrze najszybciej do beneficjentów i rozpocznie proces włączenia i wsparcia społecznego. To kolejny krok do zapewnienia kompleksowej opieki, ukazanie innowacyjności i zindywidualizowanie instrumentu, jakim jest Mobilny doradca włączenia społecznego.

Podsumowując wyżej wyszczególnione wzorce postępowania, należy wyraźnie podkreślić, że to sytuacja danej osoby będzie determinować postępowanie MDWS w zakresie jej wsparcia. Aby to sobie uzmysłowić, można posłużyć się dwoma przykładami:

Przykład 1. Niepełnosprawna osoba starsza najczęściej będzie znajdować się w ścieżce wsparcia II, ale jeśli dojdzie do nagłego zaostrzenia zaburzeń lub objawów chorobowych, pojawi się konieczność podjęcia działań charakterystycznych dla ścieżki I.

Przykład 2. Małe dziecko z niepełnosprawnością/chorobą, któremu formalnie przysługuje wsparcie według profilu III, w wypadku nagłego pogorszenia lub kryzysu wymagać będzie wsparcia ścieżką I.

Autorzy instrumentu żywią nadzieję, że nie dojdzie do sytuacji, kiedy osoby objęte ścieżką wsparcia III znajdą się w sytuacji wymagającej ścieżki II z powodu przedłużającej się niewydolności systemu wsparcia. Nie można jednak całkowicie wykluczyć takiej sytuacji.

Widać więc, że w wyróżnionych ścieżkach wsparcia chodzi o wskazanie zakresów działań, które choć bardzo zróżnicowane i wymagające szerokiego wachlarza kompetencji, w praktyce będą ze sobą powiązane i wymuszać będą indywidualizację i profilowanie wsparcia w zależności od aktualnych potrzeb.

Powyższe założenia zweryfikuje pilotaż. Być może w wyniku pilotażu będzie potrzebne wprowadzenie dodatkowych schematów (ścieżek) postępowania.

2.3 Innowacyjność w podejściu do wsparcia przez MDWS

Dotychczas świadczone przez poszczególne elementy systemu wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami nie jest powszechnie dostępne i indywidualnie dopasowane, dlatego proponuje się innowacyjne podejście do świadczenia przez mobilnego doradcę włączenia społecznego usług wsparcia.

Tabela 2. Grupy odbiorców wsparcia i miejsce zapoczątkowania procesu wsparcia

Grupy odbiorców wsparcia mobilnego doradcy włączenia społecznego	**Miejsce zapoczątkowania procesu**
I. Osoby, które doznały urazu, wypadku, choroby czy niepełnosprawności, a wcześniej były aktywne społecznie lub zawodowo.	• Szpitale • Przychodnie • Poradnie • Centra Rehabilitacyjne
Przykłady: • osoby po wypadkach lub urazach, • osoby po przebytych udarach, zawałach, • osoby z chorobami przewlekłymi, • osoby z nieodwracalnymi zmianami, trudnymi rokowaniami (na przykład po amputacjach naczyniowych, po chorobach związanych z utratą wzroku – jaskra, szybko postępująca demencja), • pacjenci onkologiczni	
II. Osoby niepełnosprawne od lat, które: • otrzymują wsparcie nieadekwatne do ich potrzeb, • „wypadły” z systemu ze względu na okoliczności lub wiek.	• Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie • Ośrodki Pomocy Społecznej • Centra Integracji Społecznej • Stowarzyszenia i fundacje działające na rzecz rodzin i osób z niepełnosprawnością
Przykłady: • Osoby z niepełnosprawnością (ruchową, sensoryczną, intelektualną), które nie są objęte żadnym wsparciem instytucjonalnym ani pomocą NGO, które zamieszkują obszary, gdzie dostęp do projektów / grup wsparcia / specjalistycznej wiedzy związanej z wychodzeniem z wykluczenia jest utrudniony, • osoby starsze, • osoby chorujące przewlekle z powolną dynamiką przebiegu.	
III. Rodziny z dziećmi z niepełnosprawnością lub/i zagrożonymi niepełnosprawnością oraz rodziny, które spodziewają się dziecka z niepełnosprawnością	• Samodzielne zgłoszenie się rodzin • Oddziały ginekologiczno-położnicze • Centra diagnostyczne

2.3.1 Wyszukiwanie osób wymagających wsparcia

Podstawowym problemem w dostępie do różnego rodzaju usług jest fakt, że to osoby potrzebujące muszą wykazać inicjatywę i pojawić się w miejscu, które w przypadku większości niepełnosprawności jest nieznane osobom zainteresowanym albo zbyt oddalone od miejsca zamieszkania, z którego i tak często nie są w stanie wyjść z powodu barier architektonicznych. Nie jest to też jedyna przyczyna zaniechania poszukiwań. Następstwem pojawienia się niepełnosprawności w rodzinie jest wycofanie się z życia, marazm i przekonanie, że na tym świat się kończy. W tym momencie ważny staje się pierwszy kontakt z osobą, która potrafi pokazać właściwe ścieżki postępowania, a przede wszystkim zmobilizuje do działania rodzinę i inne osoby wspierające.

W proponowanym zakresie wsparcia MDWS pomoc dla beneficjentów jest uruchamiana zarówno przez samych zainteresowanych (poprzez zgłoszenie do systemu), jak i przez jednostki, które mają wiedzę na temat pojawienia się osób, wymagających takiego wsparcia. Chodzi tu przede wszystkim o jednostki medyczne (szpitale, ośrodki rehabilitacji), ZUS, ośrodki pomocy społecznej, PFRON, PCPR oraz Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Pojawienie się na przykład w systemie informatycznym przygotowanym na potrzeby tego instrumentu (opis w dalszej części) informacji o potrzebie wsparcia dla konkretnej osoby staje się sygnałem do działania mobilnego doradcy w terenie. W taki sposób pomoc niejako „wychodzi od systemu”, a pierwszym kontaktem staje się rozmowa telefoniczna doradcy z osobą z niepełnosprawnością lub jej rodziną na temat spotkania w umówionym miejscu (domu, mieszkaniu, a nawet w szpitalu lub ośrodku rehabilitacji). Dlatego MDWS ma pełnić aktywną rolę w poszukiwaniu i docieraniu do beneficjentów – również poprzez bezpośredni kontakt z liderami lokalnymi, takimi jak proboszcz miejscowej parafii, sołtys małej wioski czy inny przedstawiciel społeczności, którzy znają mieszkańców na swoim terenie i wiedzą, którzy z nich znajdują się

w najtrudniejszym położeniu i nie mogą lub nie potrafią samodzielnie zgłosić swoich potrzeb w ramach serwisu instytucjonalnego.

Istotną kwestią są tutaj przepisy o ochronie danych osobowych, dlatego zgłoszenie przez instytucję nie może odbyć się bez wyraźnej zgody zainteresowanego. Należy w tym celu każdorazowo uzyskiwać zgodę beneficjenta (na osobnym formularzu lub w dokumentacji jednostki rozszerzonej o zgodę w projekcie).

2.3.2 Mobilność MDWS

Zasadniczą kwestię stanowi mobilność doradcy włączenia społecznego. Zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji serwis i wsparcie powinny mieć charakter środowiskowy i to do środowiska powinna trafiać adekwatna do potrzeb pomoc.

Mobilny doradca włączenia społecznego jako ten pierwszy, od którego zaczyna się aktywizacja, dociera więc bezpośrednio do beneficjenta w miejscu i czasie dla beneficjenta najbardziej korzystnym. Odwiedza również beneficjentów bezpośrednio w ich środowisku funkcjonowania, gdyż na tej podstawie będzie możliwa łatwiejsza i bardziej kompleksowa ocena potrzeb w zakresie likwidacji barier oraz relacji panujących w najbliższym otoczeniu rodzinnym, które mogą stanowić czynniki zarówno wspierające, jak i hamujące aktywizację.

Istotną cechą pracy MDWS jest organizowanie większości czasu pracy poza biurem. Dotyczy to nie tylko poszukiwania beneficjentów pomocy w najbardziej zapomnianych miejscach, oceny ich funkcjonowania w środowisku zamieszkania, ale także budowania relacji samego MDWS z instytucjami i organizacjami, które realizują zadania wobec mieszkańców z niepełnosprawnościami na danym terenie. W ten sposób MDWS buduje sobie bazę kontaktów i wiedzy na temat lokalnego systemu wsparcia, który będzie odgrywał ogromną rolę w procesie

realizacji włączenia społecznego. W sposób szczególny dotyczy to terenów wiejskich oraz małych miejscowości.

2.3.3 Ciągły monitoring wsparcia

Wsparcie MDWS udzielane jest przez cały okres realizacji założeń wskazanych w indywidualnej diagnozie beneficjenta, czyli do momentu uzyskania takiego poziomu włączenia społecznego, który pozwoli beneficjentowi na samodzielne funkcjonowanie, lub do momentu ustalenia zasad wsparcia funkcjonowania w środowisku lokalnym.

W praktyce należałoby ustalić termin graniczny, na przykład 6 lub 12 miesięcy. W przeciwnym wypadku nastąpi znaczna kumulacja liczby beneficjentów przypadających na jednego mobilnego doradcę, co uniemożliwi jego efektywną pracę, a w skrajnych przypadkach część beneficjentów może uzależnić się od stałego wsparcia MDWS, nie chcąc samodzielnie podejmować odpowiednich działań.

Z drugiej strony musimy pamiętać o tym, jak zróżnicowana jest grupa docelowa wsparcia MDWS i w jak różnych kontekstach środowiskowych funkcjonują osoby. Dlatego czas wsparcia i jego monitoring powinien być maksymalnie zindywidualizowany, uwzględniający profilowanie pod kątem możliwości indywidualnych, zasobów społecznych oraz profilu potrzeb wynikających z określonych problemów w funkcjonowaniu. Czas i rodzaj monitoringu będzie się z pewnością różnił nie tylko ze względu na rodzaj niepełnosprawności beneficjenta. Dlatego na przykład w rodzinach które spodziewają się dziecka z niepełnosprawnością, oraz w tych, które wychowują i wspierają już urodzone dziecko z niepełnosprawnością, monitoring wsparcia będzie prawdopodobnie inny. Jeszcze innego podejścia będzie wymagała rodzina wspierająca dorosłe dziecko niepełnosprawne.

W rozdziale 2 opracowane zostały wzorcowe ścieżki profilowania i monitoringu wsparcia jako ogólne wytyczne postępowania mobilnego doradcy włączenia społecznego. Trzeba jednak jasno podkreślić, że podstawowym warunkiem powodzenia realizacji zadań MDWS jest wysoka indywidualizacja wsparcia, w tym okresu objęcia monitoringiem.

2.3.4. Wsparcie wzajemne – aktywizacja osób z niepełnosprawnością

Aktywizacja osób z niepełnosprawnościami lub zagrożonych niepełnosprawnością podejmowana jest jak najwcześniej i w sposób jak najbardziej dostosowany do ich potrzeb oraz zgodny z ich wolą. Takie podejście pozwala zapobiec utracie przez te osoby wiele istotnych kompetencji personalnych, społecznych i interpersonalnych. Dzięki temu proces rehabilitacji zarówno w wymiarze medycznym, jak i społecznym przebiega efektywniej, a beneficjenci wsparcia są partnerami, nie biernymi odbiorcami. Nawet jeśli dochodzi do utraty pewnych umiejętności, efektywna komunikacja i zogniskowanie celów wokół istotnych dla beneficjentów kwestii pozwalają na uniknięcie wyraźnej atrofii kompetencji oraz drastycznego spadku aktywności uczestników wsparcia. Z doświadczeń wynika bowiem, że jednym z zasadniczych problemów jest stopniowa utrata aktywności i motywacji przy przedłużającym się braku adekwatnego wsparcia. Dlatego wyjście MDWS z systemu, wczesne zapoczątkowanie wsparcia, jego ciągłe monitorowanie oraz nastawienie na realizację celów pozwalają osobom z niepełnosprawnością:

1. osiągnąć lepsze wyniki, jeżeli chodzi o ich aktywność osobistą,
2. uzyskać satysfakcjonujący poziom funkcjonowania społecznego oraz efektywnie pełnić wartościowe dla nich role społeczne,
3. zaktywizować się do działań na rzecz kolejnych osób z podobnymi problemami.

Szczególnie punkt ostatni stanowi interesującą wartość w instrumencie Mobilnego doradcy włączenia społecznego. Osoby niepełnosprawne, które uzyskały adekwatne i skuteczne wsparcie, często wykazują aktywność we wspieraniu osób znajdujących się w podobnej sytuacji. Zakładają organizacje i współdziałają w ramach działań *peer counselling* czy *peer to peer learning*, pokazując, jakie możliwości mają osoby z niepełnosprawnością, oraz wspierając je w rozwiązywaniu niektórych problemów związanych z ich funkcjonowaniem. Część osób staje się nawet ekspertami (*experts by experiences*), dysponującymi zarówno doświadczeniami życiowymi, jak i wiedzą merytoryczną, które pozwalają bardzo efektywnie działać na rzecz osób z niepełnosprawnościami i motywować je w przełamywaniu barier. Takie osoby doskonale też edukują społeczeństwo w zakresie możliwości i potencjału, jakim dysponują osoby z niepełnosprawnościami. Dobrymi przykładami takich działań są na przykład inicjatywy podejmowane przez niektórych sportowców paraolimpijczyków czy Fundację Aktywnej Rehabilitacji.

2.4 Mechanizm profilowania wsparcia

Populacja osób z niepełnosprawnościami nie jest homogeniczna. Nie można zatem traktować wszystkich w ten sam sposób tylko ze względu na podobieństwo typu, charakteru, sposobu nabycia, momentu nabycia czy stopnia niepełnosprawności. Działania kierowane do osoby z niepełnosprawnością powinny być dostosowane między innymi do wieku odbiorcy, historii jego życia, aktualnej sytuacji, indywidualnych potrzeb i możliwości danej osoby. Czynniki te określają, które potrzeby są najważniejsze i które powinny być na pierwszym miejscu zaspokojone. Gradacji działań powinna dokonać sama osoba z niepełnosprawnością, choć czasami potrzebuje ona wsparcia w podejmowaniu najdrobniejszych decyzji.

Jednym z zadań MDWS jest kompleksowa, funkcjonalna diagnoza sytuacji beneficjenta: zdrowotnej, społecznej, zawodowej, rodzinnej, finansowej, mieszkaniowej, prawnej, jak również rozeznanie w zakresie ograniczeń w funkcjonowaniu (bariery fizyczne i społeczne) oraz, co bardzo istotne, zasobów, na których można opierać plan działania i wsparcia osoby z niepełnosprawnością. Diagnoza taka ma przede wszystkim umożliwić jak najpełniejsze profilowanie i indywidualizowanie wsparcia dla beneficjenta oraz analizę możliwości włączenia społecznego w oparciu o instrumenty dostępne w jego otoczeniu. Na jej podstawie ustala się tak zwany IPD – indywidualny plan działania.

Na spotkaniu z osobą wymagającą wsparcia, MDWS określa między innymi potrzeby, kompetencje i preferencje, mocne i słabe strony osoby z niepełnosprawnością oraz strategię wsparcia w obszarach problematycznych. W razie zaistnienia takiej konieczności MDWS, sporządzając diagnozę i IPD, powinien mieć możliwość konsultowania się z zespołem specjalistów (na przykład zatrudnionych u realizatora zadania prawników, psychologów) w celu pełnego i rzetelnego określenia potrzeb i możliwości każdej osoby niepełnosprawnej. Funkcjonalność diagnozy polega na koncentracji na możliwościach wykonawczych osoby oraz na aktywnym jej udziale w każdym etapie procesu aktywizacji i świadomym uczestnictwie w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru form i metod wsparcia. Diagnoza może być prowadzona między innymi z wykorzystaniem takich narzędzi jak: dokument oceny potrzeb, arkusze diagnostyczne oceny wstępnej i wywiadu rodzinnego (kwestionariusz wywiadu z osobą z niepełnosprawnością oraz z jej rodziną i innymi znaczącymi osobami w jej kręgu), analiza dokumentacji medycznej osoby z niepełnosprawnością itp.

Prowadzona przez MDWS diagnoza oraz (w dalszej kolejności) konstruowanie IPD zakładają postrzeganie człowieka w kontekście całościowym i wielowymiarowym, z uwzględnieniem środowiska, w którym on funkcjonuje. Ta

wielowymiarowość daje szansę na określenie indywidualnego potencjału oraz czynników mających wpływ na rozwój osoby niepełnosprawnej. Dodatkowo, pozwala na zastosowanie pewnych wspólnych uniwersalnych mierników, które oceniają stopień trudności w postępowaniu zarówno w stosunku do osoby z niepełnosprawnością, jak i do otoczenia. Daje też możliwość ustalenia priorytetów w planowanym (zawsze z udziałem osoby zainteresowanej) działaniu i oceny wyników zastosowanych interwencji. Wszelkie czynności są skoncentrowane na konkretnym człowieku, który ma jednocześnie kontrolę nad całym procesem i możliwość samodzielnego wyboru celów oraz strategii planowanego wsparcia.

Diagnoza opracowywana jest na spotkaniach indywidualnych z MDWS, jak również, w razie potrzeby i za zgodą osoby wspieranej, poprzez wspólne spotkanie z rodziną/opiekunem oraz pracownikami danej placówki lub/i instytucji, jeśli osoba do takiej uczęszcza. W trakcie całego procesu diagnozowania i ustalania IPD wszelkie ewentualne rozmowy z otoczeniem osoby z niepełnosprawnością odbywają się z jej udziałem i z respektowaniem jej woli, której swobodne wyrażenie MDWS powinien zapewnić, w razie potrzeby korzystając ze wsparcia w tym zakresie (na przykład korzystając z narzędzi AAC lub/i wspieranego podejmowania decyzji).

2.5 Wykorzystanie nowoczesnych narzędzi cyfrowych

W dobie cyfryzacji w sytuacji utrudnionego kontaktu wynikającego nie tylko z braku mobilności osoby z niepełnosprawnością, ale także z przeżywanego obecnie staniu pandemii cyfrowe narzędzia wsparcia nabierają szczególnego wymiaru. Mają one ogromne znaczenie w realizacji zadań MDWS.

Istotnym narzędziem wspierającym objęcie pomocą MDWS będzie **aplikacja internetowa** dedykowana nie tylko osobom z niepełnosprawnościami, które

same mogą zgłosić się do programu, ale przede wszystkim organizacjom i instytucjom mającym wiedzę na temat osób z niepełnosprawnościami, które funkcjonują na obszarze ich działania.

Platforma będzie miała dwa główne cele:

1. Zgłaszanie beneficjentów do projektu przez samych zainteresowanych, rodzinę oraz uprawnione podmioty (placówki medyczne, pracownicy systemu pomocy społecznej, PCPR, Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności) oraz
2. Obsługa wpływających zgłoszeń przez „centralę” i monitorowanie realizacji działań przez MDWS.

Moduły (funkcjonalności) platformy:

Dla osoby zgłaszającej:

- dane osobowe i kontaktowe (w tym aktualne miejsce pobytu), data powstania niepełnosprawności, rodzaj niepełnosprawności (pole typu *select* – do wybrania opcje z rozwijanym drzewem i dodatkowymi pytaniami do wyboru), okno opisowe

Dla administratora zarządzającego:

- zarządzanie wszystkimi użytkownikami (mobilnymi doradcami włączenia społecznego), przydział zgłoszenia do właściwego miejscowo doradcy, monitoring wykonania działań przez doradcę, lista wszystkich zgłoszeń

Dla poszczególnych mobilnych doradców:

- lista przydzielonych zgłoszeń, etap realizacji (z listy rozwijalnej, na przykład: przyjęcie zgłoszenia, wizyta osobista, oczekiwanie na kontakt zwrotny, itp.), formularz wywiadu (ustalenia stanu faktycznego i potrzeb), indywidualna diagnoza (plan działania).

Platformę proponuje się umieścić w ramach pilotażu jako podstronę na funkcjonującej stronie projektu www.wlaczeniespoleczne.pl, a docelowo adekwatnie do miejsca włączenia instrumentu do systemu (rekomendowane – CIDON).

Jednocześnie należy uruchomić **infolinię wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami**, którą można zbudować na podstawach koncepcji infolinii „Za życiem" przy Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych. Tworzenie dwóch odrębnych infolinii jest ekonomicznie i użytkowo nieuzasadnione. Jedna infolinia może wykonywać działania dla obu zadań tym bardziej, że zadanie wsparcia rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością zostały w niniejszym instrumencie uwzględnione.
Infolinia będzie miała funkcję informacyjną o działaniach MDWS, a także będzie służyła odbieraniu zgłoszeń bezpośrednio od potencjalnych beneficjentów wsparcia oraz instytucji zgłaszających. Konsultant po otrzymaniu zgłoszenia założy w aplikacji odpowiedni rekord i przekaże informację do MDWS właściwego ze względu na miejsce zamieszkania beneficjenta.

3. Zakres udzielanego wsparcia przez mobilnego doradcę włączenia społecznego

Do zadań mobilnego doradcy włączenia społecznego będzie należeć:

1. Pozyskanie informacji o potencjalnym beneficjencie:
    - poprzez indywidualne zgłoszenie się osoby potrzebującej do systemu (również z pomocą rodziny lub innych osób wspierających),
    - poprzez infolinię wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami (zgłoszenie telefoniczne),
    - poprzez aplikację internetową (wpisanie danych do systemu),
    - poprzez inne elementy systemu, które będą miały uprawnienia do przekazania danych osoby potrzebującej do systemu;

2. Podjęcie kontaktu z potencjalnym beneficjentem (na przykład rozmowa telefoniczna) i umówienie się na wizytę doradcy w miejscu wybranym przez beneficjenta, najlepiej w miejscu zamieszkania lub aktualnego przebywania (np. placówka medyczna);
3. Spotkanie z potencjalnym beneficjentem, podczas którego nastąpi weryfikacja, czy wnioskodawca spełnia przesłanki do udzielenia wsparcia przez MDWS, a także przekazanie informacji o zakresie możliwego wsparcia ze strony doradcy. Dokumenty, które będą pomocne przy kwalifikacji do wsparcia, to między innymi:
   - orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub równoważne,
   - w przypadku dzieci w wieku 0-7 roku życia opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka wydana przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną,
   - zaświadczenie lekarskie „Za życiem”,
   - w przypadku dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym oraz dzieci szkolnych orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
   - zaświadczenie od lekarza pediatry, internisty, specjalisty, kierujące do udzielenia wsparcia przez MDWS i uzasadniające jego potrzebę,
   - przygotowany przez MDWS wniosek o przystąpienie do wsparcia,
   - rozmowa telefoniczna, zebranie wywiadu wstępnego i umówienie się na spotkanie;
4. Wstępna ocena oraz diagnoza sytuacji beneficjenta dotycząca istotnych elementów wpływających na sposób funkcjonowania, w tym:
   - aktualny stan faktyczny beneficjenta w zakresie jego stanu fizycznego (medycznego), ograniczeń w funkcjonowaniu ze względu na bariery zarówno fizyczne (schody, przejścia, łazienka, itd.) jak i społeczne (na przykład relacje rodzinne, stan psychiczny),

- środowisko rodzinne, w którym beneficjent funkcjonuje (ustala źródła ograniczeń, ale też szuka wzmocnienia w osobach z rodziny),
- dotychczasowy rozwój zawodowy beneficjenta (jeśli dotyczy): ukończone szkoły, kursy i szkolenia, doświadczenie zawodowe przed nabyciem niepełnosprawności, zajmowane stanowisko i zakres obowiązków,
- aktualny dochód beneficjenta oraz ustalenie dochodu na członka rodziny (do celów uzyskania świadczeń z pomocy społecznej),
- poziom motywacji do zmiany sytuacji życiowej (mentalne zaangażowanie w zmianę);

5. Analiza możliwości włączenia społecznego beneficjenta w oparciu o instrumenty dostępne w jego otoczeniu (niezbędna jest wiedza dotycząca możliwości wsparcia przysługująca osobom w sytuacji zagrożenia niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym);
6. Przygotowanie propozycji działań wspierających, które w oparciu o sytuację beneficjenta oraz możliwości lokalnego systemu wsparcia wydają się najbardziej optymalne ze względu na ustalone cele (niezbędna jest wiedza dotycząca możliwości wsparcia w lokalnym środowisku beneficjenta, wcześniej sporządzony wywiad środowiska w otoczeniu beneficjenta dotyczący instytucji i organizacji, które mogą wspierać lokalnie swoich mieszkańców);
7. Zaplanowanie w kooperacji z beneficjentem i osobami wspierającymi indywidualnej ścieżki wsparcia – indywidualnego planu działań (IPD) – wraz z określeniem następujących po sobie etapów i wyznaczenia terminów ich realizacji, na zasadzie kontraktu podpisuje go beneficjent;
8. Ustalenie sposobu i częstotliwości spotkań MDWS z beneficjentem (na przykład osobiście – 1 raz w miesiącu, telefonicznie – 1 raz w tygodniu);
9. Monitorowanie poszczególnych etapów IPD oraz ewentualna modyfikacja kierunków i działań;

10. Wskazywanie możliwości wsparcia i nawiązywanie kontaktów przez beneficjentów z innymi osobami z niepełnosprawnością – eksperci z doświadczenia (*experts by experience*) oraz doradztwo wzajemne (*peer counseling*);
11. Działania animacyjne środowiska lokalnego inicjowane przez MDWS adekwatnie do potrzeb beneficjentów na danym terenie (wolontariat, parafie, organizacje pozarządowe, itp.);
12. Promowanie działalności MDWS w środowisku lokalnym, które poszerza wiedzę współmieszkańców na temat włączenia społecznego osób z niepełnosprawnością

4. Przygotowanie mobilnego doradcy włączenia społecznego do udzielania wsparcia

Z analizy zakresu zadań mobilnego doradcy włączenia społecznego wynika, że warunkiem powodzenia jego działań są (oprócz czynnego udziału beneficjenta) wysokie kompetencje, wiedza i predyspozycje do pracy z osobami w trudnej sytuacji życiowej. W tym celu dokonano analizy zakresu szkoleń podobnych specjalistów i zaproponowano system szkoleń i certyfikacji mobilnych doradców włączenia społecznego.

4.1 Zakres kompetencji mobilnego doradcy włączenia społecznego

Osoba realizująca tak szerokie funkcje doradcze w zakresie wsparcia osób lub rodzin będących w trudnym momencie z powodu pojawienia się niepełnosprawności musi legitymować się bardzo wysokimi kompetencjami.

Na podstawie przywołanych wyżej (por. pkt 1.4.1 i pkt 1.4.5) rozwiązań oraz innych dokumentów związanych z profesjami w ochronie zdrowia lub opiece społecznej w instrumencie proponuje się następujący podział kompetencji:

1. Kompetencje personalne (generyczne)

Stanowią one elementy rozwoju osobistego. Są predyspozycjami, cechami, zdolnościami, które wykorzystujemy w różnych obszarach życia dla własnego rozwoju lub rozwiązywania problemów. Niektóre kompetencje osobiste stanowią ważne ogniwa budowania kompetencji zawodowych – szczególnie w obszarach ochrony zdrowia, opieki społecznej czy edukacji. Ponadto warto zauważyć, że im ważniejsze w określonej formie działań profesjonalnych są tak zwane umiejętności miękkie, tym większe okazuje się znaczenie kompetencji generycznych.

W przypadku MDWS kompetencje personalne (generyczne) to:

1. umiejętności analizowania, łączenia oraz porządkowania informacji
2. umiejętność zastosowania zdobywanej wiedzy w praktyce
3. planowanie i zarządzanie czasem
4. umiejętności komunikacyjne zarówno w kontekstach profesjonalnych, jak i społecznych
5. podstawowe umiejętności obsługi komputera
6. umiejętność interpretacji danych naukowych
7. gotowość i chęć ciągłego uczenia się, nastawienie na rozwój
8. umiejętność krytycznego myślenia, w tym również konstruktywnej samokrytyki
9. zdolność przystosowania się do nowych lub zaskakujących sytuacji, radzenie sobie ze stresem
10. zdolność do generowania nowych pomysłów, kreatywność
11. umiejętność identyfikowania i rozwiązywania problemów
12. umiejętność podejmowania decyzji
13. umiejętność pracy w zespole, w tym również wielozawodowym
14. umiejętności interpersonalne

15. umiejętność motywowania ludzi i dążenia do wspólnych celów
16. zdolności kierownicze
17. docenianie i poszanowanie indywidualności każdej osoby
18. umiejętność pracy w kontekście międzynarodowym
19. umiejętność samodzielnej pracy
20. umiejętności projektowania i zarządzania projektami
21. podejmowanie inicjatyw i dążenie do sukcesu
22. zaangażowanie etyczne i podejmowanie decyzji w oparciu o rozumowanie etyczne
23. troska o jakość podejmowanych działań[12].

2. Kompetencje zawodowe (profesjonalne)

Rozbudowany zestaw kompetencji stanowiących podstawę formalną pracy mobilnego doradcy włączenia społecznego. Składają się na nie zarówno kompetencje twarde, oparte na mocnych podstawach naukowych oraz instytucjonalnych, jak i kompetencje miękkie, które wiążą się z szeroko ujmowanymi umiejętnościami społecznymi, również odpowiednio ukierunkowanymi kompetencjami generycznymi.

W kompetencjach profesjonalnych proponuje się wyróżnienie następujących kategorii:

1. wiedza związana z włączeniem społecznym oraz zarządzaniem rehabilitacją
2. profesjonalne rozumowanie w procesach rehabilitacji i włączenia społecznego
3. relacje profesjonalne i współpraca w pracy MDWS
4. autonomia i odpowiedzialność zawodowa

[12] Opracowanie własne na podstawie: *Tuning Educational Structures in Europe. Reference Point for the Design and Delivery of Degree Programmes in Occupational Therapy*, ENOTHE, Spain 2008.

5. badania dotyczące włączenia społecznego i rehabilitacji oraz rozwój serwisu MDWS w wyżej wskazanych obszarach
6. Promocja działań mobilnego doradcy włączenia społecznego

3. Kompetencje etyczne

Często kojarzy się je tylko z teoretycznymi podstawami zawodowymi. Uważamy jednak, że stanowią one istotny element równowagi profesjonalnej. Określone postawy i zachowania etyczne stanowią wzmocnienie, uporządkowanie, a czasami przeciwwagę dla prezentowanych kompetencji personalnych lub zawodowych. Są ponadto ważnym elementem porządkującym relacje w ramach zadań profesjonalnych, zależności służbowych oraz rozwiązań organizacyjnych. Dotyczy to szczególnie przekrojowej i międzysektorowej aktywności oraz działania MDWS. Kompetencje etyczne w przypadku MDWS to:

1. porządkujące relacje z beneficjentami
2. porządkujące relacje z innymi mobilnymi doradcami włączenia społecznego
3. związane ze współpracą z innymi profesjonalistami
4. związane z formami organizacyjnymi pracy MDWS
5. związane z relacjami między MDWS a społeczeństwem
6. związane z dyscyplinowaniem oraz utrzymywaniem jakości pracy MDWS.

4.2 Etyczne podstawy działania MDWS

Kodeksy postępowania i dobrych praktyk powinny być oparte na kompetencjach w zakresie profesjonalnym oraz etycznym. W obecnym kształcie instrumentu proponuje się połączenie podstawowych zasad postępowania etycznego oraz dobrych praktyk w ramach jednego dokumentu. Ponadto zwracając uwagę na praktyczny kontekst etyki zawodowej, trzeba podkreślić, że zasady etyczne wiążą się bezpośrednio z kompetencjami MDWS w tym obszarze.

Kodeks postępowania i dobrych praktyk – zasady podstawowe:

1. Mobilny doradca włączenia społecznego kieruje się w swojej praktyce zawodowej następującymi wartościami: troska, profesjonalizm, odpowiedzialność, sprawiedliwość, integralność zawodowa oraz szacunek dla godności i autonomii beneficjenta.
2. Mobilny doradca włączenia społecznego postępuje zgodnie z przepisami prawa, prawami człowieka i obywatela, zasadami etyki zawodowej oraz regulacjami dotyczącymi wykonywania działań profesjonalnych i dobrych praktyk.
3. Mobilny doradca włączenia społecznego dba o dobro beneficjenta, szanuje prawa i godność każdego człowieka.
4. Mobilny doradca włączenia społecznego szanuje autonomię i prawo do niezależnego życia każdej osoby, udziela zrozumiałych i rzetelnych informacji, szanuje prywatność, intymność oraz zachowuje poufność, również w przestrzeni cyfrowej i mediach społecznościowych.
5. Mobilny doradca włączenia społecznego ma obowiązek doskonalenia wiedzy i umiejętności zawodowych oraz rozwijania kompetencji profesjonalnych i etycznych.

Kodeks postępowania i dobrych praktyk – zasady w obszarach:

1. Zasady porządkujące relacje z beneficjentami
2. Zasady porządkujące relacje mobilnych doradców włączenia społecznego
3. Zasady związane ze współpracą z innymi profesjonalistami
4. Zasady związane z formami organizacyjnymi pracy MDWS
5. Zasady związane z relacjami między MDWS a społeczeństwem
6. Zasady związane z dyscyplinowaniem oraz utrzymywaniem jakości pracy MDWS

4.3 Potencjalni mobilni doradcy włączenia społecznego w systemie

Biorąc pod uwagę zakres działań mobilnego doradcy włączenia społecznego oraz jego rozległe kompetencje, jak również zapotrzebowanie na adekwatne i skuteczne wsparcie, nie uda się obecnie go zaspokoić osobami wykształconymi w projekcie, w którym liderem był PFRON, tym bardziej, że po zakończeniu projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej nie udało się utrzymać studiów podyplomowych w żadnej z uczelni partnerskich projektu. Dlatego do szkolenia oraz egzaminu, który zostanie opisany w punkcie 4.4, powinni być w pierwszej kolejności predysponowani absolwenci, których profil kształcenia umożliwia zdobycie kompetencji częściowo zbieżnych z kompetencjami MDWS. Poniżej znajduje się lista takich zawodów/kierunków kształcenia:

1. Menadżerowie rehabilitacji (specjaliści ds. zarządzania rehabilitacją)
   Osoby wykształcone w ramach projektu PFRON. Profil kształcenia i jego zakres są w znacznym stopniu zbieżne z propozycją przedstawioną w niniejszym instrumencie. Po pierwsze jednak formą kształcenia są roczne studia podyplomowe. Dlatego osoby, które rozpoczynają takie studia, muszą dysponować wysokim poziomem kompetencji już na początku procesu kształcenia. Poza tym całkowita liczba tak wykształconych osób w Polsce wynosi poniżej 250 osób i nie zwiększa się obecnie.
2. Terapeuci zajęciowi po studiach wyższych
   W kilku ośrodkach akademickich w Polsce prowadzone są trzyletnie studia licencjackie. Tak wykształceni terapeuci zajęciowi dysponują szerokim wachlarzem kompetencji związanych zarówno z ochroną zdrowia, jak i z opieką społeczną. Są oni zorientowani w rehabilitacji w kontekście medycznym oraz społecznym, a nawet społeczno-kulturowym. Pod tym względem wydają się najlepiej przygotowani do podjęcia zadań MDWS,

zwłaszcza że w niektórych ośrodkach kształcenie nie ogranicza się do poziomu licencjackiego, ale obejmuje również studia magisterskie. Program kształcenia określony jest jednak zadaniami zawodu terapeuty zajęciowego i jego pełne dostosowanie do kompetencji mobilnego doradcy włączenia społecznego wydaje się niemożliwe (dotyczy to zresztą wszystkich wymienionych w tym punkcie zawodów). Poza tym absolwentów studiów wyższych jest znacznie mniej niż terapeutów zajęciowych po szkołach policealnych, a absolwenci szkół policealnych są znacznie mniej wszechstronni, jeśli chodzi o kompetencje. Dlatego w zależności od doświadczeń konkretnego terapeuty zajęciowego należy elastycznie dostosować moduły szkolenia MDWS.

3. Specjaliści fizjoterapii
   Absolwenci jednolitych pięcioletnich studiów fizjoterapii są dobrze przygotowani do pracy w medycznym kontekście, jednak ich kompetencje w obszarze społecznym, jak również w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną albo zaburzeniami psychicznymi są znacznie niższe. Specjalizacja w fizjoterapii nieznacznie uzupełnia te braki. Z tego względu absolwenci fizjoterapii powinni przede wszystkim uzupełniać kompetencje w obszarze społecznym i zawodowym w szkoleniu MDWS.
4. Pracownicy socjalni (OPS, PCPR, placówki medyczne)
   Zawód ten ma silne ugruntowanie w polskim systemie wsparcia społecznego, ponadto dysponuje możliwościami szkolenia podyplomowego, a także wsparciem superwizyjnym. Dlatego w obszarze społecznym pracownicy socjalni mogą być doskonale przygotowani do pełnienia roli mobilnego doradcy włączenia społecznego. Ich rozeznanie w rehabilitacji medycznej, a tym bardziej medycynie klinicznej jest natomiast wyraźnie ograniczone, dlatego w szkoleniu MDWS należy zwrócić uwagę na ten właśnie aspekt.

5. Pielęgniarki w szpitalach i innych ośrodkach medycznych
   Obecne kształcenie pielęgniarek staje się coraz bardziej wszechstronne. Kompetencje pielęgniarek skupiają się na obszarze ochrony zdrowia, jednak w trakcie studiów podejmowane są również problemy społeczne – znajomość systemu opieki społecznej jest elementem kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej. Z drugiej strony obowiązki zawodowe najczęściej nie sprzyjają rozwijaniu kompetencji społecznych po zakończeniu studiów, dlatego w systemie szkolenia MDWS należy zwykle skupić się na tym obszarze kompetencji, podchodząc jednak do tego w sposób zindywidualizowany.
6. Asystenci osoby niepełnosprawnej (wykształceni w systemie)
   Wykształcenie opiera się na szkołach policealnych. Podstawowe zadania asystenta to udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej:
   - udzielanie pomocy w korzystaniu z rożnych form kompleksowej rehabilitacji,
   - świadczenie opieki osobie niepełnosprawnej w zakresie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych oraz pomaganie w prowadzeniu gospodarstwa domowego,
   - wspieranie osoby niepełnosprawnej w dążeniu do samodzielności życiowej,
   - motywowanie osoby niepełnosprawnej do aktywności społecznej i zawodowej.

   W praktyce asystenci osób niepełnosprawnych przechodzą roczny cykl szkolenia z możliwością zdawania egzaminu. Ich kompetencje są znacznie wyższe w obszarze społecznym, ale zakres godzin zajęć teoretycznych i praktycznych nie zapewnia dobrego przygotowania do zadań MDWS. Dlatego prawdopodobnie (ze względu na zakres kompetencji) asystenci

będą musieli przechodzić pełny cykl szkolenia MDWS przed egzaminem certyfikacyjnym.

7. Asystenci rodziny

   Asystentem rodziny może zostać osoba, która legitymuje się stosownym wykształceniem wynikającym z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (minimum średnim) oraz doświadczeniem. Biorąc pod uwagę ustawę, należy zwrócić uwagę na wykształcenie (wyższe lub średnie) oraz posiadane doświadczenie oraz staż pracy. Z tego powodu kwestie rozpoznania kompetencji asystenta rodziny w szkoleniu MDWS należy traktować w sposób zindywidualizowany. Szczególną uwagę w uzupełnianiu kompetencji należy zwrócić na kontekst kliniczny.

8. Asystenci osobiści osoby niepełnosprawnej

   Zgodnie z programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" w edycji 2020-2021 usługi asystenta mogą świadczyć:

   - osoby posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny,
   - osoby posiadające co najmniej sześciomiesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym, na przykład doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu,
   - osoby wskazane przez uczestnika programu lub jego opiekuna prawnego.

   Tylko w punkcie pierwszym mamy nawiązanie do kształcenia formalnego, każdy z wymienionych kierunków ma jednak inny podstawowy cel i profil kształcenia, poza tym asystentami mogą zostać osoby nieprzygotowane profesjonalnie do tej roli. Dlatego po pierwsze, w systemie kształcenia MDWS należy traktować indywidualnie osoby, które są wykształconymi

w systemie asystentami. Po drugie, należy zwracać uwagę na osoby, które określane bywają asystentami i pełnią taką rolę, ale nie mają formalnego wykształcenia w tym kierunku. Biorąc pod uwagę powyższe, trzeba stwierdzić, że asystenci osobiści prawdopodobnie będą musieli przechodzić pełny cykl szkolenia MDWS.

9. Trenerzy funkcjonalni/aktywności (projekt Fundacji Eudajmonia)
   Do projektu mogą zgłaszać się osoby z wykształceniem asystenta osoby niepełnosprawnej, ale organizacja szkoli również przyszłych trenerów/asystentów we własnym zakresie oraz elastycznie sprawdza kwalifikacje przedstawione przez kandydatów. Trudno w związku z tym jednoznacznie zinterpretować kompetencje trenerów funkcjonalnych w kontekście zadań mobilnego doradcy. Dlatego zaleca się indywidualną ocenę, jednak najbardziej prawdopodobna jest konieczność odbycia pełnego szkolenia MDWS.
10. Inni specjaliści zatrudnieni w organizacjach pozarządowych
    Coraz większa liczba organizacji pozarządowych zarówno organizuje szkolenia trenerskie/asystenckie, jak i proponuje tego typu usługi osobom z niepełnosprawnościami. Z jednej strony świadczy to wyraźnie o dużym zapotrzebowaniu na kompleksowe usługi trenersko-doradcze, z drugiej zaś należy zwrócić uwagę na często niejednolite kryteria doboru osób oraz różne sposoby szkoleń. Dlatego zwykle takie formy działalności nie powinny być uwzględnione w szkoleniu MDWS.

4.4 Kształcenie mobilnych doradców włączenia społecznego

Doświadczenia niemieckie związane z kompetencjami, szkoleniem oraz certyfikacją specjalisty ds. zarządzania niepełnosprawnością/rehabilitacją były podstawą przygotowania programu studiów podyplomowych na kierunku specjalista ds. zarządzania rehabilitacją w trakcie realizacji projektu PFRON.

Moduły w kształceniu MDWS

Po uwzględnieniu doświadczeń edukacyjnych wypracowanych w systemie niemieckim (patrz pkt 1.4.1), w omówionym projekcie PFRON (patrz pkt 1.4.5), a także zaproponowanych w instrumencie trzech podstawowych ścieżek/profilów działań mobilnego doradcy włączenia społecznego oraz niezbędnych kompetencji proponuje się następujące moduły szkolenia:

Tabela 3. Moduły szkolenia MDWS

Moduły szkolenia MDWS	Proponowany zakres szkolenia
I.A. Niezależne życie	Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2012 poz. 1169) oraz stanowiska Komitetu ds. praw osób z niepełnosprawnościami. Nowoczesne rozumienie niezależnego życia w świetle Konwencji ONZ, komentarzy do niej oraz innych dokumentów związanych z osobami z niepełnosprawnością.
I.B Moduł prawno-organizacyjny	Podstawowe obowiązujące zapisy prawne związane z włączeniem społecznym, niepełnosprawnością i rehabilitacją. Instytucje oraz organizacje działające na rzecz osób potrzebujących wsparcia. Opieka zdrowotna i społeczna jako systemy wsparcia. Przegląd planowanych zmian w systemie (w miarę ich dostępności).
II. Moduł medyczny	Moduł związany z medycyną w kontekście klinicznym, instytucjonalnym oraz organizacyjnym. Podstawowa wiedza medyczna. Dokumentacja medyczna.

III. Moduł psychologiczny	Moduł informujący o odpowiednich formach zbierania wywiadów przez mobilnego doradcę do wspierania osoby z niepełnosprawnością w jej decyzyjności i niezależności, przygotowanie doradcy do trudnych sytuacji, rozwijanie kompetencji miękkich, w tym również kompetencji generycznych.
IV.A. Rehabilitacja medyczna	Rehabilitacja w różnych aspektach i kontekstach. Rodzaje/typy niepełnosprawności a rehabilitacja. Organizacja rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej.
IV.B. Rehabilitacja społeczna i wsparcie społeczne	
IV.C. Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy	
V.A. Choroba oraz niepełnosprawność fizyczna a włączenie społeczne i zarządzanie rehabilitacją	Choroba lub niepełnosprawność w różnych aspektach. Dokładne przedstawienie praw, potrzeb, problemów oraz zasobów związanych z funkcjonowaniem osób chorych/niepełnosprawnych w kontekście społeczno-kulturowym oraz instytucjonalnym. Przedstawienie ścieżki wsparcia instytucjonalnego oraz informacji, do jakich instytucji może zwrócić się osoba
V.B. Niepełnosprawność intelektualna a włączenie społeczne i zarządzanie rehabilitacją	

V.C. Dzieci z niepełnosprawnościami oraz ich rodziny a włączenie społeczne i zarządzanie rehabilitacją	z niepełnosprawnością z konkretnym problemem. Możliwości niezależnego funkcjonowania w środowisku lokalnym, włączenie społeczne i budowanie kręgów wsparcia. Organizacje osób z niepełnosprawnością i rozwój peercounselingu.
V.D. Choroba psychiczna a włączenie społeczne i zarządzanie rehabilitacją	
VI.A. Ścieżka pourazowa (adaptacyjna) działań mobilnego trenera włączenia społecznego	Analiza poszczególnych ścieżek wsparcia oraz profilowania i etapowania włączenia społecznego u beneficjentów z różnymi potrzebami. Dokładny opis działań mobilnego doradcy włączenia społecznego. Indywidualizacja wsparcia. Wspieranie niezależności i praw obywatelskich na każdym etapie wsparcia, rehabilitacji oraz procesu włączenia społecznego.
VI.B. Ścieżka inkluzywna (integracyjna) działań mobilnego trenera włączenia społecznego	
VI.C. Ścieżka rodzinna (wspierająca) działań mobilnego trenera włączenia społecznego	
VII. Współpraca intradyscyplinarna oraz interdyscyplinarna w ramach działań mobilnego dorady włączenia społecznego	Współpraca mobilnego doradcy włączenia społecznego z innymi profesjonalistami. Sieciowanie i budowanie zaufania do profesji. Promocja pracy MDWS.

VIII. Profesjonalizacja i promocja MDWS	Bezpieczeństwo i utrzymanie jakości pracy. Samodzielność i odpowiedzialność MDWS. Skuteczność działań a etyka. Promocja MDWS.
IX. Seminarium	Przygotowanie do zaliczenia szkolenia.
X. Przygotowanie do egzaminu	Zagadnienia i projekt egzaminacyjny – omówienie i przygotowanie.

Egzamin certyfikacyjny w kształceniu mobilnego doradcy włączenia społecznego:

Proponuje się dwie części egzaminu:

1. egzamin teoretyczny – pisemny (termin – przed oddaniem projektu)
2. egzamin praktyczny – projekt egzaminacyjny (po egzaminie testowym)
    a. oddanie raportu z projektu (co najmniej 7 dni przed obroną)
    b. obrona projektu

Egzamin teoretyczny – pisemny, test obejmujący wszystkie moduły ze szczególnym uwzględnieniem działań MDWS.

Egzamin praktyczny – projekt egzaminacyjny z obroną.

A. przygotowanie projektu – działania:

- znalezienie potencjalnego odbiorcy wsparcia, zgodnie z założeniami jednego z podstawowych profili działań profesjonalnych
- przygotowanie i użycie narzędzi kompleksowej ścieżki wsparcia z odbiorcą wsparcia z uwzględnieniem kwestii etycznych, interpersonalnych oraz profesjonalnych

- znalezienie instytucji/organizacji działających na rzecz osób z niepełnosprawnością o profilu zbieżnym z potrzebami odbiorcy wsparcia
- wybór jednej z instytucji/organizacji i podjęcie działań mających na celu powiązanie jej z odbiorcą wsparcia

B. przygotowanie raportu z wszystkich podjętych działań – forma pisemna. W raporcie powinny znaleźć się następujące elementy:

1. kompleksowa diagnoza potrzeb
2. diagnoza środowiskowa
3. cele i plan działań/wsparcia
4. opis instytucji/organizacji oraz wybór (z uzasadnieniem) jednej z nich
5. opis podjętych działań
6. ewaluacja podjętych działań/wyników
7. rekomendacje i wnioski
8. refleksja dotycząca projektu

C. obrona raportu – prezentacja multimedialna i obrona:

1. prezentacja wybranych elementów projektu: cele i plan działania, ewaluacja wyników, wnioski oraz refleksje (czas – do 15 minut)
2. odpowiedzi na pytania komisji egzaminacyjnej dotyczące projektu (czas – do 10 minut)

<u>Wyniki egzaminu</u>

Na wynik egzaminu składają się oceny z trzech składowych:

1. egzaminu teoretycznego – testu (25% oceny egzaminacyjnej)
2. projektu egzaminacyjnego – raportu (50% oceny egzaminacyjnej)
3. projektu egzaminacyjnego – obrony (25% oceny egzaminacyjnej).

Dodatkowym warunkiem jest zaliczenie wszystkich składowych na ocenę pozytywną. Skala ocen jest zgodna ze stosowaną na większości polskich uczelni – od 2 (niedostateczny) do 5 (bardzo dobry) z uwzględnieniem 3,5 oraz 4,5.

Szkolenia oraz certyfikacja MDWS – warunki ogólne

1. Szkolenia przeprowadzane są przez PFRON we współpracy z ośrodkami, które posiadają uprawnienia do prowadzenia szkoleń lub studiów podyplomowych wzorem projektu kształcącego specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.
2. Osoby, które nie mają doświadczenia oraz kompetencji w zakresie pracy MDWS, muszą przejść postępowanie kwalifikacyjne oraz odbyć i zaliczyć wszystkie moduły przed przystąpieniem do egzaminu certyfikacyjnego.
3. Osoby posiadające pewne doświadczenie i kompetencje w zakresie pracy MDWS również muszą przejść postępowanie kwalifikacyjne. W jego wyniku mogą zostać zwolnione z uczestnictwa w określonych modułach. W wyjątkowych przypadkach, kiedy kandydat prezentuje wysokie kompetencje i bogate doświadczenie w zakresie pracy MDWS, może on zostać zwolniony ze wszystkich modułów. Musi jednak przystąpić do egzaminu na takich samych zasadach jak wszyscy.
4. Szczegóły postępowania kwalifikacyjnego określa PFRON we współpracy z ośrodkami partnerskimi.
5. Modułowy system studiów/szkoleń zwiększa elastyczność w realizacji programu.
6. Certyfikaty wydawane są przez ośrodki współpracujące z PFRON po pozytywnie zdanym egzaminie. Na certyfikatach znajdować powinno się logo PFRON, certyfikat powinien zostać podpisany przez przedstawicieli PFRON oraz ośrodka partnerskiego.
7. Rejestr osób, które pozytywnie przeszły proces certyfikacji, prowadzi PFRON. Dzięki temu osoby kompetentne mogą przekazywać informacje o swojej aktywności oraz rozwoju profesjonalnym i nie znikają z systemu.
8. Akredytacja ośrodków szkolenia i egzaminowania prowadzona jest we współpracy zespołu ekspertów i PFRON, który prowadzi również rejestr ośrodków akredytowanych. Szczegóły powoływania ekspertów oraz

akredytacji zostaną określone w szczegółowych warunkach szkolenia oraz certyfikowania MDWS.

5. Umiejscowienie Mobilnego doradcy włączenia społecznego w systemie wsparcia

Stworzenie nowej instytucji Mobilnego doradcy włączenia społecznego pociąga za sobą konieczność przeorganizowania lub doprecyzowania funkcji niektórych istniejących elementów systemu.

5.1. Elementy w obecnym systemie wsparcia częściowo zbliżone do proponowanego instrumentu

W obecnym systemie wsparcia osób z niepełnosprawnością funkcjonują pojedyncze elementy, które zgodnie z założeniami powinny odgrywać role w pewnym zakresie zbliżone do niektórych zadań mobilnego doradcy włączenia społecznego. W rzeczywistości ich zadania są ograniczone zarówno podmiotowo, jak i przedmiotowo do tych, które zapisane zostały w zakresach kompetencyjnych reprezentowanych jednostek. Powoduje to brak holistycznego podejścia, kompleksowości wsparcia, jego indywidualizacji.

5.1.1 Pracownik powiatowego centrum pomocy rodzinie

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776) powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR) realizują zadania z zakresu rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością, które wyszczególnione zostały w art. 35a ustawy.

Pracownicy PCPR opracowują i realizują zgodne z powiatową strategią dotyczącą rozwiązywania problemów społecznych powiatowe programy działań na rzecz

osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i przestrzegania praw osób niepełnosprawnych, które powinny być spójne również z zadaniami z zakresu rehabilitacji zawodowej i zatrudniania. Ich zadaniem jest podejmowanie działań zmierzających do ograniczania skutków niepełnosprawności oraz opracowywanie i przedstawianie planów zadań i informacji z prowadzonej działalności oraz ich udostępnianie na potrzeby samorządu województwa.

Kadra PCPR powinna współpracować z organizacjami pozarządowymi i fundacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej tych osób.

PCPR wspiera też finansowo osoby z niepełnosprawnością – ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowuje:

- uczestnictwo osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,
- sport, kulturę, rekreację i turystykę osób niepełnosprawnych,
- zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów,
- likwidację barier architektonicznych, technicznych, barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych,
- rehabilitację dzieci i młodzieży,
- usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,
- zmianę samodzielnego lokalu mieszkalnego, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 24 czerwca 1994 r. o własności lokali (Dz. U. z 2020 r. poz. 1910 oraz z 2021 r. poz. 11), dotychczas zajmowanego przez osobę niepełnosprawną, w sytuacji braku możliwości zastosowania w tym lokalu

lub w budynku racjonalnych usprawnień, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności lub jeżeli ich zastosowanie byłoby nieracjonalne ekonomicznie.

Ze środków PFRON częściowo finansowane są też koszty tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej, co nadzorowane jest przez pracowników PCPR.

Fakultatywnie powiatowe centra pomocy rodzinie realizują też programy:

1. Aktywny Samorząd – finansowany ze środków PFRON
   - Obszar A – likwidacja bariery transportowej,
   - Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym,
   - Obszar C – likwidacja barier w poruszaniu się,
   - Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

oraz finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego, a realizowane w kooperacji z organizacjami pozarządowymi:

2. „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”;
3. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

Określone powyżej zadania realizowane przez PCPR wymuszają stały kontakt i podstawową orientację pracowników jednostki w problematyce osób z niepełnosprawnościami. Jedynie wieloletni pracownicy, poszerzający swoją wiedzę w zakresie sposobów wspierania, mogą być uznani za specjalistów w zakresie wiedzy na temat sytuacji osób z niepełnosprawnością na poziomie powiatu – znają liderów wśród niepełnosprawnych, orientują się w działalności

organizacji pozarządowych, monitorują inicjatywy lokalne, wspierają działania projektowe, ale także współpracują z producentami i sprzedawcami sprzętu rehabilitacyjnego i inicjatorami aktywizacji z wykorzystaniem nowych technologii. Ich wiedza i doświadczenie są przydatne zwłaszcza wtedy, gdy do urzędu zgłosi się osoba potrzebująca wsparcia. Pomoc z ich strony nie dociera jednak do osób zamkniętych w domach z powodu barier architektonicznych i społecznych. Wiedza o możliwości pomocy nie jest też dostępna dla osób wykluczonych cyfrowo.

5.1.2 Pracownik ośrodka pomocy społecznej

Najbardziej merytorycznym pracownikiem jednostek pomocy społecznej jest pracownik socjalny, którego zadania są opisane w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Jego podstawowym zadaniem jest praca socjalna, a więc interdyscyplinarna działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi.

Do zadań pracownika socjalnego należy również:

- dokonywanie analizy, diagnozy i oceny zjawisk indywidualnych i społecznych, a także formułowanie opinii w zakresie zapotrzebowania na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;
- udzielanie informacji, wskazówek, porad i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, rodzinom, grupom i społecznościom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną ich trudnej sytuacji lub zaspokajać niezbędne potrzeby życiowe;

- pomoc w uzyskaniu dla osób lub rodzin będących w trudnej sytuacji życiowej specjalistycznego poradnictwa, terapii lub innych form pomocy w zakresie możliwości rozwiązywania problemów przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe;
- pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;
- współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania problemów oraz skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie konsekwencji ubóstwa;
- inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;
- współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia;
- inicjowanie działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie lub łagodzenie problemów społecznych i współuczestniczenie w nich.

Przy wykonywaniu zadań pracownik socjalny jest obowiązany:

1. kierować się zasadami etyki zawodowej;
2. kierować się zasadą dobra osób i rodzin, którym służy, poszanowania ich godności i prawa tych osób do samostanowienia;
3. przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę, grupę lub społeczność;
4. udzielać osobom zgłaszającym się pełne informacje o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy;

5. zachować w tajemnicy informacje uzyskane w toku czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny;
6. podnosić swoje kwalifikacje zawodowe poprzez udział w szkoleniach i samokształcenie.

W odczuciu społecznym pracownik socjalny kojarzy się jednak przede wszystkim z przeprowadzaniem rodzinnych wywiadów środowiskowych oraz decyzjami o przyznaniu świadczenia, a przede wszystkim z weryfikacją prawidłowości wykorzystania pomocy finansowej i wstrzymywaniem świadczeń w przypadku niewłaściwego rozporządzania zasobami pieniężnymi. Nie jest to element wzbudzający zaufanie do pracownika.

Pomimo tego kompetencje w zakresie przeprowadzania środowiskowych wywiadów rodzinnych oraz zawierania kontraktów socjalnych (a także wyżej wymienione zadania środowiskowe) plasują pracownika socjalnego w miejscu systemu, które jest bardzo zbliżone do zadań planowanych dla mobilnego doradcy włączenia społecznego. Problem pojawia się w momencie, gdy pracownik socjalny musi wnikliwie zdiagnozować sytuację w oparciu o konkretny rodzaj i zakres niepełnosprawności, uwzględniając wynikające z dysfunkcji bariery funkcjonalne, i zaplanować kierunek działań skutkujących włączeniem do społeczeństwa.

Kształceni systemowo pracownicy socjalni znajdują zatrudnienie w wielu innych jednostkach systemu pomocy społecznej (na przykład w centrach usług społecznych i w schroniskach dla osób bezdomnych), placówkach ochrony zdrowia (na przykład w szpitalach, przychodniach lekarskich i ośrodkach rehabilitacji) i edukacji (między innymi w ośrodkach szkolno-wychowawczych, zakładach poprawczych i młodzieżowych ośrodkach wychowawczych

i socjoterapii), co niesie za sobą obowiązek specjalizacji, ale też wskazuje na duży potencjał tej grupy zawodowej.

5.1.3 Asystent rodziny

Asystent rodziny prowadzi pracę z rodziną w miejscu jej zamieszkania lub w miejscu wskazanym przez rodzinę. Liczba rodzin, z którymi jeden asystent rodziny może w tym samym czasie prowadzić pracę, jest uzależniona od stopnia trudności wykonywanych zadań, jednak nie może przekroczyć piętnastu.

Do zadań asystenta rodziny należy w szczególności:

- opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym,
- udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego;
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych;
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów psychologicznych;
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów wychowawczych z dziećmi;
- wspieranie aktywności społecznej rodzin;
- motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej;
- motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, które mają na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych;
- udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych;

- podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin;
- prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci;
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej pracy z rodziną;
- dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny, nie rzadziej niż co pół roku, monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z rodziną;
- sporządzanie, na wniosek sądu, opinii o rodzinie i jej członkach;
- współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny;
- współpraca z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą, o których mowa w art. 9a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, lub innymi podmiotami, których pomoc przy wykonywaniu zadań uzna za niezbędną.

Plan pracy z rodziną obejmuje zakres realizowanych działań mających na celu przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, a także zawiera terminy ich realizacji i przewidywane efekty.

Od 2016 roku asystent rodziny otrzymał dodatkowy zakres zadań, który dotyczy wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2019 r. poz. 473 i 1818). Do takiej pomocy kwalifikuje się kobieta w okresie ciąży, w okresie porodu i połogu ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także jej rodzina. Wsparcia może oczekiwać też rodzina, w której urodziło się dziecko, u którego zdiagnozowano ciężkie

i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Zadanie polega na zabezpieczeniu poradnictwa w zakresie:

1. przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka;
2. wsparcia psychologicznego;
3. pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych;
4. dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

Poradnictwo to koordynowane jest przez asystenta rodziny i polega na:

1. opracowywaniu wspólnie z osobami i rodzinami katalogu możliwego do uzyskania wsparcia;
2. występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu tych osób, na ich żądanie i na podstawie pisemnego upoważnienia, do jednostek świadczących opiekę zdrowotną ze środków publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, jednostek organizacyjnych realizujących ustawę o wspieraniu rodziny, innych jednostek sektora finansów publicznych w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia.

Podmioty odpowiedzialne za realizację wsparcia obowiązane są do współpracy z asystentem rodziny w zakresie przekazywania na jego wniosek informacji o możliwym do zrealizowania przez te podmioty wsparciu.

Zadania realizowane przez asystenta rodziny mają stanowić skuteczną pomoc dla rodziny przeżywającej trudności w opiekowaniu się dziećmi i wychowywaniu ich oraz skuteczną ochronę i pomoc dla samych dzieci. Celem samym w sobie jest przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych.

Poza poradnictwem w zakresie dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej nie ma tu żadnego styku z problematyką niepełnosprawności. Asystent rodziny nie jest przygotowany do pracy nad problemami osób z niepełnosprawnością. Rodzice dzieci, u których stwierdzono zagrożenie niepełnosprawnością lub już konkretną niepełnosprawność, nie szukają w tym zakresie wsparcia u asystenta rodziny, gdyż utarło się, że asystent zatrudniony w służbach pomocy społecznej świadczy pomoc tym rodzinom, które są określane jako niewydolne wychowawczo, a nawet „patologiczne”. W pierwszych latach życia dziecka, u którego stwierdzono niepełnosprawność, rodzice skupiają się na leczeniu i rehabilitacji, a kwestie wychowawcze schodzą na dalszy plan.

Kompetencje asystenta rodziny są więc tylko w niewielkim zakresie spójne z zadaniami, które będzie wykonywał mobilny doradca włączenia społecznego, nawet jeśli zakres jego pracy ograniczyłby się jedynie do wsparcia rodziców dzieci z niepełnosprawnością.

5.1.4 Osoby wspierające niepełnosprawnych w podmiotach niepublicznych

Przedstawione w poprzednich punktach elementy istniejącego publicznego systemu wsparcia nie wypełniają swoim zakresem wielu aspektów pomocy osobom z niepełnosprawnością. Są one uzupełniane poprzez inicjatywy środowiska wspierającego osoby z niepełnosprawnością na poziomie lokalnym, często w formach projektów finansowanych z różnego rodzaju grantów.

W ramach realizacji różnego rodzaju projektów lokalnych na rzecz osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin podejmowane są często zadania z zakresu poradnictwa, takie jak:

- bezpłatne porady prawne (dotyczące między innymi zdolności prawnych i zdolności do czynności prawnych osób z niepełnosprawnością, zabezpieczenia prawno-finansowego, odszkodowania po wypadkach, błędów lekarskich itp.),
- porady dotyczące możliwych form bezpłatnej rehabilitacji i terapii na danym terenie zamieszkania osób z niepełnosprawnością (w tym również ośrodków prowadzących turnusy rehabilitacyjne) lub, w przypadku odpłatnej rehabilitacji, porady na temat możliwości uzyskania dofinansowania w tym zakresie,
- porady dotyczące możliwości uzyskania dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, likwidacji barier architektonicznych i funkcjonalnych,
- porady na temat możliwości zabezpieczenia przyszłości bytowo-mieszkaniowej osób z niepełnosprawnością, które potrzebują wsparcia (również intensywnego) drugiej osoby w czynnościach dnia codziennego, w tym informacje na temat systemu mieszkań wspomaganych,
- porady na temat możliwych dróg edukacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oświatowego,
- porady doradcy zawodowego dotyczące szeroko pojętej aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością, możliwych form zatrudnienia,
- porady i konsultacje dotyczące profilaktyki, zdrowego trybu życia na przykład z psychodietetykiem, fizjoterapeutą,
- porady i konsultacje z psychologiem lub/i lekarzem psychiatrą,
- porady i konsultacje z seksuologiem.

Osoby realizujące zadania w zakresie poradnictwa zawodowego w agencjach zatrudnienia osób niepełnosprawnych (niepubliczne agencje – ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) oraz w organizacjach pozarządowych

(doradcy zawodowi, trenerzy pracy, psychologowie, pośrednicy pracy) prowadzą projekty nastawione na:

- wsparcie osób z niepełnosprawnością w wejściu na rynek pracy i utrzymaniu zatrudnienia poprzez między innymi diagnozę zawodową oraz indywidualny plan działania, doradztwo zawodowe (opracowanie dokumentów aplikacyjnych, efektywne poszukiwanie pracy, przygotowanie do dalszych etapów rekrutacji jak na przykład rozmowa kwalifikacyjna, assessment center), doradztwo psychologiczne, doradztwo prawne w zakresie prawa pracy, praktyka i staż zawodowy, szkolenia,
- wsparcie aktywności zawodowej i nastawienia na utrzymanie pracy (job crafting).

Oprócz zadań związanych z poradnictwem i doradztwem organizacje pozarządowe są też inicjatorami, organizatorami i wykonawcami zadań związanych z realnym wsparciem codziennego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Pomimo kompleksowego podejścia przez trzeci sektor realizacja zadań ma jednak charakter projektowy, co nie jest czynnikiem stabilizującym – nie pozwala na ciągłość i systematyczność wsparcia.

5.2 MDWS a inne usługi społeczne

Mobilny doradca włączenia społecznego poprzez wielowymiarowość swoich zadań może być porównywany do kilku innych elementów systemu wsparcia. Te podobieństwa są jednak pozorne.

MDWS **nie jest** asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej (który zajmuje się wprost kompensowaniem następstw wynikających z barier napotykanych przez człowieka w odniesieniu do jego życia codziennego; kompensowanie to odbywa się poprzez bezpośrednie wsparcie w wykonywaniu wszelkich czynności

niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania), dlatego nie powinien wyręczać beneficjenta w czynnościach osobistych. Jego zadaniem jest jedynie wskazanie, czy taki specjalista jest beneficjentowi potrzebny i w jaki sposób mógłby on wspierać proces włączenia społecznego. Współpraca z asystentem jest też istotna z tego względu, że niektórych zadań beneficjent samodzielnie nie wykona, a wyspecjalizowany i wyszkolony bezpośrednio przez niego asystent osobisty staje się elementem niezbędnym do realizacji indywidualnego planu działań.

MDWS **nie jest** też specjalistą ds. zarządzania rehabilitacją (menadżerem rehabilitacji) i nie powinien zarządzać zespołem innych specjalistów, którzy zaangażowani są w działania mające na celu przywrócenie sprawności. Jego zadaniem jest wskazanie, którzy specjaliści byliby w tym zakresie pomocni, oraz współpraca z nimi w toku realizacji indywidualnego planu działań (IPD), który jest szerszym dokumentem, obejmującym włączenie społeczne, nawet wówczas, gdy sprawności nie uda się przywrócić. Istnieje też możliwość, że MDWS jest jednocześnie specjalistą ds. zarządzania rehabilitacją (na przykład z uwagi na zaliczone studia podyplomowe).

Doradczy charakter pracy MDWS pozwala też skojarzyć jego rolę z zadaniami asystenta rodziny, które zostały szczegółowo opisane w punkcie 5.1.3. Asystent rodziny, mimo że prowadzi kompleksową pomoc rodzinie w miejscu jej zamieszkania, w swych zadaniach ogranicza się jedynie do wsparcia rodziny w sytuacji niewydolności wychowawczej dotyczącej dzieci do 18 lub (w przypadku dziecka z niepełnosprawnością) do 24 roku życia. W założeniach MDWS współpracuje z asystentem rodziny, choć z racji wspomnianego kryterium wieku w pewnym momencie nie może już na niego liczyć podczas realizacji indywidualnego planu działań (IPD). Kontynuuje jednak realizację założeń IPD

również w kwestiach dotyczących wspierania rodziny, angażując innych specjalistów.

5.3 Propozycje umieszczenia MDWS w systemie

Mobilny doradca włączenia społecznego powinien docierać do każdej osoby z niepełnosprawnością lub zagrożonej niepełnosprawnością, a także do każdej rodziny, w której pojawia się dziecko z niepełnosprawnością na terenie całego kraju. Tylko wówczas zostanie spełniony warunek powszechnej dostępności wsparcia oferowanego przez państwo. Dlatego docelowo cały kraj powinien być pokryty siatką specjalistów na tyle gęstą, na ile jest to możliwe. Nie da się tego osiągnąć w pierwszym roku funkcjonowania, stąd proponuje się sukcesywne, zagęszczanie tej siatki wprowadzane w kolejnych etapach wdrażania instrumentu.
Docelowo Mobilny doradca włączenia społecznego powinien być umiejscowiony jak najbliżej obywatela – prawdopodobnie na poziomie gminy. Obecnie jednak zasoby instytucjonalne i możliwości wspierania osób z niepełnosprawnością w poszczególnych gminach są bardzo nierównomierne, co nie gwarantuje zakresu wsparcia na jednakowym, przynajmniej podstawowym poziomie dla wszystkich obywateli, którzy tego wymagają. Są miejsca, gdzie brak instytucji wspierających wymusza poszukiwanie podstawowego nawet wsparcia nie na poziomie gminy, ale na poziomie powiatu lub województwa.
Zakłada się trzyetapowe wdrożenie MDWS do systemu.

W pierwszym etapie wdrożenia doradcy powinni być posadowieni na poziomie 16 województw i z tego poziomu swoim zasięgiem obejmować cały teren danego województwa. Instytucja zatrudniająca doradców (prawdopodobnie PFRON na początku na przykład w ramach programu „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”) powinna zapewnić im podstawowe warunki do

realizacji zadań (siedzibę, obsługę księgową i kadrową, prawną i techniczną, itp.).

W drugim etapie, w miarę rozwoju instytucji Mobilnego doradcy, szerszego rozpropagowania jego działań i pozyskania większej liczby osób, które będą wspierane, nastąpi potrzeba rozbudowania tej instytucji do zespołu doradców. Duża rozbieżność potrzeb osób z niepełnosprawnością wymusi zatrudnienie kolejnych osób, realizujących coraz bardziej wyspecjalizowane zadania. Poruszanie się po terenie całego województwa stanie się utrudnione, gdy osób wspieranych będzie coraz więcej.

Dlatego **w trzecim etapie** nastąpi podział terenu województwa na podregiony, dalej – na poszczególne powiaty, a ostatecznie na gminy. W tym momencie będzie też potrzeba znalezienia siedzib dla poszczególnych zespołów w miejscowościach, z których łatwiej będzie wspierać osoby z niepełnosprawnością.

W tym momencie ważnym zadaniem (już zespołu) doradców stanie się również wspieranie rozwoju aktywności lokalnej poprzez mobilizację lokalnych liderów do tworzenia nowych inicjatyw wspierających, co pozwoli na rzeczywiste włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością. Może to zostać wyodrębnione jako kolejny etap po zrealizowaniu trzech wymienionych wyżej.

Ponadto w ramach projektu „Aktywni niepełnosprawni...” planuje się pilotaż w zróżnicowanych geograficznie i społecznie regionach Polski, którego propozycję przedstawiono dalej (patrz rozdział 7 niniejszego opracowania).

5.4 Współpraca MDWS ze środowiskiem lokalnym

Dla wdrożenia instrumentu MDWS istotne jest zaangażowanie przedstawicieli samorządu lokalnego i instytucji samorządowych. Aktywna postawa władz lokalnych, zachęta do współpracy i gotowość do zderzenia się różnych opinii

i pomysłów może przynieść wiele korzyści w postaci bezpośredniego wsparcia osób z niepełnosprawnością. Skuteczne połączenie i aktywowanie zasobów lokalnych może wytworzyć kapitał rozwojowy tworzący nowe szanse dla mieszkańców – osób z niepełnosprawnościami. Praca MDWS powinna polegać nie tylko na wizytach u beneficjentach i rozmowach z nimi, ale również na współpracy ze środowiskiem lokalnym, w którym on działa.

Na określonym terenie MDWS będzie więc współpracował między innymi z:

- pracownikami Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie,
- pracownikami Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności,
- pracownikami socjalnymi Ośrodka Pomocy Społecznej lub Centrum Usług Socjalnych,
- asystentem rodziny i systemem pieczy zastepczej,
- lokalnymi NGO-sami, instytucjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych,
- szpitalami, placówkami zdrowia i rehabilitacji,
- parafiami, radami mieszkańców, samorządem lokalnym,
- placówkami oświatowymi i poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,
- podmiotami reintegracyjnymi: środowiskowym domem samopomocy, warsztatem terapii zajęciowej, centrum integracji społecznej,
- placówkami kultury,
- Zakładem Aktywności Zawodowej i Zakładem Pracy Chronionej,
- lokalnymi pracodawcami,
- innymi podmiotami systemu wsparcia.

Rodzaj i zakres współpracy będzie uzależniony od indywidualnie dobranej ścieżki wsparcia każdego z beneficjentów.

Wdrażając instrument MDWS, należy nastawić się na rozwiązania trwałe, prowadzące w konsekwencji do zmiany społecznej, obejmującej stworzenie warunków umożliwiających jak najpełniejsze funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością w swoim środowisku życia.

Konieczne jest prowadzenie szerokiej kampanii informacyjno-edukacyjnej, której celem będzie zachęcenie wielu osób i podmiotów do włączenia się w budowanie środowiskowego systemu wsparcia, umożliwienie realnej zmiany sytuacji osób z niepełnosprawnością oraz ich rodzin, jaką jest włączenie społeczne. Im więcej partnerów, sprzymierzeńców – urzędy administracji publicznej, podmioty rynkowe, znane osoby, organizacje non-profit, przedstawiciele mediów, agencje PR, odpowiedzialne społecznie firmy komercyjne, społeczność lokalna, wolontariusze – tym większe możliwości i siła budowanego lokalnego systemu wsparcia. W trakcie prowadzenia kampanii należy przybliżać filozofię instytucji MDWS oraz dążyć do wyjaśnienia sytuacji osób z niepełnosprawnością, a więc do poszerzenia wiedzy współmieszkańców danej społeczności lokalnej, uwrażliwiania, a w konsekwencji zaangażowania ich w stałe formy współdziałania na rzecz osób z niepełnosprawnością.

Mobilny doradca włączenia społecznego to osoba, która wsparciem obejmowała będzie określony obszar terytorialny. W zadania MDWS wchodzą między innymi: dotarcie do osoby zainteresowanej, odpowiednia, zindywidualizowana diagnoza potrzeb, określenie celów i zakresu pomocy, tworzenie sieci kontaktów ze specjalistami regionalnymi, wiedza na temat funkcjonujących projektów z możliwością wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, doradztwo w pozyskiwaniu różnego rodzaju dofinansowań. Przygotowując system wsparcia do wprowadzenia do niego Mobilnego trenera włączenia społecznego, **należy wskazywać na korzyści wdrażania tego instrumentu:**

1) na poziomie samorządu:

- możliwość zobaczenia całego wachlarza usług lokalnych, skoordynowania ich i inicjowanie takich usług, których brakuje, a są potrzebne poszczególnym mieszkańcom – osobom z niepełnosprawnościami;
- zdjęcie z samorządu dużej części odpowiedzialności za zapewnienie adekwatnego, indywidualnie profilowanego wsparcia osób z niepełnosprawnością;
- zdobywanie i posiadanie informacji na temat indywidualnych potrzeb poszczególnych osób z niepełnosprawnością na danym terenie – podejście podmiotowe, usługa za człowiekiem a nie człowiek za usługą;
- prestiż samorządu – samorząd otwarty na zmiany, na innowacje;
- odejście od kompleksowego myślenia instytucjonalnego – dostrzeżenie wartości w pracy środowiskowej, jaką będzie wykonywał MDWS;
- rozszerzenie oferty dostępnej dla osób z niepełnosprawnością i dotarcie z nią do osób najbardziej potrzebujących;
- zwiększenie obszarów współpracy, otworzenie się na różne podmioty i instytucje;
- koordynacja lokalnych usług dla osób z niepełnosprawnością, mapowanie ich, nadawanie kierunku zmiany (rola MDWS jako lidera pracy środowiskowej);
- MDWS może stać się organizacją sieciującą inne organizacje i instytucje działające na danym obszarze, w tym między innymi wolontariat;

2) na poziomie społeczności lokalnej:

- rozpoczęcie działań integrujących mieszkańców, włączających osoby niepełnosprawne jako pełnoprawnych członków społeczności;
- zyskanie nowych wolontariuszy/działaczy społecznych – osoby z niepełnosprawnością;

- wypracowanie przyjaznej przestrzeni dla wszystkich, w tym dla osób z niepełnosprawnością – „oswajanie” miejsc użyteczności publicznej, takich jak bank, kino, dom kultury, muzeum itp.
- podniesienie świadomości na temat funkcjonowania osób z niepełnosprawnością;
- wzrost świadomości na temat współodpowiedzialności członków społeczności lokalnej za siebie nawzajem;
- koordynacja i organizacja współpracy skupiona na efektywnym i adekwatnym do potrzeb wsparciu beneficjenta.

5.5 Organizacja i narzędzia pracy MDWS

Mobilny doradca włączenia społecznego powinien tak zarządzać swoim czasem pracy, żeby odpowiednio podzielić działania między pracę w terenie i obowiązki wynikające z pracy biurowej. Optymalne wydaje się podzielenie czterdziestogodzinnego tygodnia pracy w stosunku 30 godzin pracy w terenie do 10 godzin pracy w biurze. W celu optymalizacji czasu pracy wskazane będzie wykonywanie części biurowej w wariancie pracy zdalnej.

Dla optymalnego wykonywania pracy MDWS powinien posiadać w obsłudze maksymalnie 30 beneficjentów – przy wskazanym powyżej rozłożeniu czasu pracy (2 spotkania dziennie w terenie, w tygodniu – 8, miesięcznie – 30). Jeśli weźmie się pod uwagę przepisy prawa pracy i prawo osób pracujących samodzielnie do wypoczynku (lub czasowej niezdolności do pracy), prawdopodobnie docelowo instytucja Mobilnego doradcy włączenia społecznego będzie stanowiła zespół specjalistów, którzy będą mogli się nawzajem zastępować, uzupełniać i wspierać w pracy z osobą niepełnosprawną. Z czasem może też zaistnieć potrzeba specjalizacji w zakresie konkretnych profili wsparcia lub rodzajów niepełnosprawności osób wspieranych.

Do wykonywania pracy MDWS będzie potrzebował komputera przenośnego, telefonu komórkowego (wraz z pakietem danych do transmisji internetowej) oraz samochodu do przemieszczania się po wyznaczonym terenie wraz z kartą paliwową.

Głównym systemem wsparcia mobilnego doradcy włączenia społecznego jest infolinia oraz aplikacja internetowa, która pozwala na zebranie podstawowych informacji na temat beneficjenta, w tym o terenie zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, co pozwala na skierowanie konkretnego doradcy na przydzielony obszar.

Ważnym elementem wsparcia w pracy trenera jest kampania promocyjna, pozwalająca na uzyskanie konkretnych informacji dotyczących tego, w jakim zakresie doradca może wspierać i pokazywać rozwiązania. Do tego celu powinny być wykorzystane media społecznościowe, filmiki promocyjne, ulotki z informacjami dla szpitali, przychodni, organizacji pozarządowych, aby dotarcie do wsparcia było jak najprostsze.

Mobilny doradca włączenia społecznego gromadzi w swoich zasobach narzędzia, które samodzielnie i we współpracy z innymi elementami systemu uzupełnia i aktualizuje. Są to między innymi:

1. Bazy kontaktów do specjalistów na danym terenie,
2. Bazy adresowe dostawców sprzętu i wykonawców likwidacji barier technicznych,
3. Informacje o możliwych formach wsparcia instytucjonalnego oraz środowiskowego,
4. Informacje o projektach realizowanych na rzecz osób z niepełnosprawnością,
5. Lista organizacji na danym terenie, do których może zgłosić się osoba z niepełnosprawnością.

Zakres odpowiedzialności:
MDWS powinien odpowiadać przede wszystkim za rzetelną ocenę (diagnozę) potrzeb beneficjenta i realizację założeń indywidualnego planu działań (IPD). Jego odpowiedzialność kończy się przy przekazaniu działań do innych jednostek lub organizacji w przedmiocie działań tych podmiotów. W zależności od tego, jaką ścieżką wsparcia zostanie objęta dana osoba z niepełnosprawnością i jakie cele są w niej wyznaczone, włączenie społeczne może potrwać od kilku miesięcy do kilku lat.

Podległość służbowa:
Struktura instytucji MDWS powinna być umiejscowiona w resorcie związanym z polityką społeczną i zabezpieczeniem wsparcia osób z niepełnosprawnością na poziomie wojewódzkim (być może w oddziałach wojewódzkich Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) lub na poziomie centralnym (na przykład przy Biurze Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych). Służbowe zależności będą zależały od zasad współpracy z jednostką macierzystą. Co do zasady jednak doradca jest samodzielny w decyzjach i pod względem odpowiedzialności za podejmowane decyzje jest osobą niezależną. W tym aspekcie warto, żeby MDWS w zależności od formy zatrudnienia posiadał ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej w związku z doradzaniem osobom z niepełnosprawnością.

Superwizja i wsparcie:
W ramach działań instytucji MDWS przy BON lub PFRON powinna powstać komórka składająca się z osób z wieloletnim doświadczeniem w pracy polegającej na wsparciu osób z niepełnosprawnością w terenie, prawnika, a także psychologa. Każdy MDWS pracujący w terenie powinien mieć możliwość skonsultowania trudnej sytuacji prawnej/faktycznej z zespołem specjalistów

pełniących w stosunku do niego zadania zbliżone do superwizji, a także otrzymywać wsparcie w zakresie cyklicznych szkoleń. Umiejscowienie superwizji przy BON lub PFRON jest ściśle powiązane z proponowanym systemem szkolenia i certyfikacji opisanym w punkcie 4.4 niniejszego opracowania. Zakłada się również wsparcie wzajemne osób pełniących zadania MDWS na terenie całego kraju.

6. Powiązanie MDWS z innymi instrumentami opracowywanymi w projekcie

Mobilny doradca włączenia społecznego stanie się instrumentem, który zwiększy dostępność wszystkich form wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Jego podstawowym zadaniem będzie właśnie wskazywanie możliwości skorzystania z różnych rozwiązań oferowanych przez system, co będzie niewątpliwie kreowało rynek usług społecznych w zależności od potrzeb środowiska. Być może to właśnie MDWS stanie się nieodzownym ogniwem deinstytucjonalizacji (wraz z budżetem osobistym, asystencją i poszerzonym wsparciem wytchnieniowym), a więc przejścia od instytucjonalnych form wsparcia do form środowiskowych zabezpieczanych na poziomie lokalnym.

Fakt mobilności doradcy zwiększy szansę rozpropagowania również innych instrumentów opracowanych w projekcie „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”. Jednocześnie ich wdrożenie spowoduje poszerzenie katalogu form i możliwości wsparcia oferowanego przez mobilnego doradcę włączenia społecznego.

6.1 Poszerzone wsparcie wytchnieniowe

Instrument obejmujący poszerzone wsparcie wytchnieniowe to nie tylko zapewnienie rodzicom lub opiekunom osób niepełnosprawnych pomocy

w codziennych obowiązkach lub czasowego zastępstwa w opiece nad osobą niepełnosprawną, ale także wzmocnienie osobistego potencjału rodziców lub opiekunów zaangażowanych w codzienne wspieranie osób niepełnosprawnych. Realizowane działania mają za zadanie ograniczenie negatywnego wpływu sytuacji życiowej na kondycję psychiczną rodziny poprzez dostęp do specjalistycznego wsparcia psychologiczno- terapeutycznego oraz organizację grup rodziców wspierających się wzajemnie i promocję przedsięwzięć pokazujących możliwości osoby z niepełnosprawnością. W projektowanym instrumencie wsparcia zaplanowano również elementy aktywizacji społecznej i rozwiązania prawne zwiększające możliwość łączenia opieki z aktywnością zawodową opiekuna – elementy wspierające utrzymanie lub podjęcie pracy.

Mobilny doradca włączenia społecznego będzie korzystał z potencjału tego instrumentu w sytuacji, gdy zdiagnozuje w otoczeniu beneficjenta wypalenie opiekuńcze lub będzie chciał mu zapobiec. Aby osiągnąć cel w postaci włączenia społecznego osoby z niepełnosprawnością, osoby wspierające powinny być otwarte na rozwój swojego dziecka/innego członka rodziny i wykazywać zachowania umożliwiające maksymalne zwiększenie niezależności osoby z niepełnosprawnością.

6.2 System wspieranego podejmowania decyzji

Mobilny doradca włączenia społecznego będzie niekiedy w swoich działaniach wykorzystywał również rozwiązania wypracowane w systemie wspieranego podejmowania decyzji. Będzie to miało miejsce w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną lub sprzężoną (ścieżka II działania MDWS), często niepełnosprawnymi od urodzenia, wymagającymi wsparcia w czynnościach dnia codziennego oraz w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Istotą instrumentu jest realne wdrażanie koncepcji samostanowienia i prawa do aktywnego udziału w procesie podejmowania

decyzji. Nawet jeśli osoba z niepełnosprawnością potrzebuje dodatkowej pomocy przy podejmowaniu ważnych życiowych decyzji (a takie często dotyczą wdrażania indywidualnego planu działania), nie należy odbierać jej prawa do dokonywania własnych wyborów. Osoba z niepełnosprawnością powinna mieć możliwość zrozumienia, że potrzebuje pomocy w podejmowaniu określonych decyzji, wyboru na pomocnika kogoś, komu ufa, powinna także umieć podejmować decyzje z pomocą wybranej przez nią osoby.

6.3 Fundusze powiernicze

Wykorzystanie instrumentu pn. fundusze powiernicze w działaniach MDWS dotyczy sytuacji, gdy osoba wspierająca będzie chciała zabezpieczyć wspieraną przez siebie osobę z niepełnosprawnością na przyszłość, mając wynikającą z diagnozy MDWS wiedzę, że osoba z niepełnosprawnością będzie wymagała takiego wsparcia. Utworzenie funduszu dla osoby z niepełnosprawnością może przyczynić się do pozostania na przykład dorosłego dziecka w dotychczasowym miejscu zamieszkania pomimo śmierci rodziców, gdyż zgromadzony w funduszu majątek, przekazany niejako w ręce powiernika, będzie właściwie służyć zaspokajaniu potrzeb beneficjenta funduszu. Informację o takich nowatorskich w naszej rzeczywistości prawnej rozwiązaniach mogą być przekazywane rodzinom w trakcie spotkań MDWS z beneficjentem i jego bliskimi. Zaproponowanie wprowadzenia do polskiego systemu prawnego ustawy o funduszach powierniczych pozwoli z jednej strony dysponować całym majątkiem fundatora, z drugiej strony kompleksowo uregulować wsparcie osoby z niepełnosprawnością – beneficjenta funduszu – w zakresie zarządzania majątkiem, który służyć będzie zaspokajaniu potrzeb tej osoby. Rolą MDWS będzie też skontaktowanie rodziny z odpowiednimi osobami/instytucjami, które zajmą się sprawami majątkowymi, co z pewnością może wpłynąć na pozytywną kondycję psychiczną całej rodziny.

6.4 Wspomagające i alternatywne formy komunikacji (AAC)

W przypadku braku możliwości samodzielnego komunikowania się osoby z niepełnosprawnością jedynym rozwiązaniem pozostaje często korzystanie z pomocy członków rodziny, którzy zazwyczaj nie są do tego przygotowani i nie zawsze przekazują wiarygodnie wolę beneficjenta. Tymczasem przygotowanie sprawnego systemu porozumiewania się powinno mieć bezpośredni wpływ na wdrażanie koncepcji samostanowienia osób z niepełnosprawnością, usprawnić komunikację bezpośrednią, a także wspomóc MDWS w skutecznej realizacji indywidualnego planu działania. Zapewnienie odpowiedniego sposobu komunikacji realnie wpływa bowiem na zabezpieczenie potrzeb beneficjenta, zrozumienie przez niego otoczenia oraz efektywne włączenie do społeczności lokalnej.

6.5 Asystencja osobista

Asystencja osobista to instrument, którego wdrożenie ogromnie wpłynie na aktywność osoby z niepełnosprawnością, co bezpośrednio koresponduje z celami, jakie obiera mobilny doradca włączenia społecznego w ramach realizacji indywidualnego planu działania beneficjenta. Do rozpowszechnienia tego rozwiązania, stanowiącego praktyczne wsparcie dla osób z niepełnosprawnością, którego niepełna forma realizowana od kilku lat jest w wielu samorządach lokalnych, realnie przyczyni się MDWS. Wchodząc w środowisko lokalne, MDWS wyszuka nie tylko beneficjentów tej usługi, ale także pomoże wybrać potencjalnych wykonawców – osoby, które będą świadczyć pomoc już nie tylko w imię dobrych kontaktów sąsiedzkich. Doradcy mogą też stanowić wsparcie specjalistyczne dla początkujących asystentów. Z pewnością asystencję osobistą należy uznać za jeden z podstawowych instrumentów niezależnego życia. Do rozważenia pozostaje możliwość skonsultowania kontraktu pomiędzy użytkownikiem asystencji a jej asystentem z MDWS.

6.6 Budżet osobisty

Ideą instrumentu budżet osobisty jest możliwość dysponowania przez osoby z niepełnosprawnością środkami finansowymi przydzielonymi im z budżetu państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Zakres usług, jakie może opłacić beneficjent, w pierwszej kolejności będzie ograniczony jedynie do asystencji osobistej, ale w kolejnych etapach ma obejmować również inne usługi: wsparcie potrzeb mieszkaniowych, zakup urządzeń, wyrobów medycznych i pomocy technicznych, indywidualnych środków transportu, likwidację barier funkcjonalnych, usług zdrowotnych, turnusów rehabilitacyjnych i innych (rozważane jest także finansowanie w ten sposób wsparcia wytchnieniowego). Są to te elementy, które składają się na działania mobilnego doradcy włączenia społecznego w ramach indywidualnego planu działania w celu aktywizowania osoby z niepełnosprawnością. Posiadanie budżetu osobistego przez beneficjenta do własnej dyspozycji umożliwi mu samodzielne decydowanie o zakresie i formach wsparcia, ewidentnie wpłynie na niezależne życie w duchu Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.

Mobilny doradca włączenia społecznego będzie podstawowym źródłem informacji o możliwościach wsparcia dla osób z niepełnosprawnością. Dzięki bezpośredniemu kontaktowi ze środowiskiem osób z niepełnosprawnościami oraz całym rozproszonym systemem wsparcia MDWS stanie się też naturalnym promotorem wszystkich instrumentów wypracowanych w projekcie „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”.

7. Propozycja przygotowania pilotażu wdrażania MDWS

Pilotaż może zostać przeprowadzony na terenie trzech województw (na przykład województwa wielkopolskiego, lubelskiego i dolnośląskiego). Województwa te wybrano ze względu na duże zróżnicowanie w zakresie poziomu wsparcia osób

z niepełnosprawnością, warunki geograficzne, gospodarcze, kulturowe, a także dostępność kadr i możliwości organizacyjne. W każdym województwie proponuje się wybranie trzech sąsiadujących ze sobą powiatów (koncentracja wsparcia, współpraca doradców, ich szkolenie) i objęcie wsparciem osób je zamieszkujących. Do pilotażu zostanie wybranych po 12 osób z każdego powiatu z podziałem na ścieżki wsparcia omówione w rozdziale 2.

W każdym województwie zostanie zatrudnionych trzech mobilnych doradców włączenia społecznego, przy czym terytorium działania każdego z nich będzie stanowił obszar wybranych do pilotażu w województwie łącznie trzech powiatów, a doradcy będą stanowili zespół mobilnych doradców włączenia społecznego, którzy będą się wspierać w pracy.

Na etapie pilotażu doradcy zostaną zatrudnieni w projekcie „Aktywni niepełnosprawni” we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w nawiązaniu do wdrażanego równocześnie programu „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością” (CIDON)). Na obecnym etapie opisu instrumentu są prowadzone rozmowy w tej sprawie.

Organizacje pozarządowe lub grupy osób fizycznych (konsorcja), które zostaną wybrane do przeprowadzenia pilotażu w każdym z województw, podpiszą porozumienia z oddziałami wojewódzkimi PFRON dotyczące współpracy w zakresie zarówno realizacji pilotażu w projekcie, jak i wdrażania programu CIDON w pierwszym okresie działania.

Dla każdego zespołu doradców zostaną zabezpieczone siedziby w dogodnych komunikacyjnie miejscach subregionów (być może bliskie lub zbieżne z lokalizacją CIDON). W okresie pilotażu zakres zadań mobilnych doradców włączenia społecznego będzie obejmował:

1. rekrutację osób z niepełnosprawnością do pilotażu w poszczególnych powiatach, przy czym w każdym obszarze wprowadzania pilotażu winna być podobna liczba osób z niepełnosprawnościami należących do następujących grup:
    - osoby dorosłe z niepełnosprawnością po wypadku,
    - osoby dorosłe z niepełnosprawnością od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, zależne od swojego opiekuna,
    - dzieci z niepełnosprawnością;
2. dokonanie diagnozy funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością (przetestowanie narzędzia diagnozy);
3. rozeznanie środowiska pod kątem wsparcia osoby z niepełnosprawnością (zbudowanie bazy danych o możliwościach środowiska lokalnego);
4. przygotowanie wspólnie z uczestnikiem pilotażu planu działań na okres roku;
5. monitorowanie działań nie rzadziej niż raz na miesiąc w zależności od proponowanej ścieżki wsparcia oraz potrzeb beneficjenta;
6. ocenę efektów realizacji planu działań w odniesieniu do każdej osoby;
7. dokonanie analizy przyczynowo-skutkowej czynników warunkujących efektywność działań oraz przygotowanie raportu w tym zakresie.

Finansowanie pilotażu planowane jest ze środków projektu „Aktywni niepełnosprawni”, przy czym dopuszcza się:

1. możliwość finansowania prac doradców (MDWS) w ramach instrumentu „budżet osobisty”,
2. możliwość współfinansowania prac doradców (MDWS) w ramach budżetu PFRON przypisanego do CIDON w wypadku realizacji przez doradców zadań CIDON w wysokości proporcjonalnej do tych zadań.

8. Określenie potencjalnych źródeł finansowania instrumentu

Opisywany instrument jest wypracowany w ramach projektu „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych” w kooperacji czterech partnerów, w tym dwóch będących dysponentami: Funduszu Solidarnościowego utworzonego w 2019 roku w celu wsparcia społecznego, zawodowego lub zdrowotnego osób niepełnosprawnych oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, który od niemal 30 lat realizuje zadania w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

Zadania mobilnego doradcy włączenia społecznego poprzez bardzo szeroki zakres wsparcia osób z niepełnosprawnością mają wzmacniać realizację celów spójnych z zadaniami finansowanymi przez oba fundusze. Dlatego proponuje się współfinansowanie kosztów wdrożenia instrumentu z tych środków. Warunkiem powodzenia w realizacji zadań MDWS jest jednak wprowadzenie instrumentu jako zadania systemowego (zapisanego w ustawie), na przykład z wykorzystaniem zaproponowanego w niniejszym opracowaniu etapowania wdrożenia.

Koszty wdrożenia będą adekwatne do kosztów zatrudnienia wysokiej klasy specjalistów, którymi powinni być doradcy jednocześnie zarządzający procesem świadczenia usług, a także zorganizowania im stanowisk pracy. Dodatkowe koszty będą też generowane przez finansowanie systemu szkolenia i certyfikacji przyszłych doradców. Pozostałe elementy wykorzystywane w realizacji zadań MDWS praktycznie nie powinny generować bezpośrednich kosztów, gdyż są obecnie dostępne w istniejących systemach wsparcia na poziomie gminy, powiatu, województwa oraz państwa, choć prawdopodobnie ich koszty będą rosły chociażby z powodu inflacji. Należy tu zaznaczyć, że właściwie dobrane dzięki doradcom wsparcie dla osób niepełnosprawnych jest efektywnie tańsze

i w rezultacie przyczyni się nie tylko do podniesienia jakości życia osób niepełnosprawnych, ale także do bardziej celowego finansowania pomocy dla nich.

9. Monitoring i ewaluacja

Podstawą ewaluacji na poziomie indywidualnym są formularze, wnioski oraz dokumentacja wypełniane przez beneficjenta oraz mobilnego doradcę włączenia społecznego. Podstawę stanowią:

1. Wniosek o przydzielenie wsparcia mobilnego doradcy włączenia społecznego (Wniosek MDWS)
2. Indywidualny plan działania (IPD), który zawiera:
- indywidualną diagnozę potrzeb (IDP) zawierającą również diagnozę środowiskową (DŚ) oraz odniesienia do wsparcia ze strony instytucji publicznych (WIPub) oraz organizacji pozarządowych (WOPoz)
- indywidualną kartę oceny początkowej (IKOP)
- indywidualną kartę oceny okresowej (IKOO)
- cele indywidualnego planu działania (CIPD)
- plan realizacji indywidualnych działań (PRID)
3. Formularz RODO przygotowany przez realizatora, który będzie przetwarzał dane osobowe (RODO)
4. Formularz ewaluacji wsparcia dla beneficjenta (FEWB)
5. Formularz ewaluacji wsparcia dla mobilnego doradcy włączenia społecznego (FEWD).

Innowacyjny jest przede wszystkim formularz FEWB ponieważ za istotną uznaje się ocenę wsparcia dokonaną przez samego beneficjenta. Jego ocena realizacji działań w ramach wsparcia stanowi podstawowy element ewaluacji na poziomie indywidualnym. W ten sposób podstawowe założenia związane z prawem do

samostanowienia i samodzielności są respektowane w instrumencie MDWS. Autorzy instrumentu zwracają również uwagę na konieczność wprowadzenia możliwości ewaluacji przez beneficjentów innych działań w ramach medycyny, rehabilitacji oraz wsparcia społecznego.

Ewaluacja na poziomie organizacji lokalnego wsparcia wiąże się z trzema podstawowymi elementami:

1. Nieformalnymi elementami wsparcia znajdującymi się w środowisku beneficjenta
2. Formalnymi organizacjami pozarządowymi, działającymi w środowisku na rzecz beneficjenta (wsparcie organizacji pozarządowych – WOPoz)
3. Działaniem instytucji publicznych oraz jednostek administracyjnych zlokalizowanych w środowisku beneficjenta (wsparcie instytucji publicznych – WIPub).

Mobilny doradca włączenia społecznego współdziała na wszystkich powyższych poziomach, co zostało przedstawione w instrumencie. W dokumentach ewaluacji na poziomie indywidualnym znajdują się odniesienia związane z diagnozą środowiskową (DŚ) oraz wsparciem instytucjonalnym, zarówno publicznym (WIPub), jak i pozarządowym (WOPoz).

Ewaluacja instrumentu odbywać się będzie na kilku poziomach:

1. Pilotaż – efekty pilotażu zostaną poddane ewaluacji. Będzie to ważne sprawdzenie działania instrumentu w praktyce społecznej.
2. Ocena prowadzona w miejscu osadzenia MDWS w systemie. W miejscach, gdzie pracować będą mobilni doradcy, powinny zostać przeprowadzone badania związane z oceną skuteczności ich działań w ramach instytucji posadowienia i współpracy.

3. Ocena skuteczności działań MDWS w porównaniu do innych rozwiązań aspirujących do miana powszechnych i kompleksowych.
4. Zestawienie danych ze wszystkich poziomów ewaluacji instrumentu.

Szczególnie ostatni punkt jest bardzo istotny, gdyż pozwala on zebrać dane i podjąć próbę analizy ocen z różnych poziomów i perspektyw.

10. Podsumowanie

Polska poprzez podpisanie i ratyfikowanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych wpisuje się w europejskie standardy przestrzegania praw obywateli do samostanowienia i samodzielnego życia. Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030 to kolejny istotny krok w kierunku podkreślenia praw osób niepełnosprawnych, które stanowią kilkanaście procent naszego społeczeństwa.

Jednocześnie należy zauważyć, że rozproszony system orzekania o niepełnosprawności, jak również brak integracji międzysektorowej i związane z nim rozproszenie finansowania wsparcia dla osób niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością nie przyczyniają się do skutecznego realizowania postulatów zawartych w Konwencji czy Strategii. Ponadto zbyt podzielone i sektorowe podejście do wsparcia z jednej strony przyczynia się do pomocy, która jest fragmentaryczna, częściowa lub nieadekwatna do potrzeb, z drugiej natomiast sprzyja nadmiernej biurokratyzacji i instytucjonalizacji, gdyż każda instytucja wymaga własnych formularzy, wniosków czy zaświadczeń.

Dlatego w ocenie autorów instrumentu istotne dla zmiany sytuacji i funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami jest:

1. wypracowanie instrumentów, które w sposób, kompleksowy, holistyczny oraz systematyczny ujmować będą potrzeby osób z niepełnosprawnościami,
2. osiągnięcie integracji międzysektorowej, która przyczynia się do deinstytucjonalizacji wsparcia dla obywateli oraz do indywidualizacji całego procesu w ramach systemu.

Taką inicjatywą jest Mobilny doradca włączenia społecznego, który wpisuje się w wiele działań podejmowanych obecnie w naszym kraju. Czynnikami, które wyróżniają przedstawione narzędzie, są:

1. Objęcie wsparciem nie tylko osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, ale również zagrożonych niepełnosprawnością oraz ich najbliższych. Przyczynia się to do powszechności w zastosowaniu proponowanego instrumentu i jest w pełni zgodne z Konwencją.
2. Wsparcie zapoczątkowane jest nie tylko na wniosek potencjalnego beneficjenta, ale jest proponowane przez mobilnego doradcę, który dociera do osoby. Dzięki temu z pomocy skorzystać będą mogły osoby potrzebujące, nie tylko te, które potrafią sprawnie poruszać się w systemie wsparcia.
3. Ciągły monitoring wsparcia w środowisku osób z niepełnosprawnością oraz ich najbliższych. Praca mobilnego doradcy włączenia społecznego to przede wszystkim działanie w terenie oraz koordynowanie rehabilitacji i włączenia społecznego w różnych kontekstach.
4. Wczesne zapoczątkowanie wsparcia i jego kompleksowość przyczynia się do większej aktywności indywidualnej oraz społecznej osób z niepełnosprawnościami. Nie tracą one istotnych społecznie kompetencji, a często wykorzystują je do pomocy innym potrzebującym.

5. Podejście nakierowane na prawo osoby do niezależności i samostanowienia oraz kompleksowa i przekrojowa konstrukcja instrumentu przełamują nieufność ludzi do systemu wsparcia i budują zaufanie do instytucji wspierających, co przyczynia się do lepszego przepływu informacji oraz do podejmowania bardziej adekwatnych działań. Takie sprzężenie zwrotne powinno z jednej strony zmienić sytuację osób z niepełnosprawnościami, z drugiej natomiast poprawić efektywność wydatkowania środków oraz skuteczność osiągania celów związanych z rehabilitacją oraz włączeniem społecznym.