



Model wsparcia międzysektorowego na rzecz zintegrowania działań wokół dzieci, uczniów i rodzin – wersja skrócona

Mapa wdrożeniowa modelowego rozwiązania na obszarze JST (powiat)



Opracowano w ramach projektu:

Projekt innowacyjno-wdrożeniowy w zakresie oceny funkcjonalnej polegający na badaniu i opracowaniu modelowych rozwiązań na rzecz świadczonego lokalnie międzysektorowego wsparcia dla dzieci, uczniów i rodzin na podstawie metodyki oceny funkcjonalnej z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF
Realizator: Uniwersytet Śląski na zlecenie: MEiN umowa: MEiN/2022/DWEW/1070.

Tytuł: Model wsparcia międzysektorowego na rzecz zintegrowania działań wokół dzieci, uczniów i rodzin – wersja skrócona

Autorzy:

Ewa Kamińska, Dorota Podgórska-Jachnik, Małgorzata Łyciuk-Bzdyra
Bohdan Skrzypczak, Karol Pawlak, Tomasz Rowiński
Beata Jachimczak, Radosław Piotrowicz

Zespół projektowy:

Prof. dr hab. Zenon Gajdzica – kierownik projektu (UŚ)
Dr hab. Edyta Widawska, prof. UŚ
Dr hab. Beata Jachimczak, prof. UAM
Dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, prof. KUL
Dr hab. Stanisława Byra, prof. UMCS
Dr Radosław Piotrowicz, APS

Spis treści

Wprowadzenie	3
Powiatowe Zespoły/Centrum Koordynacji Zasobów	4
Instytucja Koordynująca – cele, funkcje i zadania	7
Specjalistyczne Zespoły Wsparcia	12
Przykłady mapy wsparcia	13
Główne zadania Specjalistycznych Zespołów Wsparcia	18
Koordinador wsparcia, specjalista wiodący	18
Zarządzanie przypadkiem jako forma wsparcia konkretnego dziecka, ucznia i rodziny (case management)	20
Przykładowe warianty prowadzenia wsparcia	22
Dzieci do lat 6 nieobjęte wsparciem instytucjonalnym w modelu WWR	22
Dzieci do lat 6 objęte wsparciem instytucjonalnym w modelu WWR	22
Dzieci w wieku szkolnym	22
Mapa Wdrożeniowa Modelu Wsparcia Międzysektorowego na obszarze JST (powiat)	23
Etapy wdrożenia modelowego rozwiązania na obszarze JST (powiat) z uwzględnieniem kamieni milowych przygotowane na potrzeby projektu	24

Wprowadzenie

Model wsparcia międzysektorowego na rzecz zintegrowania działań wokół dzieci, uczniów i rodzin (MWM) rozumiany jest jako połączenie w jeden instrument wsparcia wielu istniejących aktualnie form w sektorach: edukacji, zdrowia, pomocy społecznej

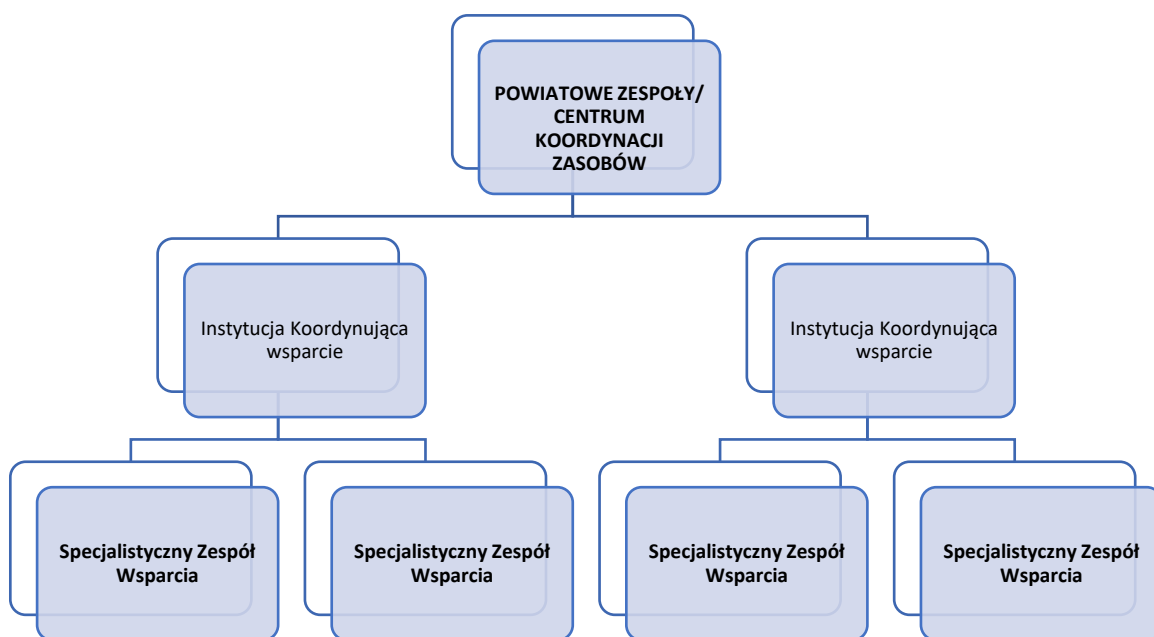
Celem MWM jest wyrównywanie szans i umożliwienie pełnego włączenia osób i rodzin we wszystkie obszary życia i rozwoju wspólnoty. Odpowiedzialność za tworzenie warunków i możliwości realizowania tego celu spoczywa na wszystkich interesariuszach procesu.

Dla realizacji tego celu potrzeba:

- 1) powołania zespołu/instytucji o charakterze koordynującym – Powiatowego Zespołu /Centrum Koordynacji Zasobów (PCKZ) z określoną strukturą, zadaniami i uprawnieniami, będącego jednostką samorządu. Wyodrębnienie w ramach struktury **Instytucji Koordynującej lub Instytucji Koordynujących na terenie powiatu** oraz **Specjalistycznych Zespołów Wsparcia**, które będą odpowiedzialne za koordynację bezpośredniego wsparcia dziecka, ucznia¹ i rodziny oraz środowiska pozarodzinnego. W skład Specjalistycznych Zespołów Wsparcia będą wchodziły:
 - zespoły wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i rodziny (WWR), obejmujące dzieci, rodziny i ich środowisko od urodzenia do momentu rozpoczęcia realizacji spełniania obowiązku szkolnego;
 - zespoły wspierające ucznia i jego środowisko.
- 2) przygotowania Mapy Wdrażania MWM.

¹ W tym osób realizujących obowiązek szkolny w inny sposób, np. w formie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Diagram 1. Struktura organizacyjna Powiatowego Zespołu/Centrum Koordynacji Zasobów



Powiatowe Zespoły/Centrum Koordynacji Zasobów

Podstawą MWM jest założenie, że w środowisku lokalnym powstaje aktywna sieć wspólnie działających instytucji i podmiotów, w których rodzina otrzymuje lub może otrzymać skoordynowane wsparcie jak najbliżej miejsca zamieszkania. Kluczowe są trzy elementy budowania sieci: Zespół/Centrum Koordynacji Zasobów, procedury oraz Specjalistyczne Zespoły Wsparcia. Filarami modelu są trzy ujęcia procesu koordynacji:

- 1) ujęcie strategiczne – Powiatowe Zespoły/Centrum Koordynacji Zasobów (PCKZ)
- 2) ujęcie operacyjne koordynujące wsparcie przypadku – Instytucja Koordynująca (IK) oraz Specjalistyczne Zespoły Wsparcia;
- 3) podstawowe procedury, które powinny obejmować całą ścieżkę wsparcia z określeniem standardów, na które wszystkie podmioty powinny się zgodzić oraz wdrożyć je w swojej organizacji

Powiatowe Zespoły/Centrum Koordynacji Zasobów (PCKZ) – jednostka, która integruje i koordynuje zasoby na poziomie powiatu, określa procedury i dostosowuje je do pojawiających się potrzeb w środowisku lokalnym.

PCKZ może **funkcjonować w ramach już istniejących jednostek organizacyjnych starostwa powiatowego** (np. poradni psychologiczno-pedagogicznej, wydziału edukacji, wydziału oświaty, kultury i spraw społecznych, wydziału rozwoju społecznego, powiatowego ośrodka pomocy itp.) lub jako odrębna jednostka wydzielona w strukturze organizacyjnej starostwa powiatowego.

Powiatowe Zespoły/Centrum Koordynacji Zasobów to obszar działań integracyjnych i koordynacyjnych, które są realizowane w ramach zadań budowy sieci współpracy wokół potrzeb dziecka, ucznia i rodziny.

Rekomendowanym rozwiązaniem jest utworzenie (w pierwszym etapie realizacji projektu) samodzielnego/wieloosobowego stanowiska pracy ds. systemu integracji zasobów i usług.

Funkcje i zadania PCKZ

Powiatowy Zespół/Centrum Koordynacji Zasobów jest jednostką o charakterze strategicznym, której celem jest utworzenie aktywnego partnerstwa opartego na lokalnych zasobach.

Diagram 2. Funkcje i zadania Powiatowego Zespołu/Centrum Koordynacji Zasobów



Tabela 1. Zadania Powiatowego Zespołu/Centrum Koordynacji Zasobów w ramach poszczególnych funkcji

Diagnozowanie i planowanie	Inicjowanie i projektowanie	Koordynowanie działań	Monitorowanie i ewaluacja
• identyfikacja lokalnych zasobów (instytucji), pod kątem budowania partnerstwa lokalnego/tworzenie mapy zasobów • identyfikacja koszyka usług lokalnych • identyfikacja zasobów oraz możliwości ich rozwoju i współdzielenia • identyfikacji potrzeb różnych grup wiekowych dzieci oraz ich rodzin • facylitacja współpracy • opracowanie diagnozy uwarunkowań lokalnych (stymulanty, destymulanty/bariery)	• projektowanie strategii rozwiązywania zdiagnozowanych problemów • konsultowanie potrzeb i oczekiwań na poziomie grup docelowych • opracowanie struktury celów krótko- i długookresowych • projektowanie usług wspólnych z wykorzystaniem metod design thinking • prowadzenie bazy dobrych praktyk • opracowywanie i realizacja projektów partnerskich	• formalno-prawne utworzenie partnerstwa, zawarcie umów/porozumień • powołanie zespołu koordynacji międzyinstytucjonalnej • ustalenie reguł i procedury przepływu informacji w sieci podmiotu • organizowanie spotkań kwartalnych oraz monitorowanie współpracy międzyinstytucjonalnej • realizowanie zaprojektowanych działań zgodnie z przyjętą lokalną strategią instytucji koordynującej wsparcie merytoryczne w terenie • standaryzacja jakości działań współpracujących w sieci podmiotów/wdrażanie wspólnych standardów • koordynowanie wymiany zasobów między członkami sieci • testowanie nowych rozwiązań • koordynacja realizacji wspólnych przedsięwzięć • utworzenie platformy wymiany danych • działania opiniotwórcze	• monitorowanie realizacji strategii • monitorowanie dynamiki zmian w zakresie zidentyfikowanych wyzwań • cykliczna analiza ryzyk • realizacja badań okresowych satysfakcji rodzin oraz oceny świadczonych usług • monitorowanie przebiegu oraz ewaluacja trafności i skuteczności podjętych działań • cykliczne spotkania w ramach zespołu współpracy międzysektorowej – raz na 3–6 miesięcy

Instytucja Koordynująca – cele, funkcje i zadania

Instytucja Koordynująca – jednostka organizacyjna Powiatowego Zespołu/Centrum Koordynacji Zasobów w terenie będąca punktem pierwszego kontaktu. W ramach powiatu może powstać jedna lub kilka IK. Liczba IK jest uzależniona od obszaru działań, liczby mieszkańców, rodzaju usług specjalistycznych, posiadanych zasobów.

Tabela 2. Zadania Instytucji Koordynującej w terenie w ramach PCKZ w ramach poszczególnych funkcji

Lp.	Funkcja	Zadanie	Formy realizacji
1.	monitorowanie rozwoju i profilaktyka zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży	prorowadzenie badań przesiewowych na terenie instytucji opieki nad dziećmi do lat 3	- badania przesiewowe realizowane co roku
		koordynacja działań profilaktycznych	- monitoring kwartalny
		koordynacja badań przesiewowych na terenie placówek opieki nad małym dzieckiem do lat 3, placówek wychowania przedszkolnego i szkół	- monitoring kwartalny
		wsparcie w realizacji zadań związanych z monitorowaniem rozwoju dzieci w wieku do lat 3 oraz objętych wychowaniem przedszkolnym	- konsultacje - instruktaż
		zbieranie i upowszechnianie informacji dotyczących potrzeb dzieci, uczniów i rodzin na terenie powiatu oraz dostępnych możliwości wsparcia	- aktualizacja mapy potrzeb - prowadzenie strony internetowej - informator (baza wiedzy)
2.	wsparcie dla rodzin	doradztwo i pomoc psychologiczna dla rodziny, w szczególności rodziny, w której występuje niepełnosprawność, zagrożenie niepełnosprawnością oraz rodzin tzw. wieloprogowych lub rodzin z nieprawidłowo kształtującą się więzią pomiędzy opiekunami prawnymi a dziećmi	- terapia rodzin - grupy wsparcia dla rodzin - mediacje - terapia więzi - interwencja kryzysowa - spotkania koordynujące
		działanie ukierunkowane na tworzenie warunków wspierających rozwój dzieci oraz rozwijanie i wzmacnianie więzi między przyszłymi rodzicami, rodzicami dzieci, a także pomiędzy małżonkami a rodzeństwem	
		doradztwo i pomoc psychologiczna dla rodzin spodziewających się dziecka, u którego stwierdzono wady rozwojowe lub zagrożenie niepełnosprawnością	- wykłady, prelekcje, warsztaty i szkolenia dla rodziców (np. kursy umiejętności wychowawczych, przygotowujących do

			rodzicielstwa, komunikacji z dzieckiem itp.)
3.	wsparcie dla specjalistów	wzmocnienie kadr systemu wsparcia: – opiekunów dzieci do lat 3, – nauczycieli i specjalistów zatrudnionych w jednostkach systemu oświaty, – pracowników pieczy zastępczej, – rodzin zastępczych, – prowadzących rodzinne domy dziecka, – dyrektorów placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego, – asystentów rodziny, – asystentów osoby z niepełnosprawnością, – pracowników socjalnych, – rodzin adopcyjnych, – osób sprawujących pieczę zastępczą, – koordynatorów pieczy zastępczej, – i innych udzielających wsparcia	- konsultacje - instruktaż - szkolenia wewnętrzne - wymiana dobrych praktyk - konsultacje i poradnictwo w zakresie wspierania rozwoju dzieci i młodzieży oraz rozwiązywania problemów wychowawczych
		superwizja dla specjalistów zatrudnionych w jednostkach systemu oświaty, w tym psychologów i psychoterapeutów	- superwizje
		interwizje dla zespołów transdyscyplinarnych, udzielających wsparcia międzysektorowego	- interwizje
		prowadzenie działań informacyjnych i szkoleniowych	- spotkania informacyjne - prowadzenie strony internetowej - informator (baza wiedzy)
4.	koordynowanie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci i wsparcia rodziny w wieku od urodzenia do rozpoczęcia nauki w szkole na terenie powiatu	tworzenie sieci WWR na terenie powiatu	- mapa sieci
		udostępnienie informacji o usługach WWR	- strona internetowa
		prowadzenie konsultacji wstępnych (określanie poziomu wsparcia)	
		wskazywanie zespołów WWR dokonujących oceny funkcjonalnej wraz z opracowywaniem indywidualnych planów wczesnego wspomagania rozwoju dzieci i wsparcia rodziny	
		zbieranie informacji o wynikach oceny funkcjonalnej od zespołów WWR, w tym na potrzeby orzekania o niepełnosprawności	
		monitorowanie i ewaluacja realizacji WWR	- system monitoringu
5.	wsparcie w ramach WWR, w szczególności	wykonywanie oceny funkcjonalnej, w tym na potrzeby orzekania o niepełnosprawności wraz z opracowywaniem indywidualnych	

	uzupełnienie oferty specjalistycznej niedostępnej na poziomie gminy	planów wczesnego wspomagania rozwoju dzieci i wsparcia rodziny	
		prowadzenie działań w zakresie WWR, w tym zapewnienie specjalistycznej pomocy terapeutycznej dla dzieci	
6.	współpraca	nawiązywanie i rozwijanie współpracy z: • instytucjami opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 • instytucjami prowadzącymi profilaktykę zaburzeń rozwojowych • jednostkami systemu oświaty, do których uczęszczają dzieci i młodzież • ze specjalistycznymi centrami wspierania edukacji włączającej • placówkami doskonalenia nauczycieli i poradniami psychologiczno-pedagogicznymi • centrami usług społecznych lub ośrodkami pomocy społecznej • jednostkami organizacyjnymi gminy, które organizują pracę z rodziną i podmiotami, którym gmina zleciła organizację pracy z rodziną • jednostkami organizacyjnymi wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej • gminnymi zespołami interdyscyplinarnymi² • powiatowymi centrami pomocy rodzinie (PCPR), MOPS, GOPS • podmiotami leczniczymi, publicznymi i niepublicznymi, które realizują kontrakty z NFZ • sądami, policją, opiniodawczymi zespołami sądowych specjalistów (OZSS)³ oraz placówkami wykonującymi orzeczenia sądu • organizacjami pozarządowymi i kościelnymi realizującymi zadania na rzecz wsparcia dziecka i rodzin z innych środków i projektów	- zespoły tematyczne - panele eksperckie - cykliczne spotkania koordynujące - spotkania ad-hoc

² Podstawę prawną działania gminnego zespołu interdyscyplinarnego stanowi art. 6 ust. 2 pkt 4 i art. 9a ust. 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249).

³ Dawniej rodzinne ośrodki diagnostyczno-konsultacyjne (RODK).

		• instytucjami kultury i sportu, wspomagającymi rozwój dzieci i młodzieży i rozwijającymi ich uzdolnienia	
--	--	---	--

Podstawowe procedury

Procedury powinny być wypracowane przez PCKZ we współpracy z istotnymi ekspertami z danego powiatu. Wymagane i kluczowe procedury są następujące:

Procedura 1. Kryteria włączenia i wyłączenia z sieci skoordynowanych podmiotów i instytucji działających na obszarze danego powiatu.

Procedura powinna obejmować:

- jasne kryteria włączenia, w tym zgodę podmiotów na pozostałe procedury;
- jasne kryteria wyłączenia i zawieszenie współpracy, powinno to dotyczyć głównie stosowania diagnozy i terapii nie potwierdzonych naukowo;
- podział kompetencji pomiędzy skoordynowanymi ośrodkami w ramach ścieżki wsparcia dziecka, ucznia, rodziny i środowiska;
- jasno określoną decyzyjną rolę PCKZ lub zespołu współpracy międzysektorowej. Ważne, by określić zespół/jednostkę, która ostatecznie podejmuje decyzję co do kształtu pracy i finansowania (jeżeli dotyczy) wsparcia dziecka, ucznia i rodziny w sieci.

Procedura 2. Wstępna ocena potrzeb i zasobów dziecka, ucznia i rodziny

- ocena powinna być tak skonstruowana, aby na dalszych etapach diagnozy i procesu wsparcia/terapii/leczenia było możliwe uzupełnianie profilu oceny funkcjonalnej;
- ocena powinna być dostępna dla rodziny, dziecka powyżej 16. r.ż. oraz pozostałych specjalistów z sieci skoordynowanych podmiotów;
- procedura powinna określać także warunki pilne do udzielania wsparcia lub np. ryzyka popełnienia samobójstwa w zaburzeniach i chorobach psychicznych dzieci i młodzieży.

Procedura 3. Sposób przepływu informacji w ramach zarządzania pacjentami oraz ich rodzinami

- procedura powinna uwzględniać przepisy i podmiotowość rodziny oraz dziecka powyżej 16. r.ż.;

- klauzula informacyjna i zgody powinny odnosić się do aktualnego składu sieci skoordynowanych podmiotów oraz aktualnych przepisów;
- powinny być opracowane niezbędne formularze dla wszystkich aktualnych i potencjalnych podmiotów sieci wsparcia.

Procedura 4. Uzgodniona procedura kompleksowej, wielospecjalistycznej diagnozy, w tym diagnozy psychologicznej (diagnoza zbieżna i różnicowa)

- procedura powinna odnosić się do standardów naukowych oraz rzetelnych i trafnych metod diagnostycznych, np. metody o niepotwierdzonej wartości psychometrycznej, testy projekcyjne nie są metodami obiektywnymi i nie powinny być uwzględniane w standardzie;
- diagnoza powinna być prowadzona w taki sposób, aby jej wyniki z poszczególnych ośrodków i podmiotów mogły być uwzględniane przez pozostałe podmioty. Ważne, aby rodzic nie musiał przekazywać tej samej informacji w każdej nowej instytucji;
- procedura powinna określać także warunki pilne do udzielania wsparcia lub np. ryzyko popełnienia samobójstwa w zaburzeniach i chorobach psychicznych;
- diagnoza powinna uwzględniać różnicowanie zaburzeń i chorób (testowanie hipotez diagnostycznych);
- procedura musi uwzględniać założenia oceny funkcjonalnej według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF.

Procedura 5. Standardy wsparcia/terapii/leczenia oraz sposób ich monitorowania

- procedura powinna uwzględniać standardy międzynarodowych lub krajowych towarzystw naukowych, np. APA lub NICE i/lub metody oparte na dowodach (evidence-based practise);
- procedura powinna pokazać standardową ścieżkę wsparcia/terapii/leczenia wraz z określeniem zasobów (kadra, lokal);
- indywidualizacja/personalizacja wsparcia/terapii/leczenia powinna uwzględniać różne zasoby dziecka/ucznia, jego rodziny i środowiska;
- monitorowanie sytuacji dziecka/ucznia po zakończeniu wsparcia/terapii/leczenia w tym kontakt z rodziną, która zdecydowała wycofać się z terapii.

Procedura 6. Ścieżka wsparcia dziecka i rodziny i środowiska pozarodzinnego

- powinna być opisana w prostym schemacie postępowania z zaznaczeniem roli poszczególnych podmiotów i specjalistów;
- powinna być jedna główna ścieżka dla całego powiatu;
- procedura powinna uwzględniać momenty/punkty ewaluacji procesu wsparcia;
- pozostałe warianty ścieżki powinny zawsze bazować na głównym schemacie udzielania wsparcia.

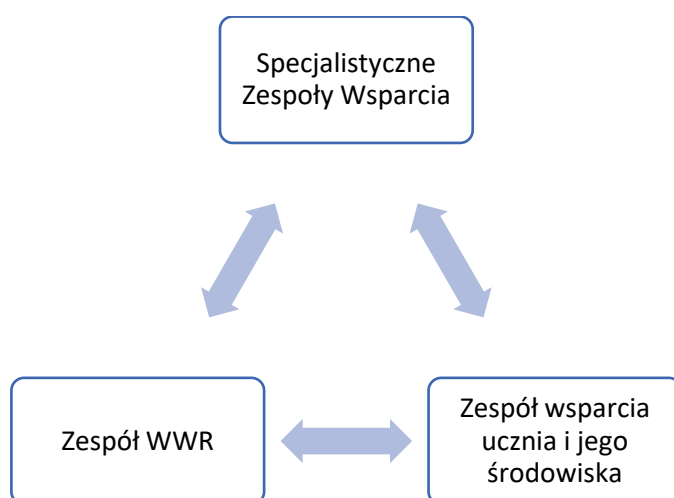
Specjalistyczne Zespoły Wsparcia

Specjalistyczne Zespoły Wsparcia – jednostki operacyjne na poziomie lokalnym będące w sieci wsparcia, które przyjmują rolę koordynatora wszelkich działań dla całej rodziny i środowiska pozarodzinnego – koordynatorzy bezpośredniego wsparcia.

Specjalistyczne Zespoły Wsparcia stanowią:

- zespoły wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i rodziny (WWR), obejmujące dzieci, rodziny i ich środowisko od urodzenia do momentu rozpoczęcia realizacji spełniania obowiązku szkolnego;
- zespoły wspierające ucznia i jego środowisko;

Diagram 3. Specjalistyczne Zespoły Wsparcia



W ramach powiatu może powstać kilka takich zespołów. Liczba zespołów jest uzależniona od posiadanych zasobów, np. POZ, przedszkola, żłobki, szkoły, środowiskowe centra zdrowia psychicznego, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, specjalistyczne centra wspierające edukację włączającą (SCWEW).

Powyższe rozwiązanie zapewnia koordynację na poziomie instytucjonalnym, przy jednoczesnym włączeniu procesów deinstytucjonalizacji umożliwiającich uproszczenie ścieżek wsparcia dla dziecka i jego rodziny oraz elastycznego włączenia organizacji wspierających.

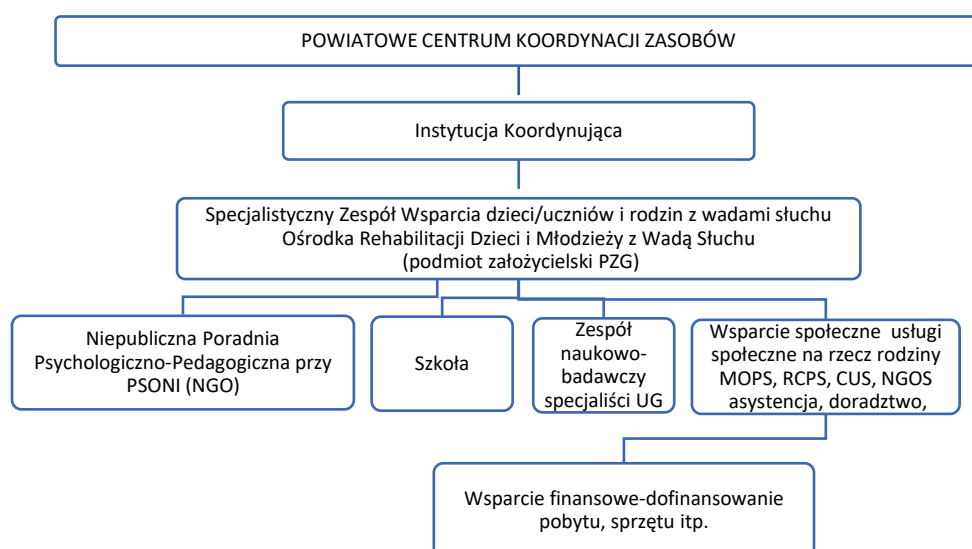
Tym samym możliwe jest efektywne koordynowanie poszczególnych form i zakresu wsparcia, w którym w centrum znajduje się identyfikacja potrzeb dziecka, ucznia jego rodziny i środowiska pozarodzinnego oraz budowanie optymalnej ścieżki wsparcia z wykorzystaniem dostępnych zasobów instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych.

Przykłady mapy wsparcia

Przykład 1: Specjalistyczny Zespół Wsparcia dzieci/uczniów i rodzin z wadami słuchu

Przykładem Specjalistycznego Zespołu Wsparcia może być Zespół Wsparcia dzieci/uczniów i rodzin z wadami słuchu. W skład zespołu wchodzi specjaliści Ośrodka Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu (podmiot założycielski PZG) mający także kontrakt z NFZ, pedagodzy z przedszkoli opiekujących się dziećmi z wadami słuchu i dziećmi głuchych rodziców, przedstawiciele Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej przy PSONI, surdopedagodzy z dwóch szkół, które włączyły uczniów z wadami słuchu oraz surdopedagodzy Uniwersytetu Gdańskiego, prowadzący zajęcia specjalistyczne. Tak zbudowany specjalistyczny zespół ma szansę dokładnej diagnozy potrzeb dziecka/ucznia i rodziny, i zorganizowania skutecznego procesu wsparcia. Jest także gotowy do pracy nad nowymi metodami wspierania.

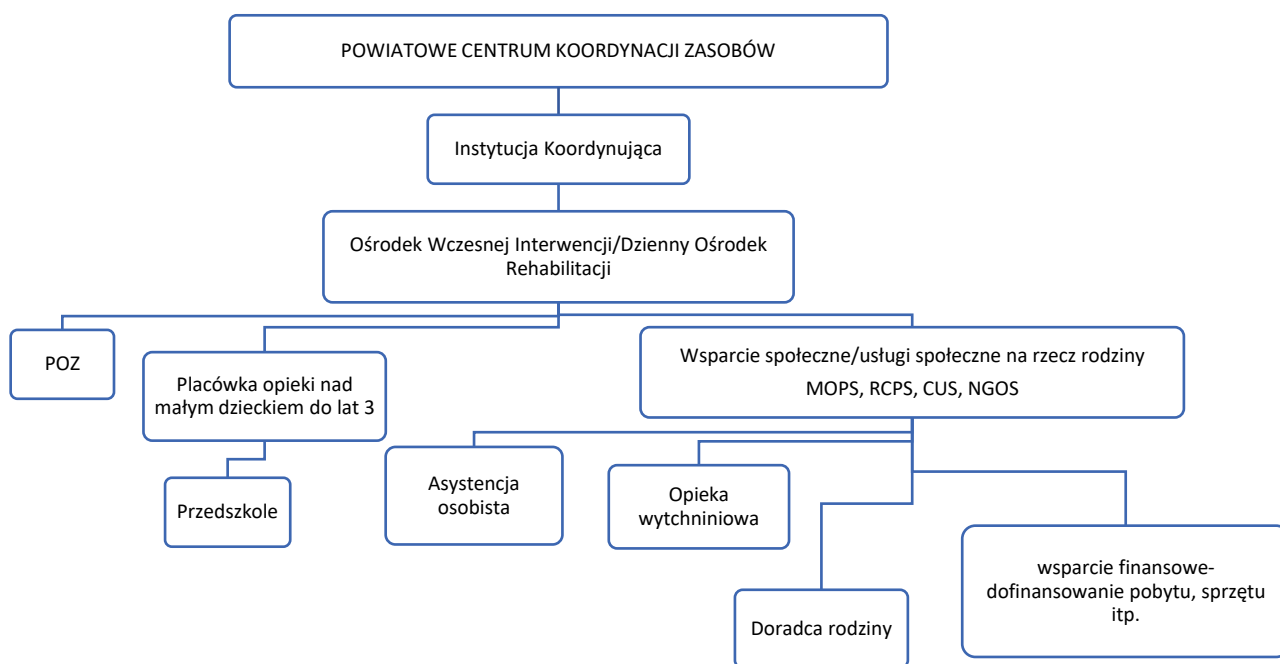
Diagram 4. Schemat mapy wsparcia – Specjalistyczny Zespół Wsparcia dzieci/uczniów i rodzin z wadami słuchu



Przykład 2: Specjalistyczny Zespół Wsparcia dziecka i rodziny w okresie wczesnego dzieciństwa (0–3 lata)

W skład zespołu wchodzi specjaliści Ośrodka Wczesnej Interwencji/dziennego ośrodka rehabilitacji dzieci z zaburzonym rozwojem psychoruchowym realizujący świadczenia medyczne w ramach kontraktu z NFZ (lekarz, fizjoterapeuta, psycholog, psychoterapeuta, neurologoped, pedagog specjalny), lekarz POZ, opiekunowie żłobków (w sytuacji objęcia przez żłobek opieką dziecka), zespół przedszkolny w momencie przejście ze żłobka /lub przyjęcia dziecka do przedszkola, poradnia psychologiczno-pedagogiczna. Wsparcie rodziny zapewnia ośrodek pomocy społecznej (PCPR) lub i organizacja pozarządowa działająca na rzecz wsparcia dziecka i rodziny w zakresie opieki wychowawczej, asystencji i doradcy rodziny oraz wsparcia finansowego itp.. zapomogi, zasiłki pieniężne, dofinansowanie wyposażenia, sprzętu, rehabilitacji itp.

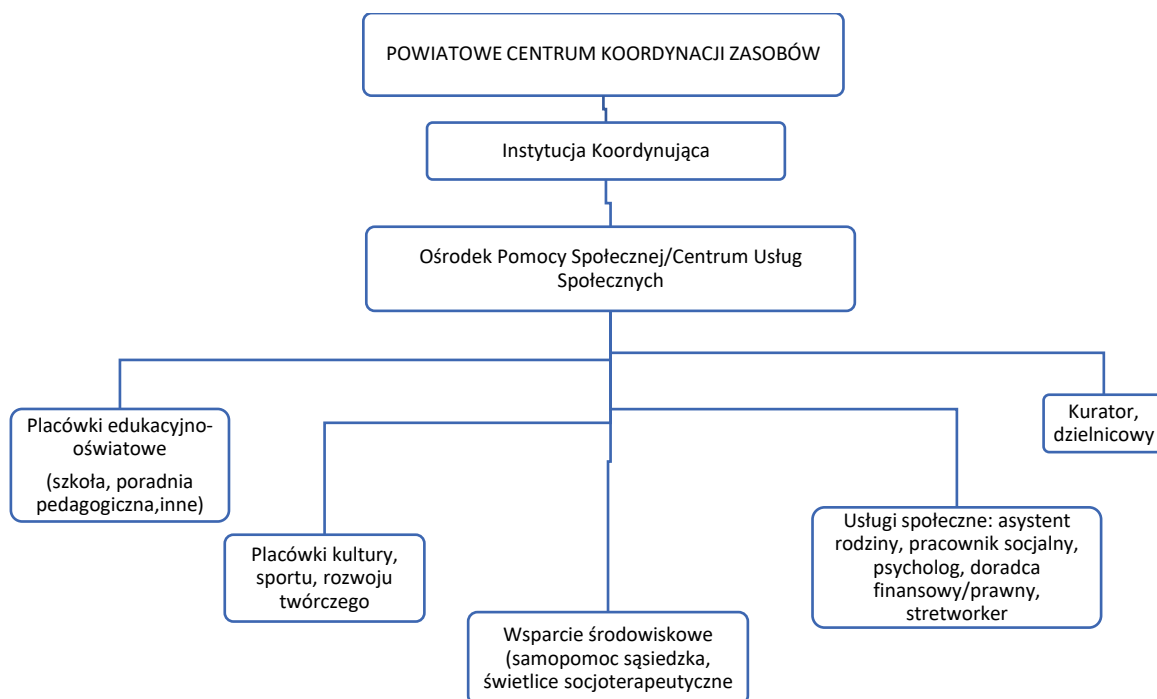
Diagram 5. Schemat mapy wsparcia – Specjalistyczny Zespół Wsparcia dziecka i rodziny w okresie wczesnego dzieciństwa (0–3 lata)



Przykład 3. Specjalistyczny Zespół ds. Dzieci/Młodzieży z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi o dziedzicznej formie ubóstwa, w których istnieje zagrożenie umieszczeniem dziecka w placówce pieczy zastępczej

W skład zespołu wchodzi: asystent rodziny, pracownik socjalny, psycholog, doradca prawny/finansowy (OPS/CUS), kurator, dzielnicowy, pedagog szkolny, psycholog (poradnia pedagogiczna/szkoła), animator kultury (dom kultury, lokalne stowarzyszenie kultury), animator centrum sąsiedzkiego, doradca programu *Odzyskać Dziecko*, przedstawiciel PCPR (zajmujący się pieczą zastępczą), wychowawca ze świetlicy socjoterapeutycznej, streetworker (pedagog ulicy), animator sportowy (lokalny ośrodek sportu i rekreacji/stowarzyszenie). Zespół łączy zasoby instytucjonalne ze sfery pomocy społecznej/usług społecznych i placówki czasu wolnego oraz wsparcie o charakterze środowiskowym (organizacje pozarządowe, grupy nieformalne/samopomocowe). Ważnym elementem będą specjaliści od problematyki pieczy zastępczej (PCPR, programy *Odzyskać Dziecko*), a także kuratorzy i przedstawiciele policji.

Diagram 6. Schemat mapy wsparcia – Specjalistyczny Zespół ds. Dzieci/Młodzieży z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi o dziedzicznej formie ubóstwa, w których istnieje zagrożenie umieszczeniem dziecka w placówce pieczy zastępczej



Przykład 4. Specjalistyczny Zespół Wsparcia dziecka w okresie wczesnego dzieciństwa (0–3(5) lat) – zespół terapii więzi

Specjalistyczny Zespół Wsparcia może być tworzony wokół małych dzieci w wieku 0–3(5) r.ż., które nie doświadczają problemów wymagających orzeczenia. Jest to zespół terapii więzi adresujący swoje oddziaływania do dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych. Zespół może zostać powołany w różnych wariantach uwzględniając źródła finansowania i zaangażowane podmioty samorządowe. W modelu EZRA UKSW jest to zespół finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Każdorazowo zespół ten powinien składać się ze specjalisty/ów diagnosty/ów w obszarze zaburzeń neurorozwojowych i terapeutów więzi, opcjonalnie z psychoterapeutów rodzinnych. Diagnoza powinna uwzględniać różnicowanie całościowych zaburzeń rozwojowych, zespołów genetycznych, które mogą leżeć u podłoża zaburzeń więzi, a wymagają innego planu

i innego zespołu terapeutycznego. Dlatego zespół powinien mieć możliwość konsultacji z lekarzem psychiatrą lub internistą dla tych dzieci, które tego wymagają w trakcie procesu diagnostycznego.

Typowy zespół terapeutyczny powinien składać się z osób mających ukończony co najmniej drugi rok szkolenia psychoanalitycznego lub psychodynamicznego uwzględniającego terapię dzieci do lat 3. Zespoły mogą być tworzone na bazie istniejących struktur w powiecie, tj:

Wariant I. Zespół specjalistów znajduje się w strukturach Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (jedno źródło finansowania – MEiN).

Wariant II. Zespół tworzą specjaliści z dwóch jednostek samorządowych i tym samym są dwa źródła finansowania. Zespół diagnostyczny osadzony jest w strukturach Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (źródło finansowania – MEiN), a zespół terapeutyczny w Ośrodku Pomocy Społecznej – asystenci rodzinni (źródło finansowania – MRPiPS).

Wariant III. Zespół diagnostyczny i terapeutyczny specjaliści z Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej (źródło finansowania – NFZ)

Wariant IV. Zespół jest międzysektorowy ze względu na dostępność kadry i składa się z przedstawicieli Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej (źródło finansowania – NFZ), Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (źródło finansowania – MEiN) oraz z Ośrodka Pomocy Społecznej (źródło finansowania – MRiPS). Diagnostyka i terapia jest prowadzona w poszczególnych ośrodkach, ale musi być skoordynowana z comiesięcznymi spotkaniami całego zespołu leczącego, ewentualnie z udziałem rodziny.

Wskazany powyżej zespół ma szansę dokonać trafnej diagnozy i określenia źródła/przyczyny nienormatywnych zachowań dziecka. Na tej podstawie można podjąć adekwatną pracę terapeutyczną z całą rodziną mającą dzieci w wieku 0–3. r.ż. Wczesna interwencja w tym obszarze jest jednym z głównych czynników profilaktyki zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

Takie zespoły można tworzyć wokół rodzaju szczególnych potrzeb, można też wykorzystać jakiś doświadczony w budowaniu systemu wsparcia podmiot (publiczny lub nie) i na podstawie jego doświadczeń, zbudowanej przez ten podmiot sieci współpracy, przy tym podmiocie powołać Specjalistyczny Zespół Wsparcia.

Główne zadania Specjalistycznych Zespołów Wsparcia

Tabela 3. Główne zadania Specjalistycznych Zespołów Wsparcia

Na rzecz PCKZ	Na rzecz dziecka, ucznia i rodziny
• przekazywanie powiatowi, informacji o ofercie wsparcia kierowanego odpowiednio do dzieci, uczniów i rodzin oraz aktualizowaniu tych informacji zgodnie z potrzebami • przekazywanie do PCKZ informacji o pomocy kierowanej do dzieci, uczniów i rodzin nie rzadziej niż raz w roku • współpraca z PCKZ oraz innymi podmiotami działającymi w sieci	• identyfikowanie potrzeb dzieci, uczniów i rodzin • opracowanie i realizacji indywidualnych planów rozwoju dziecka i wsparcia rodziny, indywidualnych planów wsparcia ucznia i rodziny • koordynowanie działań specjalistycznych na rzecz dziecka i rodziny oraz środowiska pozarodzinnego – ustalanie zakresów, rodzajów niezbędnego wsparcia w ramach działających sieci współpracy • podejmowanie działań na rzecz poprawy dostępności pomocy i jej jakości oraz włączenia społecznego.

Koordynator wsparcia, specjalista wiodący

Koordynator wsparcia (KW)

Koordynatorzy wsparcia zarządzają procesem wsparcia dziecka, ucznia i jego środowiska rodzinnego i pozarodzinnego (casemanagment). Kładą nacisk na identyfikację potrzeb oraz możliwych sposobów zaspokojenia ich w oparciu o zasoby istniejące w środowisku.

Koordynator wsparcia jest osobą, która nie tylko wspiera dziecko, ucznia i rodzinę na każdym etapie pomocy, lecz także jest odpowiedzialny za monitorowanie całego procesu. Koordynatorzy wsparcia ściśle współpracują z zespołem specjalistów (zespołem WWR, zespołem wspierającym ucznia) realizującym proces oceny funkcjonalnej i program wsparcia terapeutycznego i środowiskowego.

Koordynatorzy wsparcia są odpowiedzialni za:

- zintegrowanie działań wokół dziecka, ucznia i rodziny, które rozumiane jest jako połączenie w jeden instrument wsparcia wielu aktualnych form organizacyjnych w odpowiednim czasie. Wiąże się to z wdrożeniem międzysektorowej współpracy i koordynacji działań, szczególnie w zakresie ochrony zdrowia, pomocy rodzinie i pomocy społecznej z oferowanymi formami wsparcia w systemie edukacji;
- indywidualizację/personalizację wsparcia poprzez dostosowanie rodzaju i zakresu pomocy do rzeczywistych potrzeb dziecka, ucznia, rodziny i środowiska pozarodzinnego;

- zmniejszenie obciążeń proceduralnych związanych z uzyskaniem dostępu do wsparcia w ramach WWR;
- proces, który łączy zajmowanie się pojedynczym przypadkiem w taki sposób, by zapewnić jemu i jego środowisku skorzystanie ze zróżnicowanych działań pomocowych we właściwej formie i w odpowiednim czasie;

Podstawowe obowiązki **Koordynatora Wsparcia**:

- organizowanie pierwszego spotkania z rodziną i po zakończeniu wsparcia żegnanie się z nią;
- wstępna ocena potrzeb i zasobów środowiskowych dziecka, ucznia i rodziny – ocena funkcjonalną;
- organizowanie zespołu diagnostycznego i terapeutycznego pod kątem wstępnej oceny;
- szukanie i włączanie zasobów lokalnych w proces wsparcia w zależności od pojawiających się potrzeb i oceny funkcjonalnej;
- koordynacja działań wspierających;
- monitorowanie procesu wsparcia, w tym organizowanie spotkań zespołu diagnostycznego lub terapeutycznego;
- ewaluacja procesu wsparcia dziecka i rodziny pod kątem zakładanych celów terapeutycznych;
- przekazanie informacji zwrotnej po zakończeniu procesu wsparcia do wszystkich członków zespołu diagnostycznego i terapeutycznego;
- identyfikacja zasobów możliwych do włączenia w procesie wsparcia.

Specjalista wiodący (SW)

Za koordynację procesu oceny funkcjonalnej i planowania wsparcia terapeutycznego konkretnemu dziecku, uczniowi i jego rodzinie odpowiada specjalista wiodący. Jest nim członek zespołu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i wsparcia rodziny (WWR) lub zespołu wspierającego ucznia. Specjalista wiodący monitoruje pracę zespołu z konkretnym dzieckiem, uczniem i rodziną. Ściśle współpracuje z rodziną oraz koordynatorem wsparcia w celu realizacji zadań umożliwiających odpowiednio zebranie informacji o funkcjonowaniu dziecka, ucznia i rodziny od różnych podmiotów. Dąży do zapewnienia określonego rodzaju wsparcia, zgodnie

z ustalonymi w toku oceny funkcjonalnej celami i zakresem. Efektem tej współpracy jest ustalenie podziału zadań oraz sposobu monitorowania efektów udzielanego wsparcia.

Do zadań specjalisty wiodącego należą:

- koordynacja procesu oceny funkcjonalnej i kompleksowego wsparcia dla dziecka, ucznia i rodziny;
- budowanie i rozwijanie relacji z rodziną dziecka, ucznia;
- informowanie o założeniach procesu wsparcia w programie i wynikach jego ewaluacji;
- zapewnienie spójności działań specjalistów.

Dobór specjalisty wiodącego o określonych kompetencjach wynika z kluczowego obszaru trudności w funkcjonowaniu dziecka, ucznia, rodziny, który prowadzi do powstania barier rozwojowych.

Zarządzanie przypadkiem jako forma wsparcia konkretnego dziecka, ucznia i rodziny (case management)

Zarządzanie przypadkiem jako forma działania dotyczy pojedynczego przypadku dziecka, ucznia, rodziny. Obejmuje wywiad, koordynację, planowanie, sterowanie i ewaluację aktywności pomocowych, świadczeń rzeczowych i usług. Proces orientuje się na indywidualne potrzeby i oparty jest na profesjonalnym kontakcie między koordynatorem wsparcia a osobami wspieranymi.

Celem koordynacji jest zapewnienie ciągłości wsparcia dla dziecka, ucznia i rodziny oraz środowiska pozaszkolnego niezależnie od liczby uczestniczących w tym procesie specjalistów czy podmiotów otoczenia dziecka i rodziny. Sprawnie funkcjonujący system koordynacji pozwala na zachowanie ciągłości wsparcia w poniższych aspektach:

- **ciągłość relacji:** np. dziecko i rodzina mają kontakt z tą samą osobą (koordynatorem) tak długo, jak to jest potrzebne;
- **ciągłość działań:** np. jeśli specjalista osiąga z dzieckiem/ucniem/rodziną porozumienie odnośnie do celów współpracy, inny pracownik nie powinien zmieniać tych celów bez przedyskutowania tego z poprzednim specjalistą;
- **ciągłość informacji:** np. inni członkowie zespołu wsparcia, którzy komunikują się z dzieckiem/ucniem i rodziną, mają pełny dostęp do wcześniej zebranych informacji;

- **ciągłość organizacyjna:** np. jeśli członek zespołu kieruje dziecko/ucznia do innej osoby lub innej komórki organizacyjnej/jednostki, nie powinno to zwiększyć czasu oczekiwania.

Podstawowe zadania zarządzania procesem wsparcia konkretnego dziecka, ucznia i rodziny (case managementu):

- **planowanie** – polega na stworzeniu indywidualnego planu uwzględniającego w jaki sposób potrzeby dziecka/ucznia zostaną zaspokojone;
- **organizowanie zespołu wspierającego w ramach sieci podmiotów współpracujących** – ułatwianie dziecku/uczniowi i jego rodzinie skorzystanie z różnego rodzaju dostępnych usług, adekwatnie do potrzeb;
- **monitorowanie** – ocena postępu w funkcjonowaniu dziecka/ucznia i jego sytuacji po zakończeniu wsparcia;
- **występowanie w interesie dziecka** – dbanie o zaspokojenie potrzeb i praw dziecka/ucznia oraz jego rodziny.

Wielką zaletą zarządzania przypadkiem (case managementu) jest umożliwienie dziecku i rodzinie skorzystanie z usług świadczonych przez różnego typu instytucje. Zgodnie z tą metodą dziecko i rodzina nie są osobami biernymi, pozbawionymi wpływu, lecz zaangażowanymi w rozwiązywanie swoich problemów. Oczekuje się od nich aktywności, bazuje na ich mocnych stronach i zachęca do podejmowania odpowiedzialności.

Jednym z priorytetów jest ewaluacja planów danego programu pod kątem efektywności. Druga, równie ważna wskazówka dotyczy sporządzenia bilansu między środkami ludzkimi i materialnymi niezbędnymi do zrealizowania programu a spodziewanymi wymiernymi efektami (ocena racjonalności podejmowanych działań).

Istotną cechą wdrożenia modelu zarządzania przypadkiem – procesem wsparcia konkretnego dziecka, ucznia i rodziny (case managementu) są standardy jakościowe:

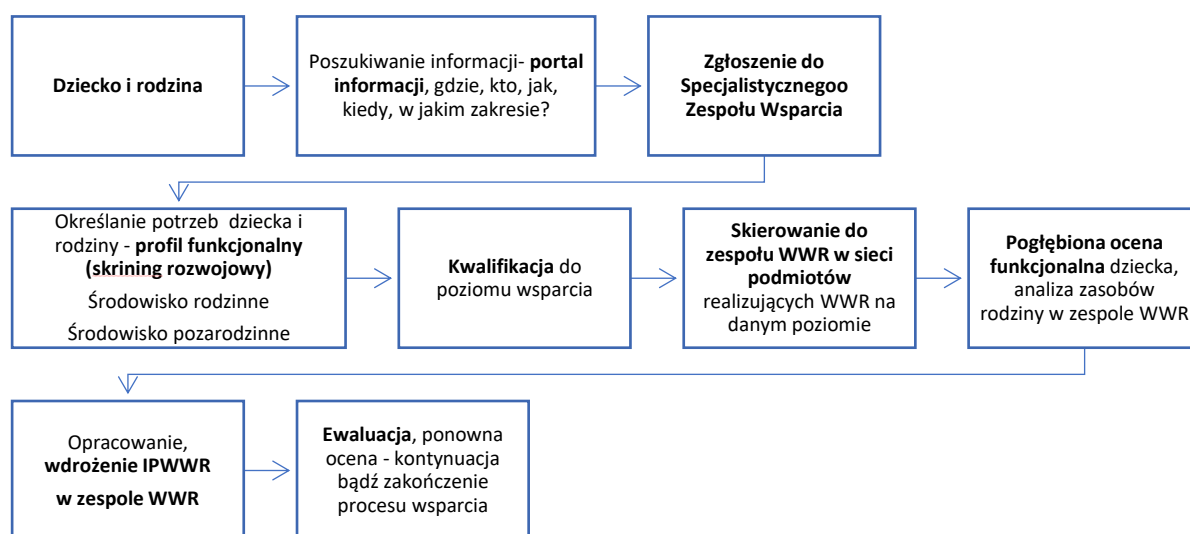
Jakość tę można sprawdzić ze względu na następujące wymiary:

- **Jakość struktury** – dotyczy relatywnie stałych, niezmiennających się warunków świadczenia usług. Struktura jest utrzymuje i udostępnia cały potencjał fachowego pomagania. Struktury, jakich oczekuje koordynator wsparcia, powinny cechować się elastycznością i umiejętnością dopasowywania się do zmieniających się okoliczności.

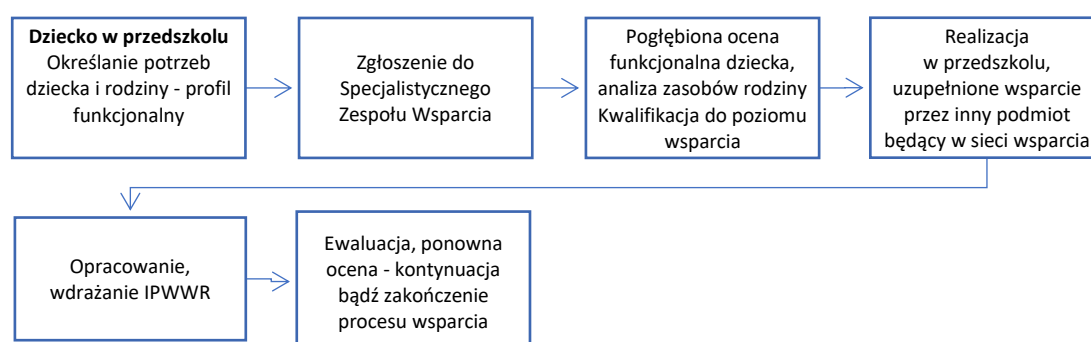
- **Jakość procesu** – wyraża się w sposobie praktycznego realizowania usługi. Koordynator wsparcia bierze pod uwagę każdy element procesu. Bada i ocenia cały jego przebieg.
- **Jakość wyniku** (końcowego skutku) – sprawdzana jest pod kątem efektywności, osiągnięcia końcowego skutku.

Przykładowe warianty prowadzenia wsparcia

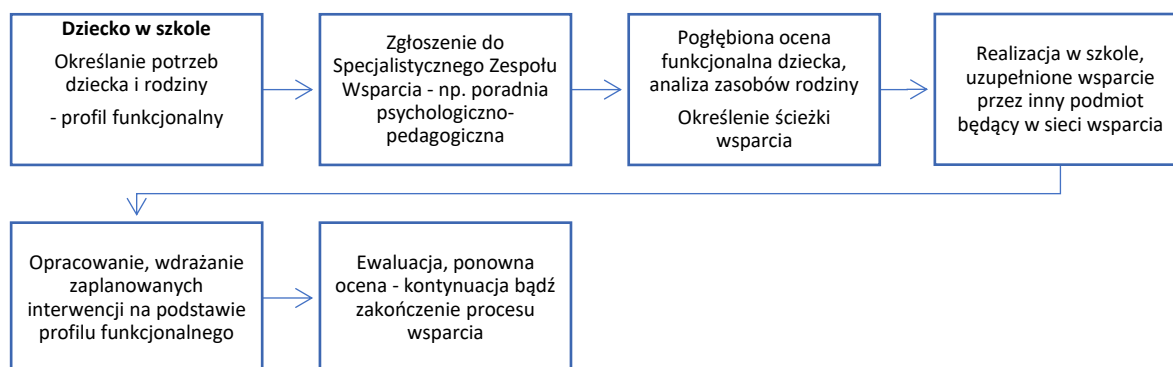
Dzieci do lat 6 nieobjęte wsparciem instytucjonalnym w modelu WWR



Dzieci do lat 6 objęte wsparciem instytucjonalnym w modelu WWR



Dzieci w wieku szkolnym



Mapa wdrożeniowa Modelu Wsparcia Międzysektorowego na obszarze JST (powiat)

Mapa składa się z okoliczności wejścia na drogi oraz z sieci podmiotów wspierających.

Osoba/rodzina potrzebująca wsparcia przychodzi albo z otwartego środowiska społecznego, albo z instytucji (podmiotu opiekuńczo-wychowawczego, edukacyjnego, podmiotu z obszaru zdrowia, pomocy społecznej, medycyny pracy, wspólnot czy organizacji).

Aby trafić z otwartego środowiska społecznego, konieczna jest powszechnie dostępna informacja o istnieniu systemu wsparcia i możliwych pierwszych kontaktach na różnych etapach życia i ze szczególnymi potrzebami.

Aby trafić z instytucji, konieczne jest posiadanie przez wszystkie instytucje wiedzy o systemie wsparcia oraz drodze dostępu w określonych sytuacjach pojawienia się potrzeby.

Najważniejsze na mapie wdrożeniowej są elementy sieci – podmioty świadczące wsparcie. Sieć podmiotów wspierających musi mieć charakter kompleksowy. Musi składać się z podmiotów z obszaru edukacji, zdrowia, pomocy społecznej, rynku pracy, podmiotów publicznych, sektora pozarządowego i sektora prywatnego. Sprawne funkcjonowanie sieci zapewnia trwałe monitorowanie tworzone na podstawie porozumienia z samorządem. Porozumienia te powinny zawierać wymogi spełniania określonych standardów jakościowych, ale także określać sposób angażowania się samorządu w tworzenie warunków i podnoszenie jakości świadczonego wsparcia.

Mapa jest ogólnym schematem realizacji modelu, który wymaga skonfrontowania z warunkami lokalnymi i uzupełnienia w oparciu o rozpoznane lokalnie potrzeby oraz zasoby.

Etapy wdrożenia modelowego rozwiązania na obszarze JST (powiat) z uwzględnieniem kamieni milowych przygotowane na potrzeby projektu

Etap I. Nawiązanie współpracy z Liderem projektu *(Etap „zerowy”)*

- złożenie wniosku aplikacyjnego;
- podpisanie umowy o współpracy;
- udział w spotkaniach informacyjnych/szkoleniu.

Etap II. Przygotowanie jednostki do realizacji zadań *(do 3 tygodni od podpisania umowy o współpracy, tolerancja 1 tydzień)*

- wyznaczenie osób i jednostek odpowiedzialnych za wdrożenie rozwiązania;
- powołanie zespołu opracowującego zasady funkcjonowania Powiatowego Centrum Koordynacji Zasobów;
- powołanie Powiatowego Zespołu Koordynacji Zasobów (PCKZ);
- przeszkolenie pracowników PCKZ i osób bezpośrednio z nimi współpracujących.

Etap III. Identyfikacja i utworzenie sieci współpracy *(do 3 tygodni od powołania PCKZ)*

- spotkania inicjujące współpracę;
- ustalenie zasad współpracy w ramach sieci
- identyfikacja i ocena ryzyk związanych ze współpracą;
- zawarcie lokalnych umów o współpracy;
- powołanie Zespołu ds. Koordynacji Współpracy Międzyinstytucjonalnej.

Etap IV. Rozpoznanie potrzeb i diagnoza obszaru realizacji zadań *(do 6 tygodni od powołania PCKZ)*

- wstępna ocena potrzeb lokalnych;
- analiza dokumentów strategicznych;
- wstępna ocena zasobów, w tym podmiotów współpracy;
- rozpoznawanie gotowości współpracy;
- konsultacje społeczne: słabe i mocne strony powiatu w zakresie udzielania wsparcia;
- opracowanie dokumentu „Analiza i diagnoza obszaru wsparcia – Potrzeby i możliwości w zakresie budowania lokalnego Modelu wsparcia”.

Etap V. Lokalne zasoby w sieci współpracy *(do 3 tygodni od zawarta lokalnych umów o współpracy)*

- inwentaryzacja zasobów i potrzeb lokalnych instytucji wsparcia;
- alternatywy wsparcia w obszarach niezaspokojonych potrzeb w oparciu o zasoby lokalne;
- wspólne utworzenie koszyka usług lokalnych;
- powołanie Specjalistycznych Zespołów Wsparcia, ze wskazaniem zakresu ich zadań i kompetencji;
- powołanie zespołów zadaniowych.

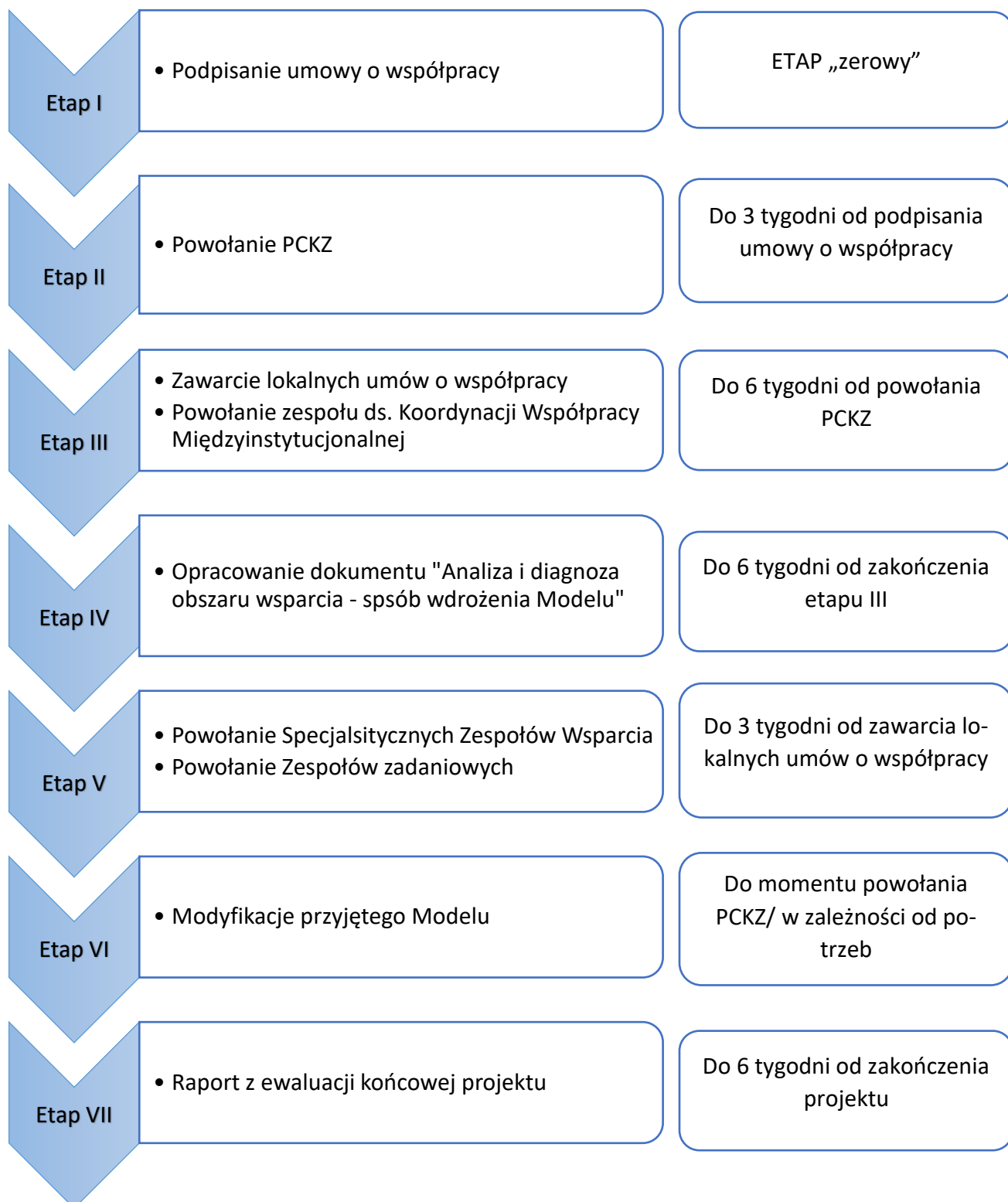
Etap VI. Praca w modelu – testowanie przyjętych rozwiązań *(od momentu powołania PCKZ oraz zespołów zadaniowych do zakończenia projektu)*

- monitorowanie i ewaluacja pracy/współpracy w Modelu;
- udział w szkoleniach;
- aktualizacja koszyka usług;
- aktualizacja porozumień;
- modyfikacje lokalnego modelu działania.

Etap VII. Ewaluacja ex-post

- przekazanie wyników monitorowania i ewaluacji on-going;
- udział w badaniu ewaluacyjnym ex-post;
- raport z ewaluacji końcowej projektu;

Diagram 7. Kamienie milowe etapów wdrażania modelu w JST (powiat)



Dodatkowym etapem wdrażania MWM **jest ewaluacja wewnętrzna bieżąca**, która występuje jako element przekrojowy w ramach etapów II–VII i jest związana z podnoszeniem jakości pracy sieci lokalnej ukierunkowanej na wsparcie skoordynowane oraz doskonaleniem kompetencji Zespołów CKU oraz IKU. Ewaluacja ta będzie prowadzona przez pracownika PCKZ we współpracy z przedstawicielami Zespołu projektowego. Ewaluacja wewnętrzna dotyczyć będzie bieżącej analizy: osiągania zaplanowanych celów, efektów pracy w Modelu, oceny systemu współpracy, identyfikacji aktualnych potrzeb zmian w przyjętym Modelu organizacyjnym.

W ramach ewaluacji wewnętrznej zostaną wykorzystane m.in.: ankiety, wywiady, obserwacje, systematyczna oraz panel ekspertów. Prowadzone działania umożliwią zgromadzenie szczegółowej dokumentacji z fazy testowania w zakresie oceny stosowania Modelu.

Wyniki ewaluacji wewnętrznej będą na bieżąco omawiane na spotkaniach Zespołu ds. Koordynacji Współpracy. Prowadzone prace mają umożliwić wypracowanie ewentualnych działań korygujących oraz naprawczych. Jednocześnie informacje zwrotne z ewaluacji bieżącej będą stanowiły ważny element ewaluacji ex-post realizowanej z perspektywy całego projektu.

Diagram 8 . Monitorowanie i ewaluacja w cyklu wdrażania Modelu

