



TRENER AKTYWNOŚCI

STRATEGIA WDRAŻANIA PROJEKTU INNOWACYJNEGO TESTUJĄCEGO

Tytuł projektu: „Trener Aktywności”

Lider: Fundacja Eudajmonia

Partner: Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej – Centrum Dolnośląskie

Temat innowacji: Zwiększenie oferty istniejących, wykreowanie nowych instytucji działających na rzecz integracji społecznej (prowadzącej do zatrudnienia) grup marginalizowanych, wykluczonych bądź zagrożonych wykluczeniem społecznym

Numer umowy: UDA-POKL.07.03.00-02-193/11-02



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**FUNDACJA
EUDAJMONIA**



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



TRENER AKTYWNOŚCI

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

SPIS**TREŚCI**

1. UZASADNIENIE	3
1.1. DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNO - BADAWCZE	3
1.2. ANALIZA PROBLEMÓW	6
2. CEL WPROWADZENIA INNOWACJI	10
2.1. CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE	10
3. OPIS INNOWACJI, W TYM PRODUKTU FINALNEGO	17
3.1. NA CZYM POLEGA INNOWACYJNE PODEJŚCIE	17
3.2. OPIS GRUP DOCELOWYCH	19
3.3. EFEKTY I NIEZBĘDNE WARUNKI WDROŻENIA	20
3.4. EFEKTYWNOŚĆ ROZWIĄZANIA	21
3.5. OPIS PRODUKTU FINALNEGO	22
4. PLAN DZIAŁAŃ W PROCESIE TESTOWANIA PRODUKTU FINALNEGO	25
4.1. CEL TESTOWANIA	25
4.2. GRUPA DOCELOWA W WYMIARZE TESTOWANIA	25
4.3. FAZA PRZYGOTOWAWCZA PROCESU TESTOWANIA	26
4.4. FAZA TESTOWANIA WŁAŚCIWEGO	27
4.5. MONITOROWANIE PROCESU TESTOWANIA	30
4.6. PODSUMOWANIE PROCESU TESTOWANIA	31
5. Sposób sprawdzania czy innowacja działa	32
1.1. EWALUACJA WEWNĘTRZNA	32
1.2. EWALUACJA ZEWNĘTRZNA	32
6. STRATEGIA UPOWSZECHNIANIA	35
1.3. CELE DZIAŁAŃ UPOWSZECHNIAJĄCYCH	35
1.4. GRUPA DOCELOWA DZIAŁAŃ UPOWSZECHNIAJĄCYCH	35
1.5. FORMY I NARZĘDZIA UPOWSZECHNIANIA	38
7. STRATEGIA WŁĄCZANIA PRODUKTU FINALNEGO DO PRAKTYKI/GŁÓWNEGO NURTU POLITYKI	43
1.6. CEL STRATEGII WŁĄCZANIA	43
1.7. GRUPY ADRESATÓW DZIAŁAŃ WŁĄCZAJĄCYCH	44
1.8. RODZAJE DZIAŁAŃ WŁĄCZAJĄCYCH I ICH ZASIĘG	45
8. KAMIENIE MIŁOWE II ETAPU PROJEKTU	47
9. RYZYKA	48
10. ZAŁĄCZNIKI	50

1. UZASADNIENIE

1.1. DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNO - BADAWCZE

Projekt innowacyjny PI Trener aktywności jest odpowiedzią na problem niskiej aktywności społecznej niepełnosprawnych klientów instytucji pomocy społecznej (w tym kumulacji barier wynikających z niepełnosprawności i innych barier), a także brak narzędzi zindywidualizowanego, kompleksowego wsparcia klientów OPS będących osobami niepełnosprawnymi do wykorzystania przez pracowników instytucji pomocy społecznej¹.

Wg danych Krajowej Rady Konsultacyjnej ds. osób niepełnosprawnych, w Polsce jest 4697,5 tys. osób niepełnosprawnych (kryterium Narodowego Spisu Powszechnego 2011), w tym 354 050 osób na terenie województwa dolnośląskiego (dane Urzędu Marszałkowskiego, 2011).

Mimo że niepełnosprawność jest trzecim, po ubóstwie i bezrobociu, powodem ubiegania się o pomoc społeczną², to tylko część z całej populacji osób z dysfunkcjami korzysta stale lub okresowo z tego rodzaju świadczeń. W roku ubiegłym liczba objętych wsparciem jednostek pomocy społecznej na Dolnym Śląsku zbliżyła się do 28 tys. rodzin, w których przynajmniej jedna osoba posiadała orzeczenie o niepełnosprawności. W samym Wrocławiu na ogólną liczbę 10 309 wszystkich rodzin objętych wsparciem MOOPS w 2011r. prawie połowa (4 857 rodzin) korzystała ze świadczeń z tytułu niepełnosprawności i był to wzrost aż o 47,11% w stosunku do roku 2010.

Zasadnicze badania diagnostyczne składały się z następujących etapów:

- 1) Etap konceptualizacji i operacjonalizacji (określenie problemu badawczego i sprecyzowanie celów badań) – na tym etapie określone zostały wstępne założenia badawcze i kluczowe pytania dla modelu. Określono także potencjalną listę zadań trenera aktywności.

Dla pogłębienia problemów zarysowanych na tym etapie badań podjętych zostało kilka wielokierunkowych działań, które w konsekwencji miały dać odpowiedź na pytanie: czy, w jakiej formule i w jakim zakresie instytucje pomocy i integracji społecznej na Dolnym Śląsku działają na rzecz aktywizacji społecznej, w tym zawodowej osób niepełnosprawnościami oraz na ile skuteczne są to działania? W tym celu:

1. przeprowadzono analizę powszechnie dostępnych raportów, sprawozdań i innych dokumentów, danych statystycznych i innych publikacji oraz aktów prawnych z zakresu problematyki projektowej (Sprawozdanie z etapu wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym trener aktywności);

2. dokonano kwerendy stron internetowych, w efekcie której zebrano informacje z zakresu aktywnych form wsparcia oferowanych niepełnosprawnym klientom samorządowych instytucji pomocy i integracji społecznej z gmin wiejskich, miejsko-wiejskich, miejskich oraz powiatów (Załącznik do sprawozdania: Aktywne formy wspierania osób niepełnosprawnych realizowane aktualnie przez instytucje pomocy i integracji społecznej na obszarze Dolnego Śląska. Raport z monitoringu stron internetowych);

3. przeprowadzono dodatkowe konsultacje w wybranych samorządowych instytucjach pomocy i integracji społecznej, w tym w 5 OPS (Polkowice, Rudna, Przemków, Lubin, Chocianów) i 2 PCPR (Polkowice, Lubin) oraz wśród 20 niepełnosprawnych (różny rodzaj i stopień niepełnosprawności) klientów korzystających ze wsparcia ośrodków pomocy społecznej (Karty konsultacji);

4. dokonano przeglądu dotychczas stosowanych praktyk (głównie trzeciego sektora) w zakresie aktywizacji osób z niepełnosprawnościami, z naciskiem na sferę społeczną; przeprowadzono indywidualne konsultacje z przedstawicielami organizacji pozarządowych działających na rzecz aktywizacji społecznej, ze szczególnym naciskiem na wspieranie osób z niepełnosprawnościami (NGO, WTZ, ZAZ) (Karty konsultacji, Raporty z prac grupy roboczej, Załącznik do sprawozdania: Asystentura osób niepełnosprawnych. sytuacja w

¹ Do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej należą m.in.: ośrodki pomocy społecznej, Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Domy Pomocy Społecznej i ośrodki wsparcia. Wsparciem w zakresie aktywizacji społeczno – zawodowej zajmują się również: Centra Integracji Społecznej, Kluby Integracji Społecznej i, w bardzo ograniczonym stopniu, Powiatowe Urzędy Pracy.

² Stare i nowe problemy wielkiego miasta. Socjologiczne studium konsumpcji na przykładzie Wrocławia, Warszawa 2010

Polsce w oparciu o wybrane projekty, programy obecnie realizowane);

5. zebrano dane statystyczne nt osób/rodzin korzystających ze wsparcia OPS na Dolnym Śląsku oraz dane MOPS we Wrocławiu nt liczby osób niepełnosprawnych objętych wsparciem (Sprawozdanie z etapu wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności).

Na potrzeby projektu przygotowana została również analiza „Trener aktywności a asystent osoby niepełnosprawnej - w ramach europejskiego modelu socjalnego”, której autorka wskazała na rozwiązania w zakresie szeroko rozumianej asystentury osoby niepełnosprawnej przyjęte w wybranych krajach UE (Francja, Szwecja, Dania i Wielka Brytania).

Przeprowadzone konsultacje (karty konsultacji) z OPS, PCPR, NGO potwierdziły potrzebę opracowania i wdrożenia nowego instrumentu wsparcia dla ON, jakim jest trener aktywności. Zebrane dane jednoznacznie wskazują na konieczność poszukiwania nowych rozwiązań w obszarze aktywizacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami³. Takiego wyspecjalizowanego i interaktywnego wsparcia potrzebują zwłaszcza tzw. „trudni” klienci OPS, osoby mało samodzielne społecznie, które nie potrafią bądź nie chcą korzystać ze standardowej oferty instytucji pomocy społecznej. Proponowany model specjalistycznej asystentury w postaci trenera aktywności bierze swój początek w rozwiązaniach systemowych krajów Europy Zachodniej, a jego istotą jest właśnie zindywidualizowane i interaktywne podejście do procesu aktywizacji. Proces konsultacji modelu wskazał, iż jego atrakcyjność upatrywana jest przede wszystkim w koncentracji na działaniach wspierających rozwój potencjału osób niepełnosprawnych w sposób procesowy, a nie incydentalny.

Analiza desk research, konsultacje indywidualne, prace grupy roboczej i wspomniany raport nt form udzielanej pomocy w zakresie szeroko pojętej rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych w wybranych krajach, pozwoliły na głębszą analizę problemu aktywizacji społecznej osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w naszym kraju oraz doprecyzowanie celów badań własnych, ich zakresu podmiotowego i przedmiotowego.

Dla zagwarantowania reprezentatywności oraz w celu zapewnienia zgodności z zapisami wniosku o dofinansowanie do dalszych badań ilościowych i jakościowych wybrano MOPS Wrocław, największy ośrodek pomocy społecznej w woj. dolnośląskim, partnera nieformalnego projektu. Jednostka ta charakteryzuje się najliczniejszą i najbardziej zróżnicowaną grupą osób z niepełnosprawnościami (klienci o różnym stopniu i rodzaju niepełnosprawności) oraz najszerszym spektrum świadczonych usług w zakresie pomocy społecznej dla tej grupy (możliwość wykazania kompleksowości modelu TA w odniesieniu do istniejących już praktyk). Przesłanki te stanowią uzasadnienie wyboru tej jednostki do badania i testowania modelu Trenera Aktywności jako uzupełniającego istniejącą ofertę działań aktywizacyjnych na rzecz niepełnosprawnych klientów pomocy społecznej.

Na tej podstawie przyjęto, że celem zasadniczego procesu badawczego będzie diagnoza i analiza procesu aktywizacji społecznej osób z niepełnosprawnościami w kontekście ewentualnego zapotrzebowania na nowe metody pracy z niepełnosprawnymi klientami OPS. Tak sformułowany cel oznaczał konieczność:

1. przeprowadzenia analizy dotychczas stosowanych metod i narzędzi wsparcia udzielanego niepełnosprawnym klientom MOPS we Wrocławiu w zakresie w aktywizacji społecznej;
2. dokonania rozpoznania w zakresie ewentualnego zapotrzebowania na dodatkowe formy wsparcia tej grupy klientów MOPS;
3. wyznaczenia zakresu zadań, jakie miałyby być przypisane trenerowi aktywności w procesie aktywizacji społecznej oraz określenia jego kompetencji;
4. przedstawienia wyobrażeń w zakresie usytuowania trenera aktywności w całym systemie pomocy społecznej. Dwa ostatnie punkty sprowadzają się do postawienia wstępnych rekomendacji dla modelu Trener Aktywności – jako innowacyjnego instrumentu wsparcia osób niepełnosprawnych w procesie aktywizacji społecznej.

W celu dalszego pogłębienia problemów zarysowanych we Wniosku o dofinansowanie przeprowadzone zostały badania diagnostyczne⁴, które miały na celu określenie potrzeb osób niepełnosprawnych będących

³ Wnioski te w dużej części są zbieżne z postulatami Koalicji na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością zebranych w Raporcie Rzecznictwo na rzecz osób niepełnosprawnych standardy usług rehabilitacji społecznej, <http://www.koalicjaon.org.pl/strona.php?s=21>

⁴ Zapisane we wniosku o dofinansowanie. Respondentami badania zgodnie z zapisami miały być osoby z niepełnosprawnościami, będące

klientami instytucji pomocy społecznej w zakresie wsparcia w aktywizacji społecznej i samodzielności.

- 2) Badanie ilościowe – kwestionariusze ankiet zostały wysłane do MOPS we Wrocławiu (nieformalnego partnera w projekcie), a także do niepełnosprawnych klientów tej instytucji. W sumie zebrano 71 kwestionariuszy⁵ (41 od osób niepełnosprawnych, 30 od pracowników). Przy zbieraniu danych od osób niepełnosprawnych uwzględniono zasadę *empowermentu*- narzędzie było dostosowane do specyfiki niepełnosprawności, co w konsekwencji ułatwiło zebranie danych od osób z różnymi niepełnosprawnościami (istotne z punktu widzenia rzetelności badania). Wśród osób z niepełnosprawnościami w badaniach uczestniczyło: 25 kobiet i 16 mężczyzn w wieku 15-64 lata legitymujące się różnym wykształceniem (przeważały osoby z wykształceniem ponadgimnazjalnym i pomaturalnym), różnym stopniem niepełnosprawności (16 os. lekki, 17 os. umiarkowany i 8 os. znaczny stopień niepełnosprawności) i rodzajem niepełnosprawności (reprezentowane były osoby z wszystkimi wyróżnionymi w ustawie rodzajami niepełnosprawności poza niepełnosprawnością intelektualną i chorobami układu moczowo-płciowego. Istotnym w tym kontekście jest fakt, iż badani poproszeni o zaznaczenie przyczyny ich niepełnosprawności stosunkowo często wskazywali na więcej niż jeden z wyszczególnionych przez badaczy kodów. Dotyczyło to 26 osób z 41 badanych. Na tej podstawie (63% z zapytanych o przyczynę niepełnosprawności osób wskazywało na 2 lub więcej czynników) domniemywać można, iż badani w znacznym stopniu dotknięci są niepełnosprawnością o charakterze „sprzężonym”, co pociąga za sobą złożoność procesów prowadzących do kompensacji i generuje dodatkowe bariery uniemożliwiające pełnoprawną aktywność społeczną w otaczającym ich środowisku.
- 3) Badanie jakościowe – wywiad grupowy FGI (fokus). W badaniu fokusowym udział wzięły osoby niepełnosprawne – klienci MOPS Wrocław: 3 osoby z niepełnosprawnością (1k), zróżnicowany stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz poziom codziennego funkcjonowania- zapewnienie wielości perspektyw, a także pracownicy tej instytucji: 3 pracownice MOPS, przedstawicielki: DAON, PASZ i doradczynie zawodowa, czyli osoby w których kompetencjach mieści się najwięcej zadań związanych z świadczeniem usług na rzecz niepełnosprawnych klientów MOPS. Badanie umożliwiło pogłębienie wątków z badania ilościowego i wskazanie rekomendacji dla modelu.

Badanie wykazało konieczność wprowadzenia innowacyjnego rozwiązania we wsparciu niepełnosprawnych klientów instytucji pomocy społecznej na drodze ich aktywności społecznej i samodzielności. Potrzeba ta została wyraźnie zauważona przez respondentów z OPS, którzy widzą wyraźną lukę we wsparciu oferowanych przez ich instytucję. Potrzeba zindywidualizowanego i kompleksowego wsparcia na drodze do samodzielności została też zaznaczona przez osoby niepełnosprawne. Badanie pozwoliło na postawienie rekomendacji do modelu Trenera Aktywności.

Główne wnioski z badań w zakresie potwierdzenia zasadności wypracowywanego innowacyjnego rozwiązania:

- 2/3z badanych pracowników MOPS zaznacza, iż wsparcie oferowane osobom niepełnosprawnym przez ich instytucję nie jest wystarczające dla potrzeb tych osób, a jednym z głównych powodów jest brak odpowiednich narzędzi aktywizacji społeczno- zawodowej i możliwości świadczenia indywidualnego wsparcia
- badane osoby niepełnosprawne i pracownicy MOPS proszeni o wskazanie głównych przyczyn niskiej

klientami wrocławskiego MOPS i pracownicy tegoż MOPS

⁵ Z zaplanowanych 60 wynikających z zapisów we wniosku (30 osób z niepełnosprawnością i 30 pracowników MOPS). Powodem zwiększenia liczby ostatecznych respondentów po stronie osób niepełnosprawnych był fakt, większego niż planowany poziomu zwrotu ankiet przekazanych osobom niepełnosprawnym przez pracowników MOPS. Nie istniała możliwość zastosowania innej drogi dystrybucji ankiet do niepełnosprawnych klientów MOPS z uwagi na konieczność przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych. Prowadzący badanie dostarczył pracownikom MOPS do rozdyskrybuowania 45 ankiet (wraz z dokładną informacją dotyczącą doboru próby badawczej) zakładając zwrot na poziomie 75% lub niższy (w tym wypadku założył uzupełniające badanie w celu nasylenia próby wśród osób z niepełnosprawnościami). Zwrot ankiet osiągnął jednak poziom 91,1% (doświadczenia badawcze socjologów pokazują, iż przeciętnie kształtuje się on poniżej poziomu 50% (zob. Nowak, Metodologia Nauk Społecznych, PWN, Warszawa 2011) W związku z tym nie istniały żadne racjonalne ani poprawne metodologiczne powody, dla których należało by odrzucić 11 dodatkowych w stosunku do założonych ankiet. Co więcej osoba prowadząca badanie w konsultacji z Koordynatorem Badań i Mentor Merytoryczną Projektu stwierdziły, iż zwiększenie ilości przebadanych osób niepełnosprawnych pozytywnie wpłynie na zapewnienie wielości perspektyw wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

aktywności społecznej ON wskazywali najczęściej na: problemy zdrowotne osób niepełnosprawnych, 62% trudną sytuację ekonomiczną osób niepełnosprawnych 59%, **brak odpowiedniego systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami 46%**

- Prawie 77% pracowników MOPS uważa, iż nie każda osoba niepełnosprawna potrzebuje wsparcia w procesie osiągania samodzielności, ale aż 96% zauważa, iż można wyróżnić pewne kategorie osób niepełnosprawnych, które potrzebują tego wsparcia w większym stopniu. Można do nich zaliczyć: osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z niepełnosprawnością intelektualną, ruchową, ze schorzeniem psychicznym, osoby niewidome i głuchonieme, samotne osoby niepełnosprawne
- Ponad połowa z badanych pracowników MOPS (17 z 30 osób) zauważyło, iż usługi oferowane przez reprezentowaną przez nich instytucję nie są dostosowane do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami, głównie z uwagi na: brak odpowiednich narzędzi aktywizacji społeczno-zawodowej i środków finansowych na prowadzenie indywidualnego wsparcia, brak możliwości wspierania osób z niepełnosprawnościami poza godzinami pracy urzędu oraz zbyt długi okres oczekiwania na wsparcie.

1.2. ANALIZA PROBLEMÓW

We wniosku o dofinansowanie postawione zostały dwa główne problemy, na które projekt ma oddziaływać. Analiza badań zastanych, stanu prawnego i instytucjonalnego, a także przeprowadzona diagnoza pozwoliły na weryfikację ich trafności.

Problem 1. Kumulacja barier wynikających z niepełnosprawności i innych barier, jako przyczyna niskiej samodzielności niepełnosprawnych klientów OPS.

Opis problemu i jego przyczyn: Klienci OPS legitymujący się ograniczoną sprawnością doświadczają wielu innych współzależnych barier powodujących bądź pogłębiających ich bierność i niesamodzielność. Są to bowiem osoby narażone na wielokrotne wykluczenie z racji swojej niepełnosprawności, niskiego statusu majątkowego⁶, niskiego poziomu wykształcenia (40% niepełnosprawnych klientów MOPS posiada zaledwie podstawowe wykształcenie) i kwalifikacji zawodowych, bardzo często również bezrobocia, wieku (osoby powyżej 50 roku życia stanowią ponad 50% niepełnosprawnych beneficjentów MOPS), a nawet bezdomności⁷. Często są to osoby o ograniczonych umiejętnościach społecznych (w zakresie komunikowania się, motywacji do działania, korzystania z różnych źródeł informacji, poszukiwania alternatywnych rozwiązań, podejmowania zobowiązań i wywiązywania się z nich) i kompetencjach do pełnienia rozmaitych ról społecznych (rodzinnych, towarzyskich, zawodowych)⁸. Raporty ewaluacyjne z projektów w zakresie aktywnego wsparcia pokazują, że brak im również motywacji do zmieniania czegokolwiek i elementarnej wiedzy na temat prawa. Nierzadko borykają się z nieprzychylną postawą najbliższego otoczenia i brakiem społecznej akceptacji⁹. Osoby z taką kumulacją barier często nie są w stanie uczestniczyć w życiu społecznym na takim poziomie jak ten możliwy dla osób niepełnosprawnych, u których taka kumulacja nie występuje.

Odbiorcami innowacyjnego produktu będą zatem niepełnosprawni klienci pomocy społecznej, którzy

⁶ . Prawo do świadczeń pieniężnych jest uzależnione od kryteriów dochodowych. Tzw. próg interwencji socjalnej uprawniający do pomocy finansowej nie może przekroczyć 351 zł na osobę w rodzinie i 477 zł w przypadku osoby samotnej. Warto dodać, że wskaźnik ten nie uległ zmianie od 2006r., mimo wyraźnego wzrostu płacy minimalnej. Rady gmin mają jednak uprawnienia do podwyższenia tej kwoty.

⁷ Dolnośląski program wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu oraz pomocy w realizacji zadań na rzecz zatrudniania osób niepełnosprawnych na lata 2004 – 2006, Wrocław 2004, s. 4-9.

⁸ Raport Rzecznictwo na rzecz osób niepełnosprawnych standardy usług rehabilitacji społecznej, Koalicja na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami; http://www.koalicjaon.org.pl/photo/File/raport_rzecznictwo.pdf

⁹ Kłopot S.W., Błaszczuk M., Pluta J. (red.), Problemy społeczne w przestrzeni Wrocławia (na zlecenie MOPS), Wrocław 2010, s. 147-148, http://www.efs.gov.pl/AnalizyRaportyPodsumowania/baza_projektow_badawczych_efs/Stro_ny/Problemy_spoeczne_w_przestrzeni_miasta.aspx

napotykać na kumulację barier związanych z niepełnosprawnością i innymi przesłankami (niski status materialny, niskie wykształcenie, duża zależność od rodzin i opiekunów połączona z niską samodzielnością i brakiem kompetencji do funkcjonowania w codziennym życiu społecznym, etc.)

Skala występowania: problem dotyczy całego kraju, w tym woj. dolnośląskiego. Kumulacja barier dotyczy niepełnosprawnych klientów MOPS.

Konsekwencje problemu: W konsekwencji, osoby te pozostają bierne, często w zależności od rodzin i opiekunów. Nie podejmują aktywności życiowej, niejednokrotnie utrudniając aktywność osobom z otoczenia (funkcje opiekuńcze). Nie uczestniczą w życiu społecznym i obywatelskim, pozostając na jego marginesie. Jak wskazują badania, osoby takie niejednokrotnie nie mają rozeznania, jakie instytucje i w jakim zakresie mogą im udzielić wsparcia, a także nie mają świadomości, że mają prawo odmowy uczestnictwa w proponowanych im projektach (np. z powodu ich niedostosowania).

Zdarza się, że decyzyjnie o udziale w programach aktywizujących podejmują „nie-z-własnej-woli”, tylko dlatego, że zmuszają ich do tego przepisy uzależniające otrzymanie świadczenia od np. rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy (PUP)¹⁰.

Problem 2. Brak narzędzi zindywidualizowanego, kompleksowego wsparcia klientów OPS będących osobami niepełnosprawnymi do wykorzystania przez pracowników OPS.

Opis problemu i jego przyczyn: Instytucje pomocy i integracji społecznej działają przede wszystkim w oparciu o Ustawę o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004. Ta wielokrotnie nowelizowana ustawa stanowi, że zadaniem pomocy społecznej jest wspieranie osoby w samodzielności. Określa też instrumenty tej pomocy, które z racji na charakter działania instytucji, dużą biurokrację i obciążenie pracowników (wnioski z badań diagnostycznych przeprowadzonych przez projektodawcę), nie zapewniają wsparcia indywidualnego i kompleksowego, elastycznego, a przede wszystkim dostosowanego do potrzeb wsparcia klientów z niepełnosprawnościami. Badania realizowane na Dolnym Śląsku dowodzą, że w praktyce działalność podejmowana na rzecz osób o ograniczonej sprawności w OPS-ach na ogół sprowadza się do przyznawania świadczeń finansowych oraz usług opiekuńczych¹¹.

Przeprowadzona w ramach projektu analiza aktywnych form wsparcia stosowanych przez dolnośląskie OPS i PCPR pokazuje, że „niewiele spośród działań aktywizujących realizowanych przez OPS czy PCPR jest skierowanych wyłącznie do osób z niepełnosprawnościami, nie mówiąc już o uwzględnieniu specyfiki i stopnia dysfunkcji. Wśród najczęściej oferowanych form pomocy znajdują się różnego rodzaju kursy zawodowe i kwalifikacyjne (prawo jazdy kat. B), warsztaty aktywnego poszukiwania pracy, grupowe konsultacje z doradcą zawodowym, czy turnusy rehabilitacyjne. Indywidualizacja wsparcia ogranicza się do kilku najczęściej godzin poradnictwa w zakresie prawa, zdrowia czy psychologii udzielanych w trakcie realizacji projektu. Równie rzadko w działaniach projektowych pojawiają się działania wspierające najbliższe otoczenie osób z niepełnosprawnościami. Wszystko to daje małe szanse na trwałą poprawę sytuacji społecznej beneficjentów projektów systemowych. Natomiast w dobrym kierunku wydają się zmierzać te nieliczne instytucje, które w swoich działaniach uwzględniają problematykę reintegracji społecznej i wprowadzają zagadnienia z zakresu m.in.: budowanie zaufania w grupie, wiedzy na temat samego siebie i umiejętności wyrażania siebie, komunikacji i zachowań asertywnych, radzenia sobie ze stresem itp.¹² Problem ten dotyczy w szczególności osób niepełnosprawnych- instytucje pomocy społecznej nie są przygotowane do udzielenia indywidualnego, kompleksowego, elastycznego, a przede wszystkim dostosowanego do potrzeb wsparcia tej kategorii klientów. Problem został zauważony w licznych badaniach i publikacjach naukowych, o czym świadczą następujące cytaty „stosowane wobec osób niepełnosprawnych metody i instrumenty polityki

¹⁰ Kłopot S.W., Błaszczak M., Pluta J. (red.), Problemy społeczne w przestrzeni Wrocławia..., s.147-148.

¹¹ Perchla – Włosik A., Skiba Wojciech, Droga do zatrudnienia Mapa uwarunkowań aktywizacji niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku Badania empiryczne, Wrocław 2008, s. 41.

¹² Sprawozdanie z etapu wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności, s. 7.

państwa – nie zapewniają trwałej i stabilnej poprawy ich sytuacji”¹³. Pojawiają się opinie, że system pomocy społecznej wręcz pogłębia bierność i wyobcowanie społeczne, a „system renty socjalnej ma charakter antymotywacyjny, hamujący”¹⁴. Nie bez znaczenie dla tej sytuacji wydaje się to, że proces aktywizacji osób niepełnosprawnych wymaga wyszkolonej w tym zakresie kadry, pracującej w bliskiej i niemal ciągłej relacji z niepełnosprawnym klientem do czasu uzyskania przez niego samodzielności¹⁵. Trener Aktywności, jako nowy instrument wsparcia niepełnosprawnych klientów pomocy społecznej, wychodzi naprzeciw temu problemowi.

W związku z tym odbiorcami testowanego modelu będą nie tylko niepełnosprawni klienci pomocy społecznej, ale także instytucje pomocy i integracji społecznej (a zatem ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, zakłady aktywizacji zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej, centra i kluby integracji społecznej, a także organizacje pozarządowe).

Przyczyny problemu można sprowadzić do 3 zasadniczych punktów: 1) brak instrumentów pomocy społecznej umożliwiających indywidualne i kompleksowe wsparcie niepełnosprawnego klienta, 2) brak możliwości dostosowania wsparcia do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych, 3) przeciążenie pracowników tych instytucji i działalność o określonych godzinach i „zza biurka”.

Skala występowania: problem na charakter systemowy w związku z tym ma zasięg ogólnopolski i nie omija woj. dolnośląskiego.

Konsekwencje problemu: W konsekwencji, instytucje pomocy społecznej udzielają osobom niepełnosprawnym jedynie doraźnego wsparcia (głównie świadczenia finansowe i usługi opiekuńcze), nie nastawionego na ich samodzielność i aktywność społeczną. Osoby te pozostają w domach, w biernej zależności od rodzin i opiekunów. Dzieje się tak również we Wrocławiu, gdzie „aktywizowanie klientów pomocy społecznej pozostaje marginesem działalności MOPS-u i opiera się głównie na źródłach zewnętrznych (projekty). Proces przejścia do modelu aktywnego wprawdzie został rozpoczęty i wykorzystuje możliwości stwarzane przez otoczenie, ale są to źródła konkursowe, co nie gwarantuje ciągłości procesu przejścia.”¹⁶

Istnieje zatem potrzeba wprowadzenia nowych instrumentów wsparcia osób niepełnosprawnych na gruncie pomocy społecznej, aby umożliwić im życiową samodzielność i funkcjonowanie w społeczeństwie. Odpowiedzią na tą potrzebę jest projekt innowacyjny PI Trener Aktywności, w ramach którego wprowadzona do testowania zostanie usługa zindywidualizowanego, dostosowanego do potrzeb i możliwości wsparcia osób niepełnosprawnych.

Tłem do wprowadzenia tego innowacyjnego rozwiązania jest ratyfikacja przez Polskę Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Konwencja ta zobowiązuje Państwa- Strony do zapewnienia osobom niepełnosprawnym równego traktowania i uczestnictwa we wszystkich aspektach życia społecznego. Oznacza to wprowadzanie nowych instrumentów związanych z wspieraniem samodzielności, aktywności społecznej i obywatelskiej.

Problem 3. Brak spójności i kompleksowości działań instytucji działających na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej

¹³ Gąciarz B., Ostrowska A., Pańków W., Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych zamieszkałych w małych miastach i na terenach wiejskich uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń. Raport z badań, IFiS PAN, Warszawa 2008, s. 5 i 7.

¹⁴ Edukacja, aktywizacja zawodowa, komunikacja społeczna, doradztwo, zatrudnienie – fundacyjny system przeciwdziałania marginalizacji osób niepełnosprawnych [w:] Opis najlepszych przedsięwzięć w ramach konkursu „Dobre praktyki”, PFRON, s. 50-51; http://www.pfron.org.pl/portal/pl/70/77/Badania_i_analazy_PFRON.html [dostęp: 10.08.2012r.]

¹⁵ Sprawozdanie z etapu wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności, s. 9; Karty konsultacji z instytucjami pomocy i integracji społecznej.

¹⁶ Kłopot S.W., Błaszczuk M., Pluta J. (red.), Problemy społeczne w przestrzeni Wrocławia..., s.138; Gąciarz B., Ostrowska A., Pańków W., Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych..., s. 30.

Opis problemu i jego przyczyn:

Liczba publicznych i niepublicznych instytucji działających w sferze reintegracji i aktywizacji osób z niepełnosprawnościami na Dolnym Śląsku jest duża (1002 podmioty). Niestety brakuje między nimi ściślejszej współpracy, koordynacji działań i wymiany informacji. Sam problem ma wymiar ogólnopolski i wynika z przesłanek formalno-prawnych oraz organizacyjnych. Badania pokazują, że brakuje kompleksowych rozwiązań narzucających wspólne działania instytucji pomocy i integracji społecznej na szczeblu regionalnym i centralnym w zakresie przeciwdziałania marginalizacji i integracji społecznej osób z niepełnosprawnościami. Za niezadowolający należy uznać poziom i zakres współpracy instytucji publicznych realizujących zadania z zakresu polityki społecznej z sektorem pozarządowym¹⁷.

Wprawdzie MOPS we Wrocławiu nawiązał współpracę z tutejszym PUP oraz CIS (choć ta współpraca jest nadal niewystarczająca w stosunku do potrzeb), ale wynika to z faktu, że placówka ta – ze względu na fakt, że Wrocław jest miastem na prawach powiatu – realizuje jednocześnie zadania własne i zlecone gminy i powiatu. W zdecydowanej większości dolnośląskich powiatów takiej współpracy nie ma w ogóle lub ma charakter incydentalny i nieformalny (także dlatego, że zadania z zakresu pomocy społecznej należą do gmin, a z zakresu aktywizacji zawodowej – do powiatów). Incydentalność współpracy (OPS- PCPR, OPS-PUP, OPS-NGO) potwierdza analiza projektów systemowych aktualnie realizowanych przez dolnośląskie OPS¹⁸

Należy w tym kontekście przywołać wyniki obszernej analizy przygotowanej na zlecenie MPiPS, zgodnie z którą współpraca między OPS, PCPR a PUP na poziomie lokalnym (i tylko na poziomie lokalnym) w skali kraju jest wprawdzie coraz lepsza, ale sprowadza się najczęściej do wymiany informacji na temat klientów i niejednokrotnie ogranicza się „do wystawiania zaświadczeń przedkładanych kolejnej instytucji”¹⁹. Poza tym, w wielu miejscach działania, zadania i obowiązki tych instytucji dublują „stwarza sytuację, w której PUP i ośrodek pomocy społecznej organizują szkolenia, kursy o podobnym lub tym samym zakresie, co z punktu widzenia postulatu zacieśniania współpracy jest nieefektywne”²⁰.

Skala występowania: problem na charakter systemowy w związku z tym ma zasięg ogólnopolski i nie omija woj. dolnośląskiego

Konsekwencje problemu:

Brak koordynacji działań i wymiany informacji zmniejsza skuteczność działań instytucji pomocy i integracji społecznej, a przekazywane na ten cel środki publiczne są wydawane mało efektywnie.

¹⁷ Innowacyjny model współpracy dla instytucji pomocy społecznej i rynku pracy. Raport diagnostyczny, Rzeszów 2011, s. 40-59.

¹⁸ Sprawozdanie z etapu wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności, załącznik nr 1.

¹⁹ Raport końcowy z badania ewaluacyjnego. Analiza aktualnej struktury instytucji rynku pracy i instytucji pomocy społecznej w kontekście zakresu ich wzajemnej współpracy, a także głównych obszarów styku, MPiPS, Warszawa 2009, s. 4 – 6.

²⁰ Tamże, s. 6.

2. CEL WPROWADZENIA INNOWACJI

2.1. CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE

Główny cel projektu to zwiększenie oferty instytucji pomocy i integracji społecznej na Dolnym Śląsku poprzez opracowanie, przetestowanie i upowszechnienie do 31 I 2015 r. modelu aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych będących klientami pomocy społecznej – Trener Aktywności. Cel ten jest zgodny z celem zapisanym we wniosku o dofinansowanie projektu, który brzmi: opracowanie, przetestowanie i upowszechnienie modelu aktywizacji społecznej i zawodowej ON będących klientami PS w celu zwiększenia oferty instytucji integracji społecznej na Dolnym Śląsku. Cel główny oraz cele szczegółowe, po przeprowadzeniu pogłębionej diagnozy i analizy problemu oraz w wyniku prac grupy roboczej, zostały doprecyzowane w stosunku do celów zawartych we wniosku o dofinansowanie. Określone zostały również wskaźniki pomiaru celów oraz źródła ich weryfikacji. W żaden jednak sposób nie zmieniło to istoty celów szczegółowych sformułowanych we wniosku.

Poniższa tabela obrazuje cel ogólny i cele szczegółowe działania po zoperacjonalizowaniu ich na wskaźniki wraz ze źródłem ich weryfikacji:

Cel ogólny i cele szczegółowe działania po zoperacjonalizowaniu ich na wskaźniki wraz ze źródłem ich weryfikacji

CELE PROJEKTU	WSKAŹNIKI POMIARU CELÓW	WARTOŚĆ WSKAŹNIKA	ŹRÓDŁA WSKAŹNIKÓW	WERYFIKACJI
<p>CEL OGÓLNY: zwiększenie oferty instytucji pomocy i integracji społecznej na Dolnym Śląsku poprzez opracowanie, przetestowanie i upowszechnienie do 31 I 2015 r. modelu aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych będących klientami pomocy społecznej – Trener Aktywności .</p>	<p>Liczba partnerstw międzyinstytucjonalnych, które zaimplementują zwalidowany i upowszechniony produkt finalny projektu w postaci modelu Trener Aktywności</p>	<p>5</p>	<p>- umowy/porozumienia partnerskie (pomiar w I 2015)</p>	
<p>CEL SZCZEGÓŁOWY 1: zwiększenie kompetencji 15 pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej w zakresie obsługi osób niepełnosprawnych będących klientami pomocy społecznej poprzez przygotowanie do stosowania innowacyjnego rozwiązania – modelu Trenera Aktywności do 31.01.2015 r.</p>	<p>liczba pracowników MOPS Wrocław przygotowanych do wykonywania funkcji Trenera Aktywności (faza testowania)</p>	<p>5 osób (4 kobiety)</p>	<p>- ankiety ewaluacyjne (pre – i posttest) badające wzrost wiedzy uczestników szkoleń (pomiar: rozpoczęcie i zakończenie szkoleń, I-II 2013) - listy obecności ze szkoleń (pomiar: bezpośrednio po szkoleniach, j.w) - potwierdzenie odbioru certyfikatów (pomiar: po zakończeniu szkoleń, j.w) - potwierdzenie odbioru materiałów szkoleniowych (pomiar: w trakcie szkoleń, j.w)</p>	
	<p>liczba pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej (spoza MOPS</p>	<p>10 osób (7 kobiety)</p>	<p>- ankiety ewaluacyjne (pre – i posttest) badające wzrost wiedzy uczestników szkoleń (pomiar: rozpoczęcie i zakończenie szkoleń, I-II 2013)</p>	

	Wrocław) przygotowanych do wykonywania funkcji Trenera Aktywności (faza testowania)		<ul style="list-style-type: none"> - listy obecności ze szkoleń (pomiar: bezpośrednio po szkoleniach, j.w) - potwierdzenie odbioru certyfikatów (pomiar: po zakończeniu szkoleń, j.w) - potwierdzenie odbioru materiałów szkoleniowych (pomiar: w trakcie szkoleń, j.w)
CEL SZCZEGÓŁOWY 2: przetestowanie skuteczności modelu wsparcia osób z niepełnosprawnościami będących klientami pomocy społecznej - z udziałem jego odbiorców w tym 30 osób niepełnosprawnych (w tym 20 kobiet) i 30 osób z otoczenia do 31.01.2015 r.	liczba osób z niepełnosprawnościami będących klientami pomocy społecznej zaktywizowanych społecznie, w tym zawodowo za pomocą modelu Trenera Aktywności (faza testowania)	30 osób (16 kobiet)	<ul style="list-style-type: none"> - raporty cząstkowe i końcowy trenera aktywności z realizacji indywidualnego planu rozwoju osób z niepełnosprawnościami (pomiar: raz na kwartał i na zakończenie usługi – III 2014) - imienna karta oceny stopnia realizacji celów aktywizacji osób z niepełnosprawnościami (pomiar: na wejście, śródkresowo i na zakończenie współpracy z trenerem aktywności – III 2014)
	liczba osób z otoczenia osób z niepełnosprawnościami będących klientami pomocy społecznej przygotowanych do stosowania modelu Trenera Aktywności (faza testowania)	30 osób (20 kobiet)	<ul style="list-style-type: none"> - listy obecności ze spotkań informacyjnych i szkoleń (pomiar: po zakończeniu spotkań i szkoleń, II 2012) - potwierdzenie odbioru certyfikatów (pomiar: po zakończeniu szkolenia, j.w) - potwierdzenie odbioru materiałów szkoleniowych (pomiar: w trakcie szkolenia, j.w) - karta doradztwa psychologicznego (pomiar: po konsultacji z psychologiem)

			do III 2014) - sprawozdanie trenera aktywności ze współpracy z rodziną (pomiar: kwartalnie oraz na zakończenie współpracy – III 2014)
CEL SZCZEGÓŁOWY 3: zwiększenie zakresu współpracy 10 instytucji pomocy i integracji społecznej (5 partnerstw) z terenu Dolnego Śląska w obszarze aktywizacji osób niepełnosprawnych będących klientami pomocy społecznej poprzez zaangażowanie przedstawicieli tych instytucji do stosowania modelu Trenera Aktywności do 31.01.2015 r.	Liczba osób z niepełnosprawnościami będących klientami pomocy społecznej, które uzyskają zatrudnienie (faza testowania)	6 osoby (4 kobiety)	- umowy z pracodawcami
	liczba przedstawicieli instytucji pomocy i integracji społecznej biorących udział w opracowaniu modelu Trenera Aktywności (faza testowania)	5	- protokół z wyboru członków grupy roboczej (pomiar: po dokonaniu wyboru, I 2014) - umowy z członkami grupy roboczej (pomiar: po podpisaniu umowy, j.w) - listy obecności ze spotkań (pomiar: po każdym spotkaniu, I-V 2014)
	liczba przedstawicieli jednostek pomocy społecznej, które wdrożą model do codziennej praktyki działań na rzecz osób niepełnosprawnych (faza upowszechniania i włączania)	5	- umowa partnerska implementująca model Trenera Aktywności (pomiar: X-XII 2014) - szkice projektów lub dokumentów konkursowych uwzględniających stosowanie modelu Trenera Aktywności (pomiar: X-XII 2014)

liczba innych podmiotów pomocy i integracji społecznej, które nawiążą współpracę z jednostkami pomocy społ. we wdrażaniu modelu Trenera Aktywności (faza upowszechniania i włączania)	5	- umowa partnerska implementująca model Trenera Aktywności (pomiar: X-XII 2014) - zapisy projektów partnerskich uwzględniających stosowanie modelu Trenera Aktywności (pomiar: X-XII 2014)
liczba zawartych partnerstw (faza upowszechniania i włączania)	5	umowy/porozumienia partnerskie (pomiar: X-XII 2014)
liczba spotkań wdrożeniowych z udziałem kadry zarządzającej instytucjami pomocy i integracji społecznej(faza upowszechniania i włączania)	10	protokoły ze spotkań (pomiar: po każdym spotkaniu, IX-XII 2014)

Sukcesem projektu uzasadniającym jego zastosowanie na szerszą skalę będzie zaktywizowanie społeczne i zawodowe osób niepełnosprawnych uczestniczących w testowaniu modelu - uzyskanie wzrostu poziomu samodzielności i zaradności we wszystkich obszarach współpracy z trenerem aktywności (średni wzrost na poziomie 60%). Taki efekt zweryfikowany w oparciu o opracowane w ramach modelu narzędzia a także potwierdzony ewaluacją zewnętrzną stanowić będzie przyczynek do upowszechniania modelu. Bezpośrednim efektem realizacji celu głównego będzie wdrożenie i praktyczne funkcjonowanie w MOPS Wrocław i 10 kolejnych instytucjach pomocy i integracji społecznej na obszarze województwa dolnośląskiego nowego skutecznego narzędzia pracy z osobami niepełnosprawnymi - Trenera Aktywności. Przetestowany produkt finalny będzie w sposób optymalny dostosowany zarówno do rzeczywistych potrzeb OPS-ów w tym zakresie, jak i potrzeb i możliwości ich niepełnosprawnych klientów. Uzasadnieniem dla stosowania modelu Trenera Aktywności na szerszą skalę będzie implementacja tego rozwiązania przez instytucje pomocy i integracji społecznej (powstanie 5 partnerstw, które zastosują zwalidowany i upowszechniony model w swojej obecnej praktyce). Elementy produktu zostaną przygotowane tak, aby w przyszłości mogły być bezpośrednio implementowane przez wszystkie zainteresowane instytucje działające na rzecz społecznej (w tym zawodowej) integracji i aktywizacji swoich niepełnosprawnych klientów, bez względu na stopień i rodzaj dysfunkcji a także niezależnie od umiejscowienia danej instytucji (zarówno gmin wiejskich, miejskich jak i miastach na prawach powiatu). Opracowany model tworzy standardy w zakresie zindywidualizowanych usług usamodzielniających i aktywizacyjnych dla tej kategorii klientów, możliwe do implementowania nie tylko na Dolnym Śląsku, ale także na terenie całego kraju i docelowo może być wprowadzony jako rozwiązanie systemowe.

Przeszkolenie 15 osób do pełnienia roli trenera aktywności podniesie jakość i skuteczność usług w zakresie aktywizacji społecznej instytucji publicznych i niepublicznych, z którymi specjaliści ci będą związani. Osoby przeszkolone w trakcie trwania projektu nie tylko podniosą swoje kwalifikacje – 5 z nich zostanie zatrudnionych w charakterze trenerów aktywności w fazie testowania modelu, ale staną się jednocześnie multiplikatorami wspierającymi działania Fundacji Eudajmonia i związanych z nią ekspertów w zakresie upowszechniania i promowania idei i modelu Trenera Aktywności również poza działaniami projektowymi.

Dostępną obecnie formą prawną-finansową pozwalającą na umocowanie stanowiska Trenera Aktywności jest zlecenie tego zadania przez organy administracji publicznej (w tym samorządy każdego szczebla) zgodnie z art. 5 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dn. 24.04.2003 r. z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2003 Nr 96 poz. 873). W obecnych realiach prawnych i finansowych realizacja modelu będzie możliwa jedynie w formie partnerstwa między sektorem publicznym i pozarządowym, co wymaga współpracy między publicznymi instytucjami pomocy i integracji społecznej a organizacjami pozarządowymi działającymi w tym zakresie. Stąd jeden z celów szczegółowych służy wykreowaniu i wsparciu takiego sposobu działania przez 5 partnerstw. Elementem trwałości projektu będzie natomiast formalne wpisanie modelu Trenera Aktywności w procedury konkursowe (na szczeblu lokalnym oraz regionalnym) w zakresie powierzenia/wsparcia zadań publicznych organizacjom pozarządowym. Powyższe rozwiązanie może zostać zastosowane na szczeblu wojewódzkim, powiatowym [ziemskim i grodzkim], a także gminnym (dotyczy to gmin miejskich, wiejskich i miejsko-wiejskich). Źródłem finansowania na szczeblu wojewódzkim i powiatowym (w tym także w miastach na prawach powiatu) mogą być środki PFRON zgodnie z art. 48 ust. 1 pkt 1, w związku z art. 35 ust. 1 pkt 8 oraz art. 35a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.). W przypadku gmin wiejskich, miejskich i miejsko-wiejskich finansowanie stanowiska Trenera Aktywności może mieć miejsce w ramach zadań zleconych z zakresu pomocy społecznej zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. (tj. Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362). Zadania z zakresu pomocy społecznej stanowią zadanie własne gminy zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. z 2001 r. Nr 142

poz. 1591). Przewidziane w dalszej perspektywie działania rzecznicze zmierzać będą do wprowadzenia rozwiązania, jakim jest Trener Aktywności jako rozwiązania systemowego. Przetestowanie produktu i wypracowanie rekomendacji zmian legislacyjnych są następującymi po sobie procesami zmierzającymi do osiągnięcia stanu docelowego.

Realizacja celu szczegółowego 2 – rozwinięcie kompetencji społecznych i trwałe zaktywizowanie osób niepełnosprawnych testujących produkt, potwierdzi zasadność proponowanego w celu głównym narzędzia, które w dalszej perspektywie może odpowiadać na potrzebny profesjonalnego, kompleksowego i skutecznego wspierania i usamodzielniania w tym procesie grupy ponad 30 tys. osób niepełnosprawnych, którzy w chwili obecnej korzystają ze świadczeń dolnośląskich OPS-ów.

Miary i wskaźniki sukcesów poszczególnych etapów całego procesu wdrożenia modelu omówione zostały w kolejnych częściach strategii.

Zmiany w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie

W celu głównym uszczegółowiono grupy docelowe o instytucje pomocy społecznej. Zmieniono kolejność celu szczegółowego 1 i 2 zgodnie z etapowością działań niezbędnych do osiągnięcia celu głównego oraz doprecyzowano ich zapis, by treść była adekwatna do przyjętych wskaźników. Przeformułowano także zapis wskaźników celu 1 i 2, by umożliwiły zmierzenie sukcesu ich realizacji. Doprecyzowano zapis celu szczegółowego 3 i rozszerzono liczbę wskaźników jego pomiaru (dodano wskaźnik 1, 4, 5). Uzupełniono także wykaz źródeł weryfikacji wskaźników. Wskazane zmiany są wynikiem pracy zespołu projektu nad poprawą przejrzystości zapisów wniosku.

3. OPIS INNOWACJI, W TYM PRODUKTU FINALNEGO

3.1. NA CZYM POLEGA INNOWACYJNE PODEJŚCIE

Wypracowany produkt wpisuje się we wszystkie określone wytycznymi wymiary innowacyjności w ramach projektu PO KL: grupy, problemy i formy wsparcia.

Innowacyjność w wymiarze grupy

Innowacyjność na poziomie grupy polega na objęciu działaniami projektowymi niepełnosprawnych klientów publicznych instytucji pomocy społecznej bez względu na rodzaj i stopień niepełnosprawności, ale z uwzględnieniem dodatkowych czynników będących splotem niepełnosprawności i innych barier (niski status materialny, wiek, wykształcenie lub inna sytuacja osobista, również brak poczucia własnej wartości, czy problemy z komunikowaniem się z otoczeniem). Grupa ta jest marginalizowana w realizowanych dotąd programach aktywizacyjnych instytucji pomocy i integracji społecznej (a w konsekwencji także rynku pracy). Usługami tzw. Punktów Aktywizacji Społeczno – Zawodowej MOPS we Wrocławiu objęte są najczęściej osoby bezrobotne z dysfunkcjami o lekkim nasileniu. Z przeprowadzonych analiz własnych zakresu wsparcia oferowanego przez dolnośląskie instytucje pomocy i integracji społecznej wynika, że koncentrują się na formach aktywnych doraźnych, krótkoterminowych, których zasadniczą wadą jest brak ciągłości i kompleksowości oferty i jej zindywidualizowania. Dominuje też tendencja do korzystania w procesie aktywizacji społecznej z metod stricte związanych z rynkiem pracy (doradztwo zawodowe, autoprezentacja, szkolenia zawodowe), których zastosowanie do grupy osób niepełnosprawnych w szczególnie trudnej sytuacji życiowej nie przynosi oczekiwanych efektów. Jest to także cechą działania organizacji pozarządowych, które dodatkowo koncentrują się często na wsparciu osób z konkretnym rodzajem dysfunkcji. Przeprowadzone badania potwierdziły, że niepełnosprawni klienci pomocy społecznej nie potrafią poruszać się wśród dostępnych na rynku usług wspierających, nie są też w stanie wejść od razu na ścieżkę aktywizacji zawodowej i potrzebują indywidualnego wsparcia w usamodzielnianiu się i aktywizacji społecznej.

Dodatkową innowacją jest uwzględnienie równoległego wsparcia dla otoczenia, które dzięki temu może wspomagać proces usamodzielniania się.

Innowacyjność w wymiarze problemu

Problem aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest zagadnieniem znanym i przedmiotem wielu działań. Innowacyjne jest jednak wyraźne rozgraniczenie tych etapów aktywizacji i skoncentrowanie się na aktywizacji społecznej, która dopiero w konsekwencji może doprowadzić do aktywizacji zawodowej i zatrudnienia.

Dotąd aktywizacja społeczna osób z niepełnosprawnościami była zawężana i definiowana raczej w kontekście przygotowania do pełnienia ról zawodowych (np. w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych²¹). Zasadniczym celem i miernikiem tak rozumianej aktywizacji było podjęcie pracy. Doświadczenia pokazały jednak na ogół niską skuteczność i brak trwałości procesów aktywizacyjnych w sferze zawodowej w przypadku naszej grupy docelowej, jaką są niepełnosprawni klienci instytucji pomocy społecznej. Jedną z najważniejszych przeszkód okazał się brak lub ograniczone kompetencje podstawowe niezbędne w procesie funkcjonowania społecznego (gotowość do zmian i podejmowania ról społecznych oraz do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym swojego środowiska). Dlatego w naszych działaniach przez

²¹

Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776 z póź. zm.

aktywizację społeczną rozumiemy wszystkie te działania, których celem jest przygotowanie osób z niepełnosprawnościami do czynnego, w miarę możliwości, udziału w życiu społecznym (w różnych jego aspektach) przez pokonywanie wszelkich istniejących barier w tym zakresie. Oznacza to w pierwszej kolejności akceptację siebie i swojej dysfunkcji, rozwijanie umiejętności o charakterze interpersonalnym, uznawanie zasad i norm współżycia i współdziałania z ludźmi²². Wymiernym tego wskaźnikiem jest nawiązywanie nowych relacji na różnych płaszczyznach społecznego funkcjonowania, w konsekwencji także wejścia na ścieżkę aktywizacji zawodowej. Tak wyraźne rozróżnienie tych dwóch procesów jest innowacyjnym elementem projektu. Innowacyjna jest także propozycja oceny sukcesu procesu usamodzielniania w oparciu o wskaźniki jakościowe, co będzie możliwe dzięki opracowanym w ramach modelu narzędziom pomiaru zmiany.

Innowacja w wymiarze wsparcia – innowacja wiodąca

Wsparcie oferowane przez instytucje pomocy i integracji społecznej jest mało elastyczne i realizowane według określonego schematu. Dotyczy to także wsparcia oferowanego przez pracowników socjalnych. Z racji na zinstytucjonalizowany charakter (konieczność łączenia pracy biurowej z pracą w terenie, mało elastyczne godziny pracy), oraz konieczność uwzględniania w wypełnianej roli interesów osób indywidualnych, rodzin, grup oraz całych środowisk wsparcie to nie jest zindywidualizowane w stopniu gwarantującym sukces procesu aktywizacji osób niepełnosprawnych.

Proponowane rozwiązanie jest innowacyjne w wymiarze wsparcia, ponieważ zakłada bardzo zindywidualizowane i procesowe podejście do osoby niepełnosprawnej, która sama (we współpracy z trenerem pełniącym funkcję tutora) ustala cele działań, zakres aktywności i tempo wprowadzania zmian. Wsparcie nie jest zatem realizowane według określonego z góry scenariusza, jest wynikiem podążania za potrzebami i możliwościami osoby niepełnosprawnej będącej głównym aktorem tego procesu. Aktywizacja polega więc na umiejętnym rozbudzeniu potrzeb, motywacji i aspiracji życiowych jednostki w taki sposób, aby jej działania ukierunkować w stronę powrotu do społecznie akceptowanych ról.

Drugim aspektem innowacyjności wsparcia jest „wyjście z biurka”- trener aktywności pracuje na wyznaczonych zadaniach, a nie w określonych godzinach i miejscu. Jego spotkania z osobą niepełnosprawną są wynikiem wzajemnych ustaleń – może to być mieszkanie tej osoby, może to być ośrodek pomocy społecznej, ale także każde inne miejsce. Tak zdefiniowane wsparcie daje osobie niepełnosprawnej poczucie kontroli nad procesem, w którym bierze udział i uczy odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Musi być jednak realizowane przez osobę odpowiednio przygotowaną do pełnienia tej funkcji. Podstawowym problemem polskiego systemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, jest brak właśnie takich wyspecjalizowanych pracowników. W ramach stosowanych praktyk wspierających aktywność osób niepełnosprawnych występuje asystent osoby niepełnosprawnej, nie jest on jednak dookreślony ustawowo, a po drugie – zakres wypełnianej przez niego roli ogranicza się zazwyczaj do funkcji opiekuńczych²³. System pomocy społecznej, korzystający z usług asystenckich będzie skuteczniejszy po dokonaniu specjalizacji i rozdziału obowiązków w ramach asystentury, tak jak ma to miejsce w krajach Europy zachodniej.²⁴ Przyniesie to wymierne skutki w postaci zindywidualizowanego podejścia i możliwości dostosowania pomocy do potrzeb konkretnych osób niepełnosprawnych. Wyspecjalizowanie asystentów do pomocy na szczeblu podstawowej opieki nad osobą niepełnosprawną (medyczna, opiekuńcza, rehabilitacyjna), pomocy w

²² Majewski T., Miżejewski C., Sobczak W., Gmina a niepełnosprawność. Podręcznik dla samorządów gminnych z zakresu aktywizacji zawodowej i rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, zeszyt 43, Warszawa 2007, s. 31-32.

²³ Sprawozdanie z wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności, s. 14.

²⁴ Trener Aktywności a Asystent ON – w ramach europejskiego modelu socjalnego, Załącznik nr 3 [w:] Sprawozdanie wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności, s. 8-9.

zakresie potrzeb życia codziennego (prowadzenie domu), czy w końcu - pracy nad rehabilitacją społeczną z wykorzystaniem modelu trenera aktywności, pozwoli lepiej dopasować pomoc do potrzeb.

Trzecim aspektem innowacyjności wsparcia jest łączenie i wykorzystywanie kluczowych obecnie funkcjonujących instrumentów, takich jak: doradca zawodowy, pośrednik pracy, trener pracy, asystent osoby z niepełnosprawnościami, pracownik socjalny. Każdy z tych instrumentów jest ograniczony zakresem wykonywanych zadań i czynności do określonego obszaru interwencji świadczonych zazwyczaj w formie incydentalnej. W tak zorganizowanym systemie brakuje ogniwa łączącego te instrumenty i optymalizującego jego efekty. Odpowiedzią na ten stan rzeczy jest trener aktywności – asystent specjalista, umiejętnie prowadzący i współuczestniczący z osobą w procesie aktywizacji przy wykorzystaniu wsparcia oferowanego przez asystenturę funkcjonalną (kompensującą dysfunkcje, która jest formą najczęściej stosowaną w polskiej praktyce), zatrudnienie wspomagane (trenera pracy), pracę socjalną, doradztwo zawodowe i pośrednictwo pracy. Zadaniem podstawowym trenera aktywności jest aktywizacja społeczna osoby z niepełnosprawnością, objawiająca się między innymi umiejętnym i efektywnym wykorzystywaniem dostępnej na rynku oferty wsparcia, która w konsekwencji ma prowadzić do samodzielności i aktywizacji zawodowej. Jego klientami są osoby, które są wykluczone lub narażone na wykluczenie z życia społecznego poprzez kumulację barier, których pokonywanie możliwe jest przy zaangażowaniu ww. specjalistów, jednak zaangażowanie to powinno wynikać z zaplanowanego, monitorowanego i ewaluowanego procesu aktywizacji, w którym przewodnikiem dla osoby niepełnosprawnej będzie trener aktywności. Jego działanie uwarunkowane będzie podmiotowym traktowaniem osoby z niepełnosprawnością i indywidualnym podejściem do procesu aktywizacji, uwzględniającym jej możliwości i ograniczenia. Bez trenera aktywności - tego kluczowego ogniwa spinającego dostępną ofertę - osoba z niepełnosprawnością będąca w szczególnie trudnej sytuacji (kumulacja barier, długotrwała i głęboka bierność) nie spotka się z doradcą zawodowym czy pośrednikiem pracy, gdyż nie jest przygotowana do realizacji procesu aktywizacji. Wsparcie trenera aktywności ma umożliwić tym osobom przygotowanie się do tego procesu, ale także świadomą i skuteczną jego realizację zakończoną osiągnięciem samodzielności życiowej. Wdrożenie modelu Trenera Aktywności pozwala na włączenie w system osób, którego bez takiego wsparcia nigdy nie podjęłyby aktywności. Trener aktywności w sposób procesowy (w określonym wspólnie z osobą niepełnosprawną zakresie czasu) a nie incydentalny (w trakcie incydentalnej, pojedynczej czy kilku konsultacji) wzbudza i utrzymuje motywację do działania, przygotowuje ON do zmiany postawy z biernej na aktywną, pozwala jej na odkrycie swojego potencjału i efektywne jego wykorzystywanie w procesie poprawy jakości życia i osiągnięcia samodzielności. Poprzez znajomość oferty instytucji pomocowych, swoje doświadczenie i kompetencje potrafi skutecznie przewodniczyć w procesie doboru form aktywizacji (doradcy zawodowego, pośrednika pracy, itd.), ale i w procesie ewaluacji tego procesu, gdyż efektem jego współpracy z osobą niepełnosprawną ma być osiągnięcie samodzielności, która możliwa jest do weryfikacji poprzez opracowane w ramach modelu narzędzia pomiaru stopnia osiągnięcia założonych celów aktywizacyjnych. Głównym zadaniem trenera aktywności jest współuczestniczenie z osobą niepełnosprawną w procesie aktywizacji poprzez motywowanie do aktywności, rozbudzanie potrzeby zmiany i poprawy jakości życia, a w konsekwencji do osiągnięcia samodzielności i aktywności ON na rynku pracy.

Opracowywany model trenera aktywności jest zatem gotowym produktem, wspierającym proces specjalizacji i standaryzacji w ramach asystentury dla osób niepełnosprawnych ukierunkowanej na obszary aktywizacji społecznej i zawodowej.

3.2. OPIS GRUP DOCELOWYCH

Podstawową grupą, do której chcemy dotrzeć z produktem w postaci modelu Trenera Aktywności są niepełnosprawni klienci instytucji pomocy i integracji społecznej, którzy ze względu na pasywną postawę i bezradność życiową nie korzystali dotąd z aktywnych form wsparcia udzielanych przez te

instytucje (ich kontakt z OPS ograniczał się w zasadzie do pobierania świadczeń finansowych lub rzeczowych) oraz do tych, którzy mają chęć zmiany swojego dotychczasowego położenia, ale nie potrafią sami sobie z tym zadaniem poradzić. Dotyczy to zwłaszcza osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu dysfunkcji, ale również osób z lekką niepełnosprawnością, u których wystąpiły wskazane wcześniej symptomy społecznej marginalizacji lub wykluczenia (294 tys. niepełnosprawnych mieszkańców Dolnego Śląska nieaktywnych zawodowo, 27,8 tys. rodzin korzystających z pomocy społecznej, w których przynajmniej 1 osoba jest niepełnosprawna). Dodatkowo w etapie testowania wsparciem zostanie objęte otoczenie osób niepełnosprawnych. Badania przeprowadzone na potrzeby realizacji projektu wskazały, że aktywizacja osoby możliwa jest tylko przy wsparciu otoczenia osoby niepełnosprawnej. Otoczenie rozumiane jako:

- osoby bliskie: mężowie, żony, partnerki, partnerzy, przyjaciele,
- osoby spokrewnione: rodzina,
- osoby, które realnie towarzyszą osobie niepełnosprawnej w jej codziennym życiu, wspierają ją w trudnościach, które jej towarzyszą a z którymi na co dzień musi się zmagać: osobiści asystenci, tłumacze języka migowego, przewodnicy, sąsiedzi.

Warunkiem udziału w testowaniu osoby z otoczenia jest wskazanie jej przez osobę niepełnosprawną.

Produkt finalny w postaci modelu Trenera Aktywności będzie służył również użytkownikom, tj. zdefiniowanym wcześniej publicznym i niepublicznym podmiotom działającym na rzecz pomocy, integracji i aktywizacji społecznej osób, które ze względu na szczególną sytuację życiową pozostają na marginesie życia społecznego (1002 instytucje na terenie województwa dolnośląskiego).

Grupami docelowymi w wymiarze testowania będą MOPS we Wrocławiu oraz niepełnosprawni klienci tej instytucji (30 osób). Grupy docelowe w wymiarze upowszechniania i wdrażania (minimum 10 instytucji i około 200 odbiorców: osób niepełnosprawnych i ich otoczenia) zostały szczegółowo scharakteryzowane w dalszej części strategii.

Szacunkowa liczba reprezentantów grup docelowych po wejściu modelu do systemu:

- odbiorcy: osoby niepełnosprawne korzystające ze wsparcia systemu pomocy społecznej – 397 tys. rodzin, w których przynajmniej jedna osoba jest niepełnosprawna,
- instytucje pomocy i integracji społecznej: 11,19 tys. instytucji.

3.3. EFEKTY I NIEZBĘDNE WARUNKI WDROŻENIA

Efektami wdrożenia innowacji będą:

- objęcie realnym wsparciem osób z niepełnosprawnościami pozostających dotąd na marginesie aktywnych działań instytucji pomocy społecznej;
- zwiększenie poziomu aktywności społecznej niepełnosprawnych klientów OPS;
- szansa na trwałe uniezależnienie się osób niepełnosprawnych i ich rodzin od świadczeń socjalnych;
- dostarczenie lokalnym (publicznym i niepublicznym) instytucjom pomocy i integracji społecznej narzędzi do skutecznej i trwałej aktywizacji społecznej osób z niepełnosprawnościami;
- lepsza jakość i kompleksowość usług świadczonych przez instytucje pomocy społecznej;
- zwiększenie skuteczności działań OPS/PCPR;
- wzmocnienie potencjału kadrowego OPS/PCPR i organizacji pozarządowych;
- wzmocnienie relacji między jednostkami samorządowymi a organizacjami pozarządowymi;
- zmniejszenie obciążenia świadczeniami finansowymi zasiłkami lokalnych samorządów i instytucji pomocy społecznej;

- wzmocnienie świadomości społeczności lokalnych na temat potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami;
- wypracowanie rekomendacji do wprowadzenia zmian systemowych i legislacyjnych w zakresie instrumentów aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych.

Warunkiem koniecznym dla realizacji działania jest istnienie kadry posiadającej wiedzę o modelu i narzędzia jego wprowadzania (przeszkoleni trenerzy aktywności). Warunek ten może być spełniony tylko przy współpracy z instytucjami pomocy i integracji społecznej. Konieczne jest przeszkolenie i zbudowanie kadry, dostarczenie wiedzy o stosowanych w modelu narzędziach – zapewni to przeprowadzenie szkolenia dla trenerów aktywności.

Kolejnym warunkiem jest zgoda osób niepełnosprawnych na uczestniczenie w procesie aktywizacyjnym, w którym to sami wyznaczają ścieżkę jego przebiegu, a nie biernie uczestniczą w zaproponowanych działaniach. W tym celu na początku współpracy z trenerem aktywności wypracowywany będzie kontrakt i indywidualny plan rozwoju, co będzie tworzyło podstawę do takiego trybu pracy. Kolejnym powiązaniem z tym czynnikiem jest współpracujące otoczenie. Jego zaangażowanie zostanie osiągnięte dzięki warsztatom wyjazdowym (szczegółowy opis w dalszej części strategii).

Kolejnym warunkiem, który musi być spełniony, żeby innowacja zadziałała jest zmiana podejścia do pomocy przez pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej. Model zakłada równość pomiędzy osobą niepełnosprawną a trenerem, bariery niwelowane są nie dzięki trenerowi, ale za jego pośrednictwem. Innowacja ma szansę zadziałać, jeśli aktorzy zaangażowani w jej wdrażanie zaakceptują takie rozumienie pomocy.

Wreszcie, konieczna jest gotowość do stosowania innowacji w obecnych warunkach systemowych i legislacyjnych – środki finansowe na wprowadzenie innowacji trenera aktywności mogą być pozyskiwane ze środków budżetowych w ramach konkursów stosowanych jako narzędzie realizacji działań samorządów w zakresie realizacji polityki społecznej (w tym zadań z zakresu aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych). Jest to najprostszy sposób na wdrażanie modelu Trener Aktywności po zakończeniu realizacji projektu, który wskazywany był najczęściej przez odbiorców i użytkowników na etapie konsultacji, badań, pracy grupy roboczej. Jego zaletą jest także możliwość dostosowania modelu do lokalnych warunków i potrzeb. Możliwe i wskazane jest także korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz ze środków Unii Europejskiej zarówno w projektach konkursowych jak i systemowych. Kluczowym warunkiem rozwoju i trwałości modelu jest gotowość do jego stosowania w oparciu o współpracę publicznych i niepublicznych podmiotów pomocy i integracji społecznej. W tym celu na etapie upowszechniania i włączania modelu do praktyki zostanie zawiązane 5 partnerstw międzyinstytucjonalnych, które zaimplementują produkt na poziomie lokalnym. Poprzedzone będzie to realizacją działań informacyjno-konsultacyjnych w powiatach (26 spotkań) z udziałem decydentów i przedstawicieli lokalnych instytucji pomocy i integracji społecznej, a także realizacją spotkań wdrożeniowych w 10 powiatach/gminach najbardziej aktywnych w procesie konsultowania modelu (spotkania te umożliwią przygotowanie uczestników do stosowania narzędzia jakim jest model Trener Aktywności, ale także do zapewnienia warunków jego realizacji i rozwoju po zakończeniu realizacji projektu za pośrednictwem lokalnym międzyinstytucjonalnych działań partnerskich).

3.4. EFEKTYWNOŚĆ ROZWIĄZANIA

Zakładany zakres usługi aktywizacyjnej opartej na modelu Trener Aktywności realizowanej przez okres 12 miesięcy przy współpracy 5 trenerów z 30 osobami niepełnosprawnymi wynosi 665 tys. zł (śr. 22 tys./na osobę niepełnosprawną). W koszty te wliczone jest wdrożenie innowacji obejmujące 2 miesiące przeznaczone na zorganizowanie usługi i przeszkolenie trenerów pracy, osób

niepełnosprawnych i ich otoczenia (koszt: 98 tys. zł).

Warto wskazać, że ponoszone przez MOPS we Wrocławiu koszty zasiłków dla osób niepełnosprawnych w roku 2011 to ponad 8 mln (są to dane przybliżone wynikające ze Sprawozdania z działalności MOPS za 2011r. - na zasiłki stałe, celowe i okresowe MOPS wydał 17,74 mln – oraz z danych cytowanych w uzasadnieniu – niepełnosprawni klienci MOPS stanowią 47% wszystkich objętych wsparciem tej instytucji), a koszty poniesione na świadczenia umożliwiają jedynie egzystencję takiej osoby i nie dają szansy na trwałą poprawę tej sytuacji. Możliwości konsumenckie takiej osoby są bardzo ograniczone i nie przyczyniają się do wzrostu jej aktywności w sferze życia społecznego i gospodarczego, co generuje dodatkowe straty dla regionu i państwa.

Wskazuje to, iż stosowanie modelu Trener Aktywności w procesie aktywizacji tej grupy, pomimo niezbędnych do poniesienia kosztów, jest efektywne ekonomicznie. Istotny jest także fakt, że model zawiera w sobie elementy wsparcia osoby niepełnosprawnej dostępne na rynku, świadczone przez publiczne i niepubliczne instytucje pomocy i integracji społecznej w ramach swych zadań statutowych (dopłaty do sprzętu rehabilitacyjnego, doradztwo zawodowe, wsparcie psychologiczne, itp.). Ich pojawienie się w modelu miało na celu zapewnienie optymalnych warunków do testowania innowacji. Jedynym niezbywalnym elementem usługi, koniecznym do zachowania jej funkcjonalności jest sam trener aktywności. W tej wersji koszty stosowania innowacji ograniczą się do kosztów przeszkolenia i zatrudnienia trenerów. Takie rozwiązanie stwarza szeroką perspektywę wdrażania modelu przez samorządy, instytucje, organizacje nawet w przypadku braku możliwości pozyskania dodatkowych środków finansowych na realizację działań w zakresie pomocy społecznej. Wartością dodaną projektu będzie zawiązanie współpracy jednostek PS, instytucji rynku pracy, NGO mogące zaowocować innymi rozwiązaniami na rzecz ON. Ponadto zastosowanie innowacyjnego rozwiązania, którego nie można byłoby przetestować bez udziału środków europejskich.

3.5. OPIS PRODUKTU FINALNEGO

Istotą produktu innowacyjnego jest model aktywizacji społecznej niepełnosprawnych klientów pomocy społecznej, u których występuje kumulacja niepełnosprawności i innych barier – Trener Aktywności.

Produkt składa się z następujących elementów:

1) Przewodnik po modelu (250 egzemplarzy) stanowiący kompendium wiedzy o modelu, (uzasadnienie do stosowania, elementy modelu, cele i zasadność poszczególnych formy wsparcia, oraz wewnętrzny i zewnętrzny schemat usługi). Przewodnik zawiera też opis kompetencji i zasad rekrutacji specjalistów realizujących usługę wraz z załączonymi wzorami narzędzi ich pracy:

- Diagnoza potrzeb osoby niepełnosprawnej wraz z instrukcją do stosowania
- Karta celów osoby niepełnosprawnej
- Karta oceny stopnia realizacji celów
- Kontrakt trenera aktywności i osoby niepełnosprawnej wraz instrukcją do zawierania

Ponadto do przewodnika załączone są programy szkoleniowe przygotowujące realizatorów i uczestników usługi do jej realizacji:

- ✓ Program szkoleń dla kandydatów na trenerów aktywności
- ✓ Program szkoleń dla osób niepełnosprawnych
- ✓ Program szkoleń dla otoczenia osób niepełnosprawnych

Tak opracowany podręcznik pozwala na implementację modelu lub jego części w dowolnej instytucji, organizacji świadczącej usługi z zakresu pomocy i integracji społecznej.

- 2) Broszura informacyjna (1tys. egz.) wskazująca potrzebę prowadzenia zindywidualizowanego wsparcia osób z niepełnosprawnościami będących w szczególnie trudnej sytuacji życiowej oraz możliwościach, jakie daje trener aktywności w procesie przywracania ich do głównego nurtu życia społecznego. Publikacja adresowana do szeroko rozumianego otoczenia (lekarze orzecznicy, pracodawcy, jednostki pomocy i integracji społecznej, publiczne i niepubliczne służby zatrudnienia, organizacje pozarządowe), będzie wykorzystana na rzecz upowszechniania usługi, jako narzędzie oddziaływania na stereotypowe postrzeganie osób z niepełnosprawnościami i jako materiał promujący podmiotowe i zindywidualizowane podejście do procesu rehabilitacji społecznej tej grupy.

Wstępna wersja produktu została wypracowana w oparciu o badania, prace grupy roboczej i konsultacje z pracownikami i kadrą kierowniczą MOPS we Wrocławiu, przez co udało się uwzględnić potrzeby samej instytucji wynikające z wieloletniej praktyki w działaniach na rzecz niepełnosprawnych klientów pomocy społecznej oraz realne potrzeby jej niepełnosprawnych klientów. Innowacyjność wypracowanego produktu, jakim jest model Trenera Aktywności polega przede wszystkim na **stworzeniu standardu usługi skoncentrowanej na aktywizacji społecznej**, w której aktywność w sferze zawodowej pozostaje jednym z, ale nie niezbędnym elementem. W dotychczasowych działaniach, zwłaszcza w modelu zatrudnienia wspomaganego z udziałem trenera pracy, nacisk jest położony na nabywanie i rozwijanie umiejętności niezbędnych dla skutecznego poruszania się na rynku pracy, znalezienie i utrzymanie zatrudnienia. Warunkiem skutecznej aktywizacji zawodowej – o czym mówią organizacje realizujące model zatrudnienia wspomaganego – jest akceptacja zasad i nabycie podstawowych umiejętności z zakresu współżycia społecznego.

Trener aktywności jest narzędziem przygotowanym z myślą o tych niepełnosprawnych klientach OPS, którzy **nie są gotowi do aktywizacji zawodowej**, ze względu na występujące u nich duże deficyty w zakresie miękkich kompetencji interpersonalnych oraz problemy natury intrapersonalnej. Zadaniem trenera aktywności jest pokonywanie tych deficytów, motywowanie do działania, doradzenie i wspieranie w procesie społecznego usamodzielniania się osoby z niepełnosprawnościami przy coraz bardziej aktywnym jej udziale. W ten sposób trener aktywności wspólnie z klientem buduje „gotowość do zatrudnienia” i w dalszej kolejności, do rozwijania kompetencji zawodowych już przy współpracy z trenerem pracy. Trener aktywności pomaga w **odkrywaniu i rozwoju potencjału osoby z niepełnosprawnościami w zakresie tzw. kompetencji miękkich**, możliwych do wykorzystania we wszystkich przestrzeniach społecznego funkcjonowania oraz w czynnościach dnia codziennego wymagających kontaktu z innymi ludźmi i instytucjami. Należy pamiętać, że osoby niepełnosprawne nie zawsze mogą podjąć zatrudnienie, ale ten fakt nie może być przeszkodą w procesie ich integracji i aktywności w środowisku lokalnym.²⁵ Dlatego podjęcie pracy zawodowej może być jednym z, ale nie jedynym wskaźnikiem reintegracji i aktywizacji niepełnosprawnego klienta OPS.

Zadań przypisanych trenerowi aktywności nie może zrealizować obecny na rynku pomocy społecznej – asystent osoby niepełnosprawnej. Wprawdzie w klasyfikacji zawodów asystentura została zdefiniowana bardzo szeroko (jednym z zadań ma być „wspieranie osób niepełnosprawnych w realizacji programu rehabilitacji społecznej i zawodowej”), w praktyce asystent to „proteza”, która „umożliwia wykonywanie tych czynności, które z racji niepełnosprawności są dla danej osoby trudne bądź niemożliwe do wykonania”. Asystent spełnia wyłącznie wolę i polecenia osoby z ograniczoną sprawnością, podczas kiedy trener aktywności jest raczej przewodnikiem i mentorem w procesie socjalizacji i nawiązywania nowych relacji społecznych. Jego rola wynika z charakteru grupy docelowej, do jakiej ma dotrzeć (osoby pasywne, bezradne, często mało zorientowane w otoczeniu

²⁵ Kaczmarek B.M. (2011), Zbiory raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce, Warszawa, passim.

społecznym).

Należy jednak podkreślić, że wypracowany model ma uzupełnić istniejącą na rynku ofertę usług w zakresie aktywizacji społecznej, w tym zawodowej (asystent rodzinny, asystent osoby niepełnosprawnej, pracownik socjalny, doradca zawodowy, psycholog czy trener pracy), a sam trener aktywności ma obowiązek wykorzystania wszystkich dostępnych narzędzi, po to aby w efekcie stworzyć kompleksowy i zestandaryzowany pakiet usług dla niepełnosprawnych klientów korzystających ze wsparcia OPS (bez względu na stopień i rodzaj posiadanej dysfunkcji).

4. PLAN DZIAŁAŃ W PROCESIE TESTOWANIA PRODUKTU FINALNEGO

4.1. CEL TESTOWANIA

Celem testowania jest zweryfikowanie, czy wstępna wersja produktu, jakim jest model aktywizacji społecznej Trener Aktywności jest 1) dobrze przygotowany i pomocny jego realizatorom oraz 2) czy sam model aktywizacji jest skuteczny, efektywny i adekwatny do potrzeb osób z niepełnosprawnościami będącymi klientami instytucji pomocy społecznej. Testowanie pozwoli na zebranie informacji zwrotnych zarówno od użytkowników i odbiorców w celu pełnego, trafnego zdefiniowania kształtu modelu. Przedmiotem testowania będzie schemat funkcjonowania modelu przy współpracy różnych instytucji pomocy i integracji społecznej na rzecz opracowania i wdrożenia nowego instrumentu aktywizacji.

4.2. GRUPA DOCELOWA W WYMIARZE TESTOWANIA

Odbiorcami testowania będzie 30 osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne) i będących klientami Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu. W tej grupie będą znajdować się osoby o różnym rodzaju i stopniu niepełnosprawności, jednak ze szczególnym uwzględnieniem osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem. Przyjęcie takiego rozwiązania wynika z faktu, że wobec tej grupy MOPS nie realizuje aktywnych form wsparcia mającego na celu usamodzielnienie co zostało szerzej omówione w Uzasadnieniu lub podejmowane metody są mało skuteczne (nie pokonują w trwały sposób barier doświadczanych w procesie aktywizacji społecznej i zawodowej). Testowaniem zostaną objęte osoby pozostające w szczególnie trudnej sytuacji życiowej rozumianej jako silna kumulacja barier związanych z niepełnosprawnością i innymi przesłankami (niski status materialny, niskie wykształcenie, duża zależność od rodzin i opiekunów połączona z niską samodzielnością i brakiem kompetencji do funkcjonowania w codziennym życiu społecznym, etc.). Weryfikowana jest za pomocą liczby deklarowanych obszarów do wsparcia w formularzu diagnozy potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz rekomendacji udzielonej przez pracowników MOPS Wrocław. Takie zdefiniowanie odbiorców zostało potwierdzone diagnozą i wynikami prac grupy roboczej.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W wyniku prac zespołu projektowego nad doprecyzowywaniem zapisów wniosku w kategorii odbiorców uwzględniono najbliższe otoczenie osób z niepełnosprawnościami, które w sposób bezpośredni skorzysta na wprowadzeniu innowacji, ponieważ dzięki temu poprawie ulegnie sytuacja całej rodziny. Na konieczność rozszerzenia grupy odbiorców wskazywali też uczestnicy konsultacji, badań jak i grupa robocza jednoznacznie wskazując, że sytuacja osób niepełnosprawnych jest bardzo często wynikiem jej interakcji w najbliższym otoczeniu. Wskazując jednocześnie, że sukces działań aktywizacyjnych jest zależny od otrzymywanego zrozumienia i wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, które w wielu przypadkach odgrywa przeciwną rolę – hamującą i uzależniającą. W związku z powyższym podjęto decyzję o rozszerzeniu grupy odbiorców o najbliższe otoczenie osób niepełnosprawnych.

Użytkownikami (15 osób) fazy testowania będzie 5 przedstawicieli MOPS we Wrocławiu (ze względu na grupę odbiorców tej fazy). Ponadto użytkownikami będą również przedstawiciele (10

osób) innych instytucji pomocy i integracji społecznej z terenu Dolnego Śląska (w tym NGO), którzy funkcjonują w obszarze aktywizacji osób z niepełnosprawnościami. Kluczowym dla ich doboru będzie zakres świadczonych dotychczas usług i działań na rzecz osób narażonych na wykluczenie społeczne w tym osób z niepełnosprawnościami. Szczególnie pożądane będzie doświadczenie w działaniach sprzyjających aktywizacji społecznej. Przyszli trenerzy aktywności muszą cechować się umiejętnością motywowania do działania, łatwością w nawiązywania kontaktu, negocjowania, ewaluacji własnej pracy, odpornością na stres, cechami tutorskimi, znajomością zagadnień związanych z problematyką niepełnosprawności. Taki rozkład grupy użytkowników w fazie przygotowawczej procesu testowania zapewni możliwość wyboru na trenerów aktywności osób posiadających odpowiedni potencjał doświadczenia i kompetencji niezbędnych do realizacji dalszego etapu – współpracy z osobami niepełnosprawnymi zmierzającej do ich usamodzielnienia. Istotne jest, że użytkownicy zostaną wybrani do pełnienia funkcji po etapie rekrutacji odbiorców zatem ich dodatkowe kompetencje, niezbędne do zaspokojenia potrzeb osób zrekrutowanych będą musiały na te potrzeby odpowiadać (np. umiejętność posługiwania się językiem migowym w przypadku zrekrutowania osoby posługującej się językiem migowym, tłumacz-przewodnik dla osób głuchoniewidomych, itp.).

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W wyniku spotkań z przedstawicielami MOPS Wrocław oraz prac Grupy Roboczej, w skład której wchodził również pracownicy tej instytucji, ponownie oszacowano realne potrzeby w zakresie angażowania pracowników MOPS w proces testowania. W konsekwencji zweryfikowana została liczba biorących udział w testowaniu z 10 na 5 osób. Zweryfikowano także poziom zaangażowania przedstawicieli pozostałych instytucji pomocy i integracji społecznej. W tym wypadku liczba została zwiększona z 5 do 10 osób. Daje to większe szanse upowszechnienie wiedzy praktycznej o modelu w całym woj. dolnośląskim oraz stwarza podwaliny do bardziej intensywnej współpracy z tymi instytucjami na etapie wdrażania modelu do codziennej praktyki pracy z niepełnosprawnymi klientami pomocy społecznej. Zmiana ta zwiększy efektywność stosowanych działań pozwalając na rozpowszechnienie wiedzy i umiejętności stosowania modelu wśród przedstawicieli większej liczby instytucji

4.3. FAZA PRZYGOTOWAWCZA PROCESU TESTOWANIA

- 1) Rekrutacja niepełnosprawnych klientów MOPS Wrocław, ich otoczenia oraz kandydatów na trenerów aktywności.

Testowanie produktu odbędzie się na terenie Wrocławia, przy udziale klientów MOPS Wrocław i ich otoczenia, jego pracowników oraz przedstawicieli innych instytucji pomocy i integracji społecznej z województwa dolnośląskiego. Zasadą przyjętą w rekrutacji jest to, że każda osoba z niepełnosprawnością będąca klientem MOPS we Wrocławiu ma możliwość udziału w testowaniu i współtworzeniu modelu Trenera Aktywności. Preferowane będą jednak osoby pozostające w szczególnie trudnej sytuacji życiowej. Fakt ten zostanie zweryfikowany za pomocą formularza diagnozy potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz rekomendacją do wsparcia udzieloną przez pracowników MOPS Wrocław. Otoczenie zrekrutowanych osób niepełnosprawnych dobierane będzie według ich wskazania i rekomendacji ustnej pracownika socjalnego pracującego z rodziną.

Rekrutacja przedstawicieli MOPS Wrocław biorących udział w testowaniu modelu będzie miała charakter wewnętrzny i zostanie przeprowadzona według procedur stosowanych w tej instytucji. Jeśli zaistnieje konieczność wyboru spośród pracowników wykonujących bądź zainteresowanych wykonywaniem usług na rzecz aktywizacji osób z niepełnosprawnościami decyzję o oddelegowaniu do testowania podejmie kierownictwo MOPS.

Wybór kandydatów na trenerów aktywności spoza MOPS Wrocław (spośród przedstawicieli innych instytucji pomocy i integracji społecznej) będzie odbywał się dwuetapowo. W pierwszej

kolejności zorganizowane zostaną 4 spotkania informacyjne dla wszystkich osób potencjalnie zainteresowanych projektem (osoby niepełnosprawne, przedstawiciele organizacji pozarządowych i instytucji pomocowych, itp.). Informacja o spotkaniach rozpowszechniana będzie za pośrednictwem strony internetowej fundacji i partnera projektu, rozesłane zostaną także zaproszenia na spotkania do uczestników konferencji promującej projekt (15 maja 2012r.). Celem spotkań będzie przybliżenie idei projektu i poinformowanie o planowanej rekrutacji trenerów aktywności. Kolejnym etapem będzie nabór dokumentów aplikacyjnych, rozmowy z kandydatami (prowadzone przez komisję rekrutacyjną) i wybór uczestników testowania modelu Trener Aktywności. Szczegółowy opis przebiegu rekrutacji i profil kompetencyjny trenera aktywności stanowi załącznik do wstępnej wersji produktu finalnego. Za prawidłową realizację zadania odpowiadał będzie koordynator usługi.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W związku z faktem, że koordynator usługi jest pracownikiem odpowiedzialnym za rekrutację wszystkich uczestników testowania, za jakość i efekty pracy trenerów aktywności oraz za przebieg całego etapu testowania należy przyspieszyć i wydłużyć okres jego zatrudnienia o 4 miesiące. Chodzi o to, aby koordynator mógł uczestniczyć w wyborze swoich pracowników i podsumować ich pracę.

2) Szkolenia dla kandydatów na trenerów aktywności.

Etap ten obejmie szkolenia grupowe dla potencjalnych trenerów aktywności (60godz.), zapoznające ich z modelem i przygotowujące do jego zastosowania w procesie testowania (skrócone programy szkoleniowe dla tej grupy stanowią załącznik do wstępnej wersji produktu). Spośród przeszkolonej grupy wybranych zostanie 5 osób, które zaangażowane zostaną w dalszy proces testowania – współpracę z osobami niepełnosprawnymi i ich otoczeniem. Wybór trenerów aktywności dokonany zostanie po diagnozie zaangażowania w proces szkoleniowy i ocenie adekwatności potencjału kandydata do oczekiwanego profilu kompetencyjnego.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W wyniku prac Grupy Roboczej nad modelem zwiększono liczbę godzin dla potencjalnych trenerów aktywności (z 40 na 60 godzin). Analiza zakresu zadań Trenera Aktywności, a także barier na które może natrafić w swojej pracy wykazała, że szkolenie powinno w sposób pogłębiony potraktować przygotowanie Trenerów Aktywności do pracy z osobami niepełnosprawnymi.

4.4. FAZA TESTOWANIA WŁAŚCIWEGO

1) Szkolenia dla najbliższego otoczenia ON (rodzina, opiekunowie)

Zadanie to ma na celu przygotowanie otoczenia osób niepełnosprawnych biorących udział w testowaniu do czynnego zaangażowania się w proces testowania modelu oraz wypracowanie systemu współpracy otoczenia z trenerami aktywności. Zrealizowane w formie grupowych zajęć warsztatowych (2 grupy x 21godz.), których skrócony program stanowi załącznik do wstępnej wersji produktu.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

Wyniki pracy grupy roboczej wskazały na konieczność organizacji warsztatów dla otoczenia. Warsztaty te będą odbywały się równoległe z warsztatami dla osób niepełnosprawnych. Zmiana ta wynika bezpośrednio z rozszerzenia grupy odbiorców. Dzięki uczestnictwu w warsztatach osoby z otoczenia dowiedzą się, w jaki sposób wspierać samodzielność osoby niepełnosprawnej i wzmocnią swoją motywację do wspierania dążenia do aktywności. Wprowadzenie tej zmiany zwiększy skuteczność działań aktywizacyjnych, a także da podstawę do nawiązania

współpracy otoczenia, trenerów aktywności i osób niepełnosprawnych.

2) Szkolenia dla osób niepełnosprawnych

W ramach zadania zrealizowany zostanie cykl warsztatów wyjazdowych (42 godziny zajęć w dwóch blokach 3-dniowym i 4-dniowym). Obejmują warsztaty z psychoedukacji w zakresie wzmocnienia motywacji do działania i rozwoju kompetencji interpersonalnych. Pierwszy blok zajęć realizowany będzie równolegle z warsztatami dla otoczenia, co może realnie przyczynić się do łagodniejszego wejścia obu tych grup w proces współpracy w ramach testowania modelu.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W wyniku prac Grupy Roboczej poddano weryfikacji zakres szkoleń. Zrezygnowano z wprowadzania na tak wczesnym etapie aktywizacji zajęć z zakresu wizażu i spotkań z doradcą zawodowym na rzecz dodatkowych zajęć psychoedukacyjnych. Elementy istotne dla procesu aktywizacji zawodowej rekomendowano do wdrażania na późniejszym etapie procesu usamodzielniania. Zmiana zakresu merytorycznego szkoleń służy wzmocnieniu ich skuteczności i pozytywnego wpływu na zapoczątkowany proces aktywizacji.

3) Wsparcie trenera aktywności

Wsparcie udzielane przez trenera aktywności osobie niepełnosprawnej jest podstawowym elementem modelu. Do jego realizacji z wyselekcjonowanych i przeszkolonych 15 kandydatów wybranych zostanie 5 najbardziej zainteresowanych wykonywaniem tej roli, wykazujących kompetencje najbliższe zakładanemu profilowi trenera aktywności i gotowych do podjęcia trwałej współpracy w ramach procesu testowania modelu. Na początku współpracy osoby niepełnosprawnej z trenerem aktywności wspólnie wypracowywany będzie Indywidualny Plan Rozwoju osoby niepełnosprawnej, który określał będzie indywidualne cele osoby niepełnosprawnej, działania zmierzające do ich osiągnięcia oraz planowany czas pomiaru realizacji celów.

Plan ten będzie realizowany przez okres ok. 12 miesięcy.

Podstawowe zadania trenera aktywności to:

- zindywidualizowane oraz dostosowane do potrzeb i możliwości osoby niepełnosprawnej wspieranie jej w podejmowaniu działań aktywizacyjnych;
- wspólne weryfikowanie skuteczności tych działań; prowadzenie po ścieżce wsparcia oferowanej w ramach modelu (m.in. wsparcie psychologiczne, poradnictwo całonocne, pakiet aktywizacyjny, itd.).

Zasady współpracy pomiędzy osobą z niepełnosprawnością określone będą za pomocą kontraktu. Punkt startowy i końcowy procesu aktywizacji określony będzie na podstawie kart celów indywidualnych oraz kart oceny stopnia realizacji celów (wzory tych dokumentów stanowią załącznik do wstępnej wersji produktu).

Za merytoryczną jakość wsparcia udzielanego przez trenerów aktywności odpowiadać będzie koordynator usługi oraz superwizor dający możliwość doskonalenia warsztatu pracy, wymiany doświadczeń między trenerami oraz zapewniający stałość zaangażowania w wypełnianie zadań.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W ramach prowadzonych badań na I etapie projektu oraz prac Grupy Roboczej doprecyzowano obszary współpracy trenera aktywności i osoby niepełnosprawnej zmierzającej do jej usamodzielniania. W konsekwencji podstawę działań stanowi aktywizacja społeczna, a dopiero na kolejnym etapie pojawia się aktywizacja zawodowa. Stąd też w opisie modelu koncentrowano się

przede wszystkim na działaniach aktywizujących społecznie, co stanowi zmianę w stosunku do zapisów wniosku, w którym wskazywano, że trener aktywności może przyjmować rolę trenera pracy. W efekcie pracy nad modelem zdecydowano, że konieczne jest wyraźne rozdzielenie tych funkcji. Jest to podyktowane głęboką analizą problemu i dopracowaniem elementów składowych modelu do rzeczywistych potrzeb jego potencjalnych użytkowników i odbiorców. Z pewnością zmiana ta zdecydowanie poprawi funkcję aktywizacyjną całego produktu końcowego.

W wyniku prac Grupy Roboczej do modelu wprowadzono superwizję dla trenerów aktywności. Dokonano tego w trosce o wysoką jakość pracy trenerów, a także w celu przeciwdziałania ewentualnym skutkom „wypalenia,” jakim mogą ulegać trenerzy aktywności. Pamiętać należy, że będą oni pracować z osobami niepełnosprawnymi pozostającymi w wyjątkowo trudnej sytuacji, często biernymi społecznie od wielu lat. Proces ich aktywizacji wymaga dużej uwagi i troski o odpowiednią jakość każdego elementu wsparcia udzielanego w ramach modelu.

4) Poradnictwo całozyciowe z elementami doradztwa zawodowego

Doradca całozyciowy odpowiada za szereg czynników warunkujących dobre rozpoczęcie procesu aktywizacji społecznej niepełnosprawnego klienta: wzmacnianie motywacji do działania, wsparcie w samodzielnym podejmowaniu decyzji edukacyjno-zawodowych, określenie zainteresowań i predyspozycji zawodowych klienta, praca nad zwiększeniem świadomości klienta na temat swoich kompetencji zawodowych, opracowanie profilu zawodowego klienta.

Ten element ma stanowić wsparcie interwencyjne, pomocnicze w procesie współpracy trenerów aktywności i osób z niepełnosprawnościami (śr. 10 godzin na osobę niepełnosprawną). Szczególnie istotną rolę odegra na etapie konstruowanie Indywidualnych Planów Rozwoju.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W wyniku prac Grupy Roboczej wprowadzono zmiany w zakresie udostępnienia usług aktywizacji zawodowej. Zrezygnowano z wprowadzania ich podczas szkoleń wyjazdowych, które będą inicjowały proces aktywizacji, rekomendowano natomiast pojawienie się tego elementu w formie rozszerzonej, jako poradnictwo całozyciowe z elementami doradztwa zawodowego na dalszym etapie. W konsekwencji zmiany każdy uczestnik będzie miał możliwość skorzystania ze wsparcia w tej formie w ciągu całego procesu aktywizacji, ale w kluczowych dla jego aktywizacji zawodowej momentach.

5) Wsparcie psychologiczne, motywacyjne

W ramach tej usługi osoba niepełnosprawna oraz osoby z jej otoczenia będą mogły skorzystać ze wsparcia psychologicznego o charakterze interwencyjnym, a nie terapeutycznym. Przyczynić ma się to do wzmocnienia potencjału uczestników procesu aktywizacyjnego, zwłaszcza w zakresie zmniejszania lęku przed usamodzielnianiem i motywowaniem do wprowadzania zmian w życiu.

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W wyniku prac Grupy Roboczej rekomendowano zwiększenie liczby godzin wsparcia psychologicznego (z 10 na śr.15 godzin) oraz umożliwienie korzystania z niego także otoczeniu osób niepełnosprawnych. Zmiana podyktowana jest doświadczeniem przedstawicieli gryp i przekonaniem o niezbędności zapewnienia tej usługi we wskazanym wymiarze. Związane jest to przede wszystkim z faktem, że usamodzielnianie osoby niepełnosprawnej wpływa na zmianę systemu całej rodziny, może powodować lęk, a w konsekwencji hamowanie procesu usamodzielniania się. Wsparcie psychologiczne dla otoczenia ułatwia zaakceptowanie tej zmiany.

6) Szkolenia indywidualne zawodowe

Celem szkoleń zawodowych jest zwiększenie kompetencji zawodowych osób niepełnosprawnych zgodnie z opracowanym Indywidualnym Planem Rozwoju. Szkolenia będą zamawiane w firmach

zewnątrznych zgodnie z preferencjami i potrzebami osoby z niepełnosprawnością.

7) Wsparcie kompensacyjne

- ✓ wyposażenie w sprzęt niwelujący ograniczenia funkcjonalne utrudniające proces aktywnego udziału w życiu społecznym,
- ✓ usługi asystenckie umożliwiające pokonanie barier infrastrukturalnych, technicznych, komunikacyjnych (tłumacz przewodnik, tłumacz języka migowego, itp.), a tym samym umożliwiające aktywizację na poziomie podstawowym oraz stanowiące wsparcie dla działań aktywizacyjnych nie wymagających udziału trenera aktywności,
- ✓ pakiet aktywizacyjny zdefiniowany jako określona pula środków, z której można sfinansować zakup niezbędnych w procesie aktywizacji produktów i usług, na który ze względów na trudną sytuację ekonomiczną nie stać danego klienta (chodzi m.in. o: bilet miesięczny, tani aparat telefoniczny, kartę do telefonu, zdjęcia do dokumentów, środki na kulturę i rekreację itp.).

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

Grupa Robocza rekomendowała konieczność zapewnienia usług kompensacyjnych elastycznie, przez cały okres testowania. Zmienione zostało też nazewnictwo pakietu z „pakietu pracownika” na „pakiet aktywizacyjny”, co zbieżne jest z ideą modelu, jaki został opracowany w wyniku badań i prac Grupy Roboczej.

Uczestnicy wszystkich szkoleń otrzymają materiały szkoleniowe w formie elektronicznej i papierowej. Pakiety zostaną opracowane na podstawie uszczegółowionych przez realizatorów skróconych programów szkoleniowych (są to elementy cząstkowe produktu). Forma materiałów szkoleniowych przeznaczonych dla osób z dysfunkcjami będzie przez nich konsultowana, a następnie dostosowana do ich indywidualnych potrzeb (np. druk powiększony, wersja elektroniczna, film w języku migowym).

4.5. MONITOROWANIE PROCESU TESTOWANIA

Działania w postaci szkoleń dla osób z niepełnosprawnościami, ich otoczenia, instytucji pomocy i integracji społecznej oraz trenerów aktywności będą monitorowane za pomocą takich narzędzi jak: dzienniki zajęć (30 respondentów) – [I-III 2013], ankiety na początku i końcu szkolenia (60 respondentów) – [I-III 2013], formularze opinii dla prowadzących, spotkania z kadrą prowadzącą zajęcia (po każdym szkoleniu) oraz spotkania z odbiorcami (60 respondentów) i użytkownikami (15 respondentów) mające na celu zbieranie opinii (1 raz w miesiącu).

Spotkania stacjonarne ze specjalistami będą monitorowane za pomocą kart doradztwa (30 respondentów) – [III 2013 – III 2014] oraz karty oceny modelu dla prowadzących (1 raz w miesiącu).

Kluczowe dla realizacji projektu działania trenera aktywności będą monitorowane na bieżąco sprawozdaniami miesięcznymi ze wsparcia, rozmowami monitorującymi z przełożonym-koordynatorem ds. wsparcia i raportami superwizora (co dwa tygodnie).

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług trenera aktywności, prowadzenia bieżącej analizy sytuacji trudnych i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu zapewniona będzie comiesięczna grupowa superwizja trenerów aktywności (5 respondentów) oraz możliwość konsultacji indywidualnych z

superwizorem (śr. 1 na miesiąc).

Monitoring postępów aktywizacji osób z niepełnosprawnościami będzie badany kartami oceny postępów (30 respondentów) w realizacji celów osoby niepełnosprawnej wypełnianymi przez nią na wejście, śródkresowo i na wyjście z zadania oraz kartami celów indywidualnych opisującymi działania podejmowane w ramach aktywizacji. Monitoring będzie realizowany poprzez cykliczne spotkania kadry projektu z użytkownikami (5 respondentów) i odbiorcami (60 respondentów) (min. raz w miesiącu). Szczegółowy spis narzędzi monitoringu uwzględni plan monitoringu i ewaluacji.

Osobą odpowiedzialną za monitoring procesu testowania jest specjalista ds. monitoringu i ewaluacji. Jego zadaniem jest gromadzenie danych od osób odpowiedzialnych za realizację zadania, ich interpretacja pod kątem kryteriów ewaluacji przyjętych w planie monitoringu i ewaluacji oraz przekazywanie koordynatorowi projektu oraz mentorowi merytorycznemu w celu poinformowania ich o jakości, skuteczności i efektywności wykonywanych działań. Zebrane dane z monitoringu i ewaluacji będą przedstawiane zespołowi projektowemu (w tym partnerowi) podczas cotygodniowych spotkań zespołu projektowego. Mentor merytoryczny i koordynator projektu, przy wsparciu koordynatora ze strony partnera, czuwają nad procesem testowania. Pojawiające się kwestie trudne będą rozstrzygane na spotkaniach Rady Partnerstwa.

System monitoringu



4.6. PODSUMOWANIE PROCESU TESTOWANIA

Końcowym etapem procesu testowania będą prace Grupy Roboczej. W jej skład ponownie wejdą przedstawiciele odbiorców (osób niepełnosprawnych będących klientami pomocy społecznej) oraz użytkowników (przedstawiciele MOPS Wrocław i innych instytucji pomocy i integracji społecznej z woj. dolnośląskiego). Celem pracy grupy będą konsultacje eksperckie (4 spotkania) nad ostateczną wersją produktu finalnego uwzględniającą wyniki ewaluacji procesu testowania (ewaluacji wewnętrznej i zewnętrznej) oraz prowadzonych działań upowszechniających i włączających (konsultacji społecznych, spotkań z przedstawicielami odbiorców i użytkowników). Efektem pracy Grupy Roboczej będą elementy składowe produktu, jakim będzie – model Trener Aktywności. Nad logistyką i jakością pracy grupy czuwał będzie mentor merytoryczny.

5. Sposób sprawdzania czy innowacja działa

1.1. EWALUACJA WEWNĘTRZNA

Ewaluacja prowadzona będzie dwiema niezależnymi od siebie drogami, w formie ewaluacji wewnętrznej i zewnętrznej.

Ewaluacja wewnętrzna będzie prowadzona przez specjalistę ds. monitoringu i ewaluacji. Będzie on odpowiedzialny za ewaluację udzielanego wsparcia oraz przeprowadzenie konsultacji wdrażanego modelu wśród grup odbiorców i użytkowników. Za pomocą opracowanych narzędzi ewaluacyjnych będzie zbierał i analizował informacje podsumowywane raportami z prac, przesyłanymi do Kierownika projektu i Mentora merytorycznego projektu. Sporządzonych zostanie 9 takich raportów okresowych i jeden końcowy (podsumowujący.)

Ewaluacja wewnętrzna odpowiadać będzie na kluczowe dla funkcjonowania projektu pytania, które dotyczyć będą:

- oceny skuteczności usługi Trener Aktywności- termin realizacji październik 2012 – czerwiec 2014
- określenia warunków działania modelu Trener Aktywności – termin realizacji październik 2012 – czerwiec 2014
- określenie warunków skutecznego funkcjonowania modelu dla osiągnięcia celu jakim jest aktywizacja społeczna osób niepełnosprawnych- termin realizacji październik 2012 – czerwiec 2014

Produktami ewaluacji wewnętrznej będą:

- raporty cząstkowe zawierające sprawozdania z prowadzonych w ewaluacji wewnętrznej działań (9 raportów)
- 1 raport końcowy z ewaluacji wewnętrznej
- strategia prowadzenia ewaluacji wewnętrznej
- narzędzia badawcze niezbędne prowadzenia ewaluacji wewnętrznej

Narzędzia wykorzystywane w monitoringu i ewaluacji będą tworzone z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnością (wersja elektroniczna, tekst uproszczony, przetłumaczony przez tłumacza języka migowego) przy wcześniejszych konsultacjach w tym zakresie.

1.2. EWALUACJA ZEWNĘTRZNA

W odniesieniu do planowanych działań najbardziej skutecznym i użytecznym sposobem sprawdzenia czy innowacja działa będzie przeprowadzenie badania ewaluacyjnego. W przypadku projektów z obszaru polityk publicznych ewaluacja rozumiana jest jako „systematyczna, obiektywna ocena projektu trwającego lub zakończonego projektu, programu lub polityki”²⁶. W odniesieniu do niej podnosi się znaczenie takich elementów jak: kompleksowość działań i ich systematyczność, współdziałanie interesariuszy i podmiotów zaangażowanych w działania, nastawienie na rozwiązywanie problemów czy zakłóceń pojawiających się w trakcie realizacji działań i podejście prospektywne zorientowane na powodzenie projektowanego rozwiązania w przyszłości. Ewaluacja dotyczyć będzie fazy testowania i wdrażania obejmując obserwowane rezultaty prowadzonych w

²⁶ B.Turowski, M.Zawicki, Funkcje, etapy, metody i narzędzia ewaluacji [w:]S.Mazur (red.), Ewaluacja funduszy strukturalnych-perspektywa regionalna, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków 2007

ramach projektu działań. Jej nadrzędnym celem będzie zbadanie wartości i efektywności wypracowanych w projekcie produktów, ich zgodności z założeniami przedstawionymi w strategii wdrażania w kontekście:

- osiągnięcia zakładanych celów testowania i wypracowanych rezultatów dla grup docelowych projektu,
- skuteczności wypracowywanego modelu w generowaniu korzyści dla użytkowników i odbiorców oraz użyteczności poszczególnych elementów modelu,
- potencjału wdrożeniowego modelu- ocena wdrożenia modelu do głównego nurtu polityki, na który składa się ocena stopnia skomplikowania produktu finalnego oraz możliwości zastosowania przez użytkowników, efektywność i unikatowość modelu,
- identyfikacji ewentualnych usprawnień i wskazanie ewentualnych kierunków zmian testowanego modelu oraz jego produktów pośrednich.

Badanie (zarówno ewaluacja wewnętrzna-projektu oraz ewaluacja zewnętrzna-produktu) prowadzone będzie pod kątem następujących kryteriów ewaluacyjnych:

- adekwatności, pozwalającej ocenić do jakiego stopnia oddziaływanie produktu odpowiada potrzebom grup docelowych; czy zmiany wywołane wdrożeniem produktu są korzystne z punktu widzenia użytkowników i odbiorców produktu. Przy analizie w ramach tego obszaru należy uwzględnić różnicę interesów zaangażowanych podmiotów,
- efektywności, pozwalającej ocenić stosunek poniesionych nakładów do uzyskanych efektów oraz oddziaływania,
- skuteczności pozwalającej ocenić, do jakiego stopnia cele przyjęte w strategii wdrażania zostały osiągnięte,
- użyteczności pozwalającej ocenić do jakiego stopnia oddziaływanie produktu odpowiada na potrzeby i problemy grupy docelowej, czy zmiany wywołane wdrożeniem produktu są istotne z punktu widzenia użytkowników produktu,
- trwałości, pozwalającej ocenić zdolności funkcjonowania produktu po zakończeniu projektu.

Dodatkowym kryterium zastosowanym w ramach prowadzonej ewaluacji zewnętrznej będzie kryterium implementacji: rozumiane jako ocena stopnia skomplikowania produktu, pozwalające ocenić łatwość zastosowania wypracowanych narzędzi, skalę zmian niezbędnych do wdrożenia produktu do głównego nurtu polityki oraz ocena stopnia innowacyjności proponowanego rozwiązania.

Ewaluacja zewnętrzna zostanie zlecona podmiotowi zewnętrznemu zgodnie z procedurą zapytania ofertowego. Przy wyborze ewaluatora zewnętrznego zostanie zachowana zasada konkurencyjności oraz następujące kryteria: doświadczenie w przeprowadzaniu badań/ewaluacji w obszarze rynku pracy, w szczególności zatrudniania osób niepełnosprawnych, doświadczenia w przeprowadzaniu ewaluacji projektów finansowanych z EFS, doświadczenie w przygotowywaniu narzędzi badawczych dostosowanych do osób z niepełnosprawnościami.

Ewaluacja zewnętrzna odpowiadać będzie na kluczowe dla wypracowania ostatecznego wariantu produktu pytania dotyczące:

- adekwatności założeń i realizacji proces testowania produktu
- prawidłowości wypełniania przez uczestników procesu testowania przypisanych im ról
- oceny efektów projektu dla różnych grup interesariuszy
- identyfikacji ewentualnych niezaplanowanych (pozytywnych lub negatywnych) ubocznych efektów testowania innowacji
- oceny trwałości efektów innowacji
- zakresu weryfikacji produktu potwierdzonej wynikami prowadzonych badań
- identyfikacji wewnętrznych i zewnętrznych czynników wpływających na proces testowania

- określenia ewentualnych usprawnień czy zmian jakich wymaga produkt by móc się stać maksymalnie użytecznym dla użytkowników (przy optymalnym zastosowaniu środków)

Ewaluacja zewnętrzna obejmować będzie:

- Ocenę przeprowadzonego procesu testowania
- Ocenę wyników z procesu testowania
- Ocenę efektów wdrożenia innowacji
- Rekomendacje zmian lub modyfikacji wstępnej wersji produktu

Ewaluacja zewnętrzna realizowane będzie w terminie październik 2012-kwiecień 2014. Raporty z niej przekazywane będą kwartalnie kierownikowi i mentorowi merytorycznemu projektu. Jej produktami będzie 5 raportów kwartalnych i jeden końcowy.

Ze względu na rozbudowany system monitoringu i ewaluacji przygotowane zostaną strategie monitoringu i ewaluacji wewnętrznej oraz strategia ewaluacji zewnętrznej. Dokumenty te jasną określą założenia badawcze dla każdego z tych procesów oraz wskażą zadania i narzędzia ich realizacji. Ewaluacja wewnętrzna i zewnętrzna wskażą obszary, w których trzeba wprowadzić modyfikacje, aby produkt był skuteczny i efektywny.

Zarówno ewaluacja wewnętrzna jak i zewnętrzna dostarczać mają informacji umożliwiających zachowanie najwyższych standardów realizacji zadań a przede wszystkim ich wysokiej skuteczności i efektywności.

W tworzenie narzędzi badawczych, zgodnie z zasadą empowermentu, włączeni zostaną przedstawiciele każdej z grup badawczych. Odbywać będzie się to poprzez pilotaż narzędzia badawczego oraz uwzględnienie ewentualnych uwag przy generowaniu ostatecznych wersji narzędzi badawczych.

6. STRATEGIA UPOWSZECHNIANIA

1.3. CELE DZIAŁAŃ UPOWSZECHNIAJĄCYCH

Upowszechnianie wiedzy o samym projekcie i jego podstawowych założeniach rozpoczęło się właściwie już w I fazie realizacji projektu. Jednak na etapie pogłębionej diagnozy i przygotowania wstępnej wersji produktu działania te miały w zasadzie charakter informacyjno-promocyjny. Włączenie potencjalnych interesariuszy (osoby z niepełnosprawnościami i pracowników ośrodków pomocy społecznych) do pracy nad narzędziami badawczymi, ich udział w grupach roboczych oraz w dyskusjach w ramach konsultacji społecznych miały na celu wypracowanie takich rozwiązań i instrumentów, które w najlepszy sposób odpowiadałyby na rzeczywiste problemy i potrzeby obu grup. Sam proces badawczy również wzbudził zainteresowanie potencjalnych odbiorców i użytkowników. Ścisła współpraca z ośrodkiem pomocy społecznej, przedstawicielami środowiska osób z niepełnosprawnościami oraz instytucji pomocy i integracji społecznej spoza Wrocławia pozwoliła na stworzenie właściwego gruntu do działań zmierzających do upowszechniania i wdrażania produktu finalnego, jaki jest model Trener Aktywności.

Na tym etapie zorganizowana została również konferencja informująco-promująca projekt (15 maja 2012r.) z udziałem ponad 60 przedstawicieli instytucji pomocy społecznej i integracji społecznej z całego Dolnego Śląska, uczestnicy otrzymali ulotki informacyjne; opublikowane zostały ogłoszenia o konferencji, jakie ukazały się w gazecie „Echo Miasta” oraz regionalnym wydaniu „Gazety Wyborczej”, ogłoszenia upowszechniające projekt („Gazeta Wrocławska”, „Echo Miasta”). Instrumentem upowszechniania o charakterze ciągłym jest strona internetowa Fundacji Eudajmonia (www.eudajmonia.pl) w zakładce „Trener Aktywności”, na której zamieszczone zostały informacje o realizowanym projekcie oraz „Raport końcowy. Pogłębiona diagnoza i analiza problemu aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych”.

Zasadniczym celem upowszechniania - zgodnie z wnioskiem projektowym – jest przekazywanie wiedzy merytorycznej na temat modelu Trenera Aktywności, w tym korzyści wynikających z jego zastosowania, wśród wszystkich potencjalnie zainteresowanych podmiotów na obszarze województwa dolnośląskiego. Kluczem działań upowszechniających, które mają funkcję służebną do działań wdrożeniowych, jest także tworzenie sprzyjającego klimatu społecznego, uruchomienie procesu zmiany społecznej w podejściu do aktywizacji osób niepełnosprawnych.

W kolejnych fazach realizacji projektu upowszechniane będą:

- ✓ wstępna wersja produktu, zwłaszcza jego podstawowy komponent jakim jest model aktywizacji społecznej, w tym zawodowej niepełnosprawnych klientów pomocy społecznej przy wykorzystaniu usługi Trenera Aktywności (dalej: model Trener Aktywności),
- ✓ raport ewaluacyjny z przebiegu testowania,
- ✓ finalna wersja produktu, jakim jest model Trener Aktywności) w postaci przewodnika – publikacji i broszury informacyjnej.

1.4. GRUPA DOCELOWA DZIAŁAŃ UPOWSZECHNIAJĄCYCH

Zasadniczą grupę docelową działań upowszechniających stanowią:

- 1) **użytkownicy**, tj. te podmioty, które w praktyce będą wykorzystywać produkty wypracowane i przetestowane w ramach projektu; grupę tą tworzą instytucje pomocy i integracji społecznej – OPS (157), PCPR (26), ŚDS (25), CIS, KIS (14), WTZ (37), ZAZ (4)

i organizacje pozarządowe zaangażowane w proces aktywizacji społecznej i zawodowej (739), co w sumie daje 1002 instytucje funkcjonujące na Dolnym Śląsku;

2) odbiorcy, czyli osoby, które skorzystają z efektów wykorzystania narzędzia w postaci Trenera Aktywności; będą to przede wszystkim osoby z niepełnosprawnościami korzystające ze świadczeń ośrodków pomocy społecznej oraz ich najbliższe otoczenie (w ubiegłym roku liczba klientów OPS na całym Dolnym Śląsku wyniosła prawie 27,9 tys., natomiast otoczenia – 52,3 tys.).

TABLICA: GŁÓWNI ADRESACI DZIAŁAŃ UPOWSZECHNIAJĄCYCH I FORMY ICH ZAANGAŻOWANIA

GRUPA DOCELOWA	INTERESARIUSZE	POWÓD ZAANGAŻOWANIA	FORMA ZAANGAŻOWANIA/SPOSÓB KOMUNIKACJI
UŻYTKOWNICY	publiczne instytucje pomocy społecznej i aktywizacji społecznej na obszarze Dolnego Śląska	konsultanci ostatecznej wersji produktu; będą stosować model w praktyce (w partnerstwie z NGO) i go multiplikować; będą przekazywać informacje o pozytywnych jego efektach	szkolenie trenerów aktywności, grupa robocza, spotkania informacyjno-konsultacyjne, konferencja kończąca projekt/ broszura informacyjna, ulotki, strona internetowa, artykuły sponsorowane, przewodnik, materiały szkoleniowe, spoty, mailing, rozmowy telefoniczne i spotkania bezpośrednie, portal internetowy dla służb publicznych www.ops.pl
	lokalne organizacje pozarządowe zrzeszające osoby z niepełnosprawnościami oraz działające na rzecz ich aktywizacji społecznej i zawodowej	konsultanci ostatecznej wersji produktu; będą stosować model w praktyce (w partnerstwie z publicznymi instytucjami pomocy społecznej) i go multiplikować; będą przekazywać informacje o pozytywnych jego efektach	szkolenie trenerów aktywności, grupa robocza, spotkania informacyjno-konsultacyjne, konferencja kończąca projekt/ broszura informacyjna, ulotki, strona internetowa, artykuły sponsorowane, przewodnik, materiały szkoleniowe, spoty, mailing, rozmowy telefoniczne i spotkania bezpośrednie; portal internetowy www.ngo.pl ,
ODBIORCY	niepełnosprawni klienci instytucji pomocy społecznej	konsultanci ostatecznej wersji produktu; beneficjenci modelu Trenera Aktywności poddani rehabilitacji i aktywizacji społecznej; będą przekazywać informacje o pozytywnych jego efektach	wyjazdowe spotkanie warsztatowe, konsultacje i szkolenia indywidualne, grupa robocza/konferencja kończąca projekt, broszura informacyjna, ulotki, strona internetowa, artykuły sponsorowane w prasie lokalnej, spoty, portale i fora internetowe dla osób z niepełnosprawnościami mailing, rozmowy telefoniczne i spotkania bezpośrednie
	otoczenie osób z niepełnosprawnościami	aktywne wspieranie i motywowanie osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji społecznej i	spotkania informacyjne, wyjazdowe szkolenie/ konferencja kończąca projekt, broszura informacyjna, ulotki, strona internetowa, artykuły

	zawodowej; informowanie o pozytywnych efektach projektu, wywieranie nacisku na instytucje pomocy społecznej do korzystania z modelu Trenera Aktywności; lobbowanie na rzecz wprowadzenia modelu do praktyki funkcjonowania pomocy społecznej	sponsorowane, w prasie lokalnej, spoty, portale i fora internetowe dla osób z niepełnosprawnościami, mailing, rozmowy telefoniczne i spotkania bezpośrednie
--	--	---

Pośrednimi odbiorcami projektu i produktu, jaki powstaje będą również społeczności lokalne, w jakich funkcjonują użytkownicy i odbiorcy bezpośredni. Dlatego ogólna wiedza na temat modelu Trenera Aktywności i jego skuteczności powinna trafić do osób i instytucji decyzyjnych (samorządowe władze lokalne – gminne i powiatowe, kierownicy wydziałów ds. polityki społecznej, pełnomocnicy ds. osób niepełnosprawnych, radni), w gestii których pozostaje podział funduszy na działania z obszaru pomocy społecznej oraz zlecenie zadań w tym zakresie organizacjom pozarządowym (w trybie konkursowym i pozakonkursowym). Poza tym lokalni władarze będą istotnym ogniwem w fazie wdrażania modelu Trenera Aktywności.

Ustawowo realizacja zadań w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych pozostaje domeną powiatu, przy wsparciu społecznych rad ds. osób niepełnosprawnych, - organów opiniodawczo-doradczych starostów. Co prawda, zbyt często ciała te mają charakter fasadowy, jednak wydaje się, że dotarcie do nich z informacją o innowacyjnym modelu aktywizacji społecznej w postaci Trenera Aktywności jest niezbędne.

Cenne może okazać się również wsparcie ze strony lokalnych mediów oraz miejscowych działaczy społecznych, którzy są w stanie rozpropagować założenia modelu Trenera Aktywności zarówno wśród instytucji odpowiedzialnych za proces aktywizacji i integracji grup defaworyzowanych, jak i wśród samych niepełnosprawnych (którzy - jak stwierdziliśmy w uzasadnieniu – często nie są zorientowani w adresowanych do nich usługach wspierających). Dzięki mediom możliwe będzie tworzenie sprzyjającego klimatu aktywizacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami, co jest szczególnie istotne w małych środowiskach, w których samo posiadanie dysfunkcji fizycznej, intelektualnej czy sensorycznej bywa jeszcze powodem społecznego wykluczenia i izolacji.

Wprawdzie w wyniku dotychczasowych działań projektowych perspektywa aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami została przesunięta na dalszy plan, to w procesie upowszechniania nie można pominąć lokalnych przedsiębiorców, PUP-ów i agencji zatrudnienia, których potencjalnymi klientami mogą stać się zaktywizowane osoby niepełnosprawne.

W fazie upowszechniania informacji o innowacyjnym produkcie aktywizacji społecznej nie można pominąć instytucji szczebla wojewódzkiego, w tym zwłaszcza Wydział do spraw Osób Niepełnosprawnych (WdsON) Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego (UMWD), Wydziału Polityki Społecznej (WPD) Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego (DUW) oraz Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej (DOPS). Biorąc jednak pod uwagę, że w fazie wdrażania instytucje te odgrywają daleko większą rolę szczegółowe działania, jakie zostaną podjęte w stosunku do nich zostaną omówione w kolejnej części strategii.

Ostatnią grupę adresatów działań docelowych stanowią placówki kształcące przyszłych pedagogów, psychologów, socjologów i pracowników socjalnych, a więc potencjalnych kandydatów na trenerów aktywności. Uważamy, że szczególnie w tej grupie warto prezentować nowe metody i

narzędzia pracy, tak, aby już na etapie nauki mieli możliwość szerszego zapoznania się z nimi.

1.5. FORMY I NARZĘDZIA UPOWSZECHNIANIA

1) Instrumenty upowszechniania adresowane do szerokiego otoczenia

Mamy świadomość, że w zależności od charakteru grupy docelowej, konieczne będzie zastosowanie różnorodnych form i narzędzi upowszechniania oraz dostosowanie treści komunikatów do konkretnej kategorii odbiorców. Niemniej jednak, w naszym przekonaniu, niektóre proponowane narzędzia będą skuteczne w odniesieniu i do użytkowników, i do odbiorców (również w szerokim ich rozumieniu). Z całą pewnością niezastąpionym narzędziem komunikacji przez cały czas trwania projektu będą spotkania bezpośrednie, rozmowy telefoniczne czy mailing/newsletter. W fazie upowszechniania i wdrażania będą formułowane krótkie notatki na temat etapu prac, na jakim aktualnie się znajdujemy oraz efektów naszych działań. Informacje te będą rozsyłane drogą elektroniczną do wszystkich osób zapisanych w bazie danych realizatora i partnera wraz z sugestią zgłaszania swoich uwag i komentarzy przy użyciu strony internetowej. Te same informacje będziemy upowszechniać przez następujące kanały komunikacyjne: portale i strony internetowe, prasa, radio i telewizja, tablice informacyjne i sekretariaty w instytucjach publicznych z wykorzystaniem m.in. takich narzędzi jak:

- ✓ notki prasowe i artykuły sponsorowane w prasie regionalnej (4) dotyczące procesu aktywizacji społecznej osób z niepełnosprawnościami, założeń projektu oraz efektów procesu testowania wypracowanego w jego trakcie modelu Trenera Aktywności; termin realizacji: faza upowszechniania i wdrażania (IX – XII 2014);
- ✓ strona internetowa www.eudajmonia.pl (www.eudajmonia.pl/trener_aktywnosci) zawierająca informacje dotyczące wyników poszczególnych etapów projektu oraz wszystkich produktów, jakie powstały w efekcie jego realizacji z możliwością zgłaszania uwag do narzędzi, zadawania pytań i newsletterem; termin realizacji: cały czas trwania projektu;
- ✓ spoty radiowe i telewizyjne (3+3) z udziałem niepełnosprawnych klientów ośrodków pomocy społecznej biorących udział w fazie testowania modelu Trenera Aktywności i po jej zakończeniu oraz osób z ich otoczenia emitowane w dwóch lokalnych rozgłośniach radiowych i w Polskim Radio Wrocław oraz we wrocławskiej telewizji regionalnej i dwóch telewizjach lokalnych (np. Dami); termin realizacji: faza upowszechniania i wdrażania (IX – XII 2014);
- ✓ ulotki informacyjno-promocyjne (1000 egzemplarzy) dystrybuowane w trakcie realizacji wszystkich działań w projekcie; termin realizacji: cały czas trwania projektu.

Działania upowszechniania adresowane do szerokiego otoczenia

- a) **konsultacje społeczne w powiatach** (10) o otwartej formule z udziałem lokalnych działaczy i przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz samych osób z niepełnosprawnościami uzupełnione o wymianę opinii on line; powiaty zostaną wytypowane z uwzględnieniem poziomu zainteresowania modelem (liczba telefonów, maili z terenu danego powiatu); termin realizacji: faza testowania (I – XII 2013);
- b) **konferencja kończąca projekt** – z udziałem potencjalnych i rzeczywistych użytkowników i odbiorców produktów wypracowanych i przetestowanych w ramach projektu; w trakcie spotkania zaprezentowane zostaną założenia i rezultaty projektu, w tym finalna wersja modelu Trenera Aktywności wraz z rekomendacją do jej multiplikowania; z tego powodu w gronie zaproszonych znajdą się przedstawiciele kadry kierowniczej jednostek pomocy społecznej i instytucji integracji społecznej oraz reprezentanci organizacji pozarządowych działających na rzecz aktywizacji społecznej osób z niepełnosprawnościami; przedstawiciele lokalnych i regionalnych władz samorządowych odpowiedzialni za decyzje o podziale środków finansowych na

realizację zadań z zakresu pomocy społecznej; termin realizacji: faza upowszechniania i wdrażania (XI – XII 2014).

Formą upowszechniania będą również **prace grupy roboczej**, w skład której wejdą pracownicy instytucji pomocy społecznej i osoby z niepełnosprawnościami (jako konsultanci), przedstawiciele organizacji pozarządowych działających w obszarze aktywizacji i integracji społecznej oraz eksperci z tej dziedziny. Grupa robocza będzie się spotykała w fazie testowania i upowszechniania w okresie: (II – V 2014).

2) Instrumenty upowszechniania adresowane do użytkowników:

- ✓ broszura informacyjna zawierająca podstawową wiedzę o modelu Trenera Aktywności i korzyściach wynikających z wdrożenia tego instrumentu; broszura będzie rozprowadzana drogą pocztową w klasycznej wersji drukowanej (1 tys. egzemplarzy) wraz z płytą CD (1 tys. egzemplarzy) do wszystkich podmiotów pomocy i integracji społecznej na Dolnym Śląsku (przekazywana także wszystkim uczestnikom szkoleń komercyjnych organizowanych przez FRDL na Dolnym Śląsku, skierowanych do jednostek pomocy społecznej), w alfabecie Braille'a (100 egzemplarzy) dostępnych na życzenie zainteresowanych; termin realizacji: faza upowszechniania i wdrażania (IX – XII 2014);
- ✓ materiały szkoleniowe zawierające treści merytoryczne dotyczące modelu i narzędzi jego wdrażania; okres realizacji: faza testowania modelu (I – II 2013);
- ✓ przewodnik (250 egz.) będzie to publikacja zawierająca pełną finalną wersję modelu aktywizacji społecznej i zawodowej - Trener Aktywności wraz z pozostałymi produktami wypracowanymi w projekcie, uwzględniająca wnioski z ewaluacji; publikacja będzie rozdawana podczas konferencji kończącej projekt (ok. 50 szt.), przekazana do instytucji pomocy i integracji społecznej biorących udział w spotkaniach wdrożeniowych (ok. 50 szt.), uczestnikom Forum Przewodniczących i Wiceprzewodniczących Rad Gminy i Powiatów Województwa Dolnośląskiego prowadzonego przez FRDL (20 sztuk), władzom oraz pracownikom naukowym prowadzonych przez FRDL Wyższych Szkół Administracji Publicznej w Szczecinie oraz Białymstoku, aby mogli oni wykorzystywać jego elementy w pracy dydaktycznej na zajęciach z pracownikami jednostek pomocy społecznej (10 sztuk) oraz dostępna dla wszystkich zainteresowanych instytucji po wyrażeniu takiej chęci drogą telefoniczną lub elektroniczną; przewodnik będzie dostępny na stronie internetowej Fundacji Eudajmonia (w zakładce „Trener Aktywności”) w wersji pdf. również po zakończeniu projektu; okres realizacji: faza upowszechniania i wdrażania (VIII – XII 2014);
- ✓ artykuły sponsorowane w czasopiśmie branżowym z zakresu pomocy społecznej i na portalu branżowym www.ops.pl (2) dotyczące procesu aktywizacji społecznej osób z niepełnosprawnościami oraz prezentujące zwalidowany produkt – model Trener Aktywności; okres realizacji: faza upowszechniania i wdrażania (IX – XII 2014).

Działania upowszechniania adresowane do użytkowników:

- **spotkania informacyjne dla szeroko rozumianego otoczenia osób z niepełnosprawnościami (4) oraz użytkowników** z instytucji pomocy i integracji społecznej mające na celu przedstawienie idei projektu, korzyści z aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych oraz poinformowanie o rekrutacji kandydatów na trenerów aktywności; okres realizacji: początkowy etap fazy testowania (XI-XII 2012);

- **szkolenie dla pracowników/przedstawicieli** publicznych i niepublicznych podmiotów integracji społecznej, którzy będą odpowiedzialni za testowanie i realizację modelu Trenera Aktywności; w trakcie szkolenia poznają szczegóły modelu aktywizacji osób z niepełnosprawnościami, sposoby motywacji, metody pracy z trudnym klientem, praktyczną wiedzę o rodzajach niepełnosprawności,

techniki poszukiwania pracy i pozyskiwania pracodawców; okres realizacji: faza testowania modelu (I – II 2013);

- **spotkania informacyjno-konsultacyjne** w powiatach (26) z udziałem przedstawicieli władz gminnych i powiatowych (organów wykonawczych), kadry kierowniczej OPS-ów i PCPR-ów i reprezentantów zainteresowanych organizacji pozarządowych, podczas których mentor merytoryczny projektu przedstawi założenia aktywizacji społecznej przy wykorzystaniu modelu Trenera Aktywności, ale również zbierze informacje zwrotne nt. prezentowanego modelu i możliwości jego dostosowania do lokalnych uwarunkowań; okres realizacji: faza testowania (I 2013 – IV 2014).

Zmiana w stosunku do zapisów wniosku o dofinansowanie:

We wniosku o dofinansowanie przewidzianych było zaledwie 3 seminaria z udziałem wymienionej wyżej grupy potencjalnych uczestników. Oznaczało to konieczność ich organizacji w dużych miastach regionu, co groziło ryzykiem, że wielu zainteresowanych może na nie nie dotrzeć. Poza tym spotkania informacyjno-konsultacyjne mają bardziej otwartą i luźną formułę, przez co sprzyjają nawiązywaniu bezpośrednich relacji. Dotarcie z informacją do każdego z 26 dolnośląskich powiatów zwiększa szansę na znalezienie partnerów, którzy wyraża chęć udziału w procesie wdrażania produktu finalnego.

Instrumenty upowszechniania adresowane do odbiorców:

- ✓ materiały szkoleniowe dla otoczenia – uczestników warsztatów przygotowane na podstawie programów szkoleniowych; forma materiałów będzie dostosowana do potrzeb każdego z uczestników szkoleń; okres realizacji: faza testowania (I – II 2013);
- ✓ materiały szkoleniowe dla osób z niepełnosprawnościami – uczestników warsztatów przygotowane na podstawie programów szkoleniowych; forma materiałów będzie dostosowana do potrzeb każdego z uczestników szkoleń; okres realizacji: faza testowania (I – II 2013).

Działania upowszechniania adresowane do odbiorców:

- **wyjazdowe szkolenie dla otoczenia osób z niepełnosprawnościami** biorących udział w testowaniu, którego celem jest przygotowanie tego otoczenia do czynnego angażowania się w ten proces oraz wypracowanie systemu współpracy z otoczeniem w ramach modelu Trenera Aktywności; okres realizacji: faza testowania (II – III 2013);

- **wyjazdowe spotkania warsztatowe dla osób z niepełnosprawnościami**, podczas których zostaną przeprowadzone grupowe warsztaty z psychoedukacji w zakresie m.in. wzmocnienia motywacji do działania i rozwoju kompetencji interpersonalnych, asertywności; okres realizacji: faza testowania (II – III 2013).

O wymiarze sukcesu projektu na etapie upowszechniania świadczyć będą szczegółowe wskaźniki dla poszczególnych przedsięwzięć i narzędzi upowszechniających, które zawarte zostały w poniższym zestawieniu tabelarycznym.

TABLICA: WSKAŹNIKI SUKCESU DZIAŁAŃ UPOWSZECHNIAJĄCYCH

ADRESACI	NARZĘDZIE ODDZIAŁYWANIA	WSKAŹNIK	WARTOPÓĆ DOCELOWA
UŻYTKOWNICY I SZEROKO ROZUMIENIE NA OTOCZENIE	strona internetowa	liczba wejść na stronę	3000
	spoty radiowe i telewizyjne	liczba spotów	3+3
	artykuły sponsorowane w prasie regionalnej	liczba artykułów	4
	konsultacje społeczne w powiatach i on line	liczba spotkań	10
		liczba przesłanych opinii	30
	liczba osób	200	
spotkania grupy roboczej	liczba uczestniczących osób	6	
	liczba spotkań	4	
	konferencja kończąca projekt	liczba uczestników	50
		czas trwania spotkania	1 dzień
UŻYTKOWNICY	broszura informacyjna	nakład/szt.	1000 (publikacji)/1000 CD/100 w Braille'u
	szkolenie dla użytkowników modelu Trenera Aktywności	liczba przeszkolonych osób	15
		liczba godzin szkolenia	60 godz.
	materiały szkoleniowe dla użytkowników	liczba pakietów	15
ODBIORY	spotkania konsultacyjno – informacyjne dla użytkowników	liczba spotkań	26
	artykuły sponsorowane w mediach branżowych (praz,portal)	liczba artykułów	2
	przewodnik po modelu	nakład	250
ODBIORY	spotkania informacyjne dla otoczenia	liczba spotkań	4

wyjazdowe szkolenie dla otoczenia	liczba osób liczba godzin szkolenia	2x15 3 dni/21 godz.
materiały szkoleniowe dla otoczenia	liczba pakietów	30
materiały szkoleniowe dla osób z niepełnosprawnościami	liczba pakietów	30
wyjazdowe spotkania warsztatowe dla osób z niepełnosprawnościami	liczba uczestników liczba bloków wyjazdowych liczba godzin szkolenia	30 2 3 i 4 dni/42 godz.

Wszystkie publikacje upowszechniające powstałe w wyniku realizacji projektu (w szczególności: broszura informacyjna, materiały szkoleniowe dla użytkowników, materiały szkoleniowe dla osób z niepełnosprawnościami, materiały szkoleniowe dla otoczenia, przewodnik po modelu) będą na bieżąco umieszczane w wersji elektronicznej (pliki PDF) na stronie internetowej lidera (www.eudajmonia.pl) i będą dostępne dla wszystkich zainteresowanych osób oraz instytucji, zarówno w trakcie trwania projektu, jak również po jego zakończeniu. Publikacje upowszechniające w wersjach elektronicznych, będą również dostępne w trakcie realizacji projektu na stronie internetowej Partnera pod adresem www.frdl-cd.org.pl.

7. STRATEGIA WŁĄCZANIA PRODUKTU FINALNEGO DO PRAKTYKI/GŁÓWNEGO NURTU POLITYKI

1.6. CEL STRATEGII WŁĄCZANIA

Działania podejmowane w ramach upowszechniania koncentrowały się na promowaniu modelu Trenera Aktywności i zmierzały jednocześnie do wytworzenia sprzyjającego klimatu społecznego dla procesu włączania produktu finalnego. Wykorzystane w tym celu metody i narzędzia – w odniesieniu do konkretnych grup - spełniały więc funkcję upowszechniającą i miały zarazem charakter włączający (np. spotkania informacyjno-konsultacyjne z udziałem czołowych użytkowników, czy konferencja kończąca projekt). W strategii wdrażania chcemy jednak wyraźnie zawęzić krąg adresatów do tych grup/osób, które mogą mieć realny wpływ na stosowanie w praktyce wypracowanego w ramach projektu modelu przez instytucje pomocy i integracji społecznej, Tym samym włączanie ma się przyczynić do zapewnienia trwałości wypracowanych produktów po zakończeniu projektu.

Zgodnie z powyższym uznano, że testowanie modelu przy współpracy z MOPS Wrocław i z udziałem klientów tej instytucji jest także działaniem włączającym, w ramach którego włączeniu podlega wstępna wersja produktu.

W fazie właściwej procesu włączania rozpoczynającej się po walidacji produktu finalnego włączaniu podlegać będzie: raport końcowy z testowania, produkt finalny (broшура informacyjna i przewodnik po modelu).

Działania włączające podzielono ze względu na cel, któremu będą służyć:

- a) Działania włączania horyzontalnego – celem działań jest przekazanie przedstawicielom instytucji zaangażowanych w proces aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych praktycznej wiedzy i umiejętności umożliwiających stosowanie innowacyjnej usługi, przekazanie produktu wraz instrukcją obsługi, oraz pomoc na etapie wdrażania produktu w lokalnych warunkach. Ostatecznym wynikiem tych działań ma być przetransferowanie modelu przetestowanego w MOPS do przynajmniej 10 innych instytucji pomocy i integracji społecznej, które wdrożą model w oparciu o zawarte lokalnie partnerstwa/porozumienia. Działania skoncentrowane są na grupie czołowych użytkowników projektu (OPS-y, PCPR-y, NGO działające w obszarze pomocy i integracji społecznej) oraz przedstawicieli władz lokalnych.
- b) Działania włączania wertykalnego – ich nadrzędnym celem będzie umocowanie modelu trenera aktywności jako standard obowiązujący w realizacji rehabilitacji społecznej.

Działania te miałyby charakter dwupoziomowy:

Pierwszy – skoncentrowany wokół decydentów różnych szczebli władz regionalnych oraz państwowych, umożliwiający zebranie opinii w zakresie użyteczności modelu i zasadności jego stosowania w obrębie istniejących rozwiązań systemowych, opracowanie ewentualnych rekomendacji zmian zmierzających do trwałego umocowania modelu w zakresie systemowej polityki społecznej, a także działania rzecznicze na rzecz włączenia modelu do dokumentów strategicznych kształtujących sposób realizacji rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku. Wartością dodaną tego poziomu działań będzie akceptacja środowisk decydenckich procesu usług asystenckich uwzględniającej 3 etapy usamodzielniania i aktywizacji osób z niepełnosprawnościami:

1. asystent osoby niepełnosprawnej – jako „proteza” kompensująca deficyty; pomagająca w

czynnościach dnia codziennego i zabiegach higieniczno – pielęgnacyjnych; pokonywaniu barier komunikacyjnych i technicznych; towarzysząca w wyjściach do instytucji kulturalnych, urzędów itp.;

2. trener aktywności – jako „przewodnik i mentor” przygotowujący do pełnienia różnych ról społecznych w tym, w tym zawodowych (choć w tym zakresie zadanie trenera aktywności polegałoby jedynie na motywowaniu do działania) przy wykorzystaniu dostępnych usług aktywizujących; działa w oparciu o indywidualną diagnozę potrzeb i możliwości klienta w celu wzmocnienia jego potencjału i usamodzielnienia;

3. trener pracy – jako „przewodnik i nauczyciel” na rynku pracy, w tym w kontaktach z pracodawcami i w miejscu pracy; działa w oparciu o oczekiwania pracodawców i potrzeby klientów. Na tym etapie również zbierane będą i konsultowane ewentualne rekomendacje zmian pozwalających na trwałe wpisanie modelu do rozwiązań w zakresie krajowej polityki społecznej.

Drugi poziom działań włączania wertykalnego to przekazanie zebranych w pierwszym etapie rekomendacji zmian prawnych odpowiednim decydom. Na podstawie wszystkich uzyskanych od decydentów informacji zwrotnych stworzone zostaną Rekomendacje dla modelu Trener Aktywności, które przedłożone zostaną Pełnomocnikowi Rządu ds. Osób niepełnosprawnych w trakcie konferencji kończącej projekt (wystąpienie o patronat nad wydarzeniem wraz z zaproszeniem do wzięcia udziału w wydarzeniu), bądź drogą urzędową.

Uwzględniając realną możliwość stosowania rozwiązania w zastanych warunkach systemowych i prawnych uznaje się, że kluczowe dla wdrażania modelu do głównego nurtu praktyki jest włączanie horyzontalne.

1.7. GRUPY ADRESATÓW DZIAŁAŃ WŁĄCZAJĄCYCH

Ze względu na obszary włączania produktów do praktyki/głównego nurtu polityki wyodrębniono:

a) adresatów włączania horyzontalnego:

- przedstawiciele instytucji pomocy i integracji społecznej z terenu województwa dolnośląskiego (w tym kadra zarządzająca) – 100 osób,
- przedstawiciele powiatowych społecznych rad ds. osób niepełnosprawnych – 10 osób,
- przedstawiciele lokalnych samorządów (prezydenci miast, burmistrzowie i wójtowie gmin, radni – zwłaszcza zasiadający w komisjach ds. polityki społecznej) – 20 osób.

Grupa ta została wytypowana spośród realizatorów różnych wymiarów rehabilitacji społecznej na terenie województwa. Jak wskazano wyżej, ich udział stanowi kluczowy element wdrożenia projektu w co najmniej 10 instytucjach, gdyż to oni mają realny wpływ na stosowane rozwiązania, praktykę działań aktywizacyjnych skierowanych do grup narażonych na wykluczenie. Od przekonania do modelu i jego skuteczności władz samorządowych zależne jest zapewnienie w lokalnych budżetach środków na jego wdrażanie.

b) adresatów włączania wertykalnego:

- urzędnicy szczebla wojewódzkiego (Dyrektor Wydziału ds. Osób Niepełnosprawnych UMWD, Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej DUW, Dyrektor Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej i inni) – min. 5 osób,
- przedstawiciele KIW, IP2, ST – 10 osób,
- decydenci rządowi (Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych) – 1 przedstawiciel,
- posłowie i senatorowie z regionu – min. 3 osoby.

Grupy te wybrano ze względu na ich decydującą rolę w procesie projektowania kształtu polityki społecznej realizowanej w regionie (m.in. w zakresie obszarów współpracy z instytucjami pomocy i integracji społecznej w ramach zadań zleconych i konkursów, w zakresie ustalania priorytetów działań na rzecz osób niepełnosprawnych znajdujących odzwierciedlenie w zapisach Planów Działań PO KL).

Ich przekonanie o zasadności stosowania modelu stanowić będzie argument za wprowadzaniem stosownych zmian/uzupełnień do rozwiązań systemowych.

1.8. RODZAJE DZIAŁAŃ WŁĄCZAJĄCYCH I ICH ZASIĘG

Działania włączające zaplanowano zgodnie z wnioskiem, rozszerzono jednak ich opis w zakresie odbiorców i formy realizacji.

Działania o charakterze włączenia horyzontalnego:

- a) **szkolenie dla pracowników/przedstawicieli** publicznych i niepublicznych podmiotów integracji społecznej, którzy będą odpowiedzialni za testowanie i realizację modelu Trenera Aktywności. Okres realizacji: faza testowania (I – II 2013)

W trakcie szkolenia poznają szczegóły modelu aktywizacji osób z niepełnosprawnościami, sposoby motywacji, metody pracy z trudnym klientem, praktyczną wiedzę o rodzajach niepełnosprawności, techniki poszukiwania pracy i pozyskiwania pracodawców. Celem działania jest przygotowanie użytkowników do stosowania modelu w praktyce.

Uczestnicy – 15 osób.

Włączaniu podlega wstępna wersja produktu.

- b) spotkania wdrożeniowe w **10 powiatach/gminach** najbardziej aktywnych podczas spotkań informacyjno-konsultacyjnych, zainteresowanych lokalnym wdrażaniem usług w oparciu o model Trenera Aktywności. Okres realizacji: faza upowszechniania (VIII – XI 2014).

Udział w spotkaniach weźmie kadra zarządzająca instytucjami pomocy i integracji społecznej (w tym NGO), w miarę możliwości, reprezentanci władz lokalnych (zrekrutowani przy wykorzystaniu rozwiązań wypracowanych w działaniach podejmowanych przez partnera FRDL w środowisku samorządów lokalnych), przedstawiciele społecznych powiatowych rad ds. osób niepełnosprawnych. Uczestnikom przekazana zostanie w formie warsztatu praktyczna wiedza i umiejętności z zakresu elementów składowych modelu, narzędzi jego wdrażania, niezbędnych warunków funkcjonowania. W efekcie spotkań zainteresowani uczestnicy stworzą lokalne grupy robocze, w ramach których spróbują przenieść i dostosować model Trenera Aktywności do lokalnych potrzeb i uwarunkowań. Reprezentanci Fundacji Eudajmonia będą pełnić rolę ekspertów w tychże grupach, świadcząc wsparcie doradcze w formie konsultacji telefonicznych/mailowych, a w razie potrzeby osobistych. Założeniem jest, by każda z lokalnych grup roboczych wypracowała sposób wdrożenia modelu Trenera Aktywności, np.:

- ✓ projektu/zarys projektu, w którym wykorzystany będzie model Trenera Aktywności (np. w ramach środków PO KL),
- ✓ opracowanie dokumentacji do procedury konkursowej ogłaszanej przez samorząd, zakładającej wdrożenie modelu Trenera Aktywności,
- ✓ wpisanie w lokalne programy współpracy samorządu z NGO działań aktywizacyjnych opartych o model Trenera aktywności itp.

Uczestnicy – (120 osób)

Działanie to jest kluczowe z punktu widzenia wdrożenia horyzontalnego, jako mające bezpośredni wpływ na możliwość implementacji i dostosowania modelu do warunków lokalnych i wdrożenia go do codziennej praktyki.

Włączaniu podlega raport ewaluacyjny oraz finalna wersja produktu.

- c) Spotkania z decydentami szczebla lokalnego Okres realizacji: faza upowszechniania (IX – XI 2014).

W realizacji zadania wykorzystane zostaną wypracowane przez partnera (FRDL) kanały komunikacji z przedstawicielami samorządów (szkolenia, cykliczne spotkania z burmistrzami i prezydentami miast, itp.). Jest to element wzmacniający efekt spotkań wdrożeniowych, ugruntowujący przychylność władz samorządowych w zakresie wykorzystania środków z budżetów lokalnych w celu włączania modelu Trenera Aktywności.

Uczestnicy – 20 osób.

Włączaniu podlega finalna wersja produktu, oraz brief produktu – skrótowy materiał prezentujący proces testowania, opis produktu finalnego, korzyści wynikające z jego stosowania w praktyce oraz konsekwencje zaniechania.

Działania w zakresie włączania wertykalnego:

a) Spotkania z przedstawicielami KIW, ST, IP2. Okres realizacji: faza upowszechniania (VIII 2014)

Osobiste spotkania z ekspertami w celu uzyskania informacji na temat możliwych do zastosowania działań włączających produkt do praktyki stosowania/głównego nurtu polityki. Spotkania pozwolą na właściwe zaplanowanie form, częstotliwości i zakresu spotkań z decydentami.

Uczestnicy – 10 osób

Włączaniu podlega finalna wersja produktu.

b) Spotkania z decydentami szczebla wojewódzkiego. Okres realizacji: faza upowszechniania (X – XI 2014).

Działanie realizowane w oparciu o wypracowane przez partnerstwo relacje, w razie konieczności poprzedzone działaniami wspierającymi: korespondencja mailowa, spotkania nieformalne, rekomendacje. Uczestnikom spotkań zaprezentowany zostanie brief produktu wraz z argumentami potwierdzającymi zasadność wprowadzenia go praktyki/głównego nurtu polityki.

Uczestnicy – 5 osób

Włączaniu podlega pełna wersja produktu finalnego wraz z raportem ewaluacyjnym.

8. KAMIENIE MILOWE II ETAPU PROJEKTU

l.p.	Umieszczenie w czasie	Opis kamienia milowego
KM 1	XII 2012	<ul style="list-style-type: none">• Zakończenie procesu rekrutacji trenerów aktywności
KM 2	I 2013	<ul style="list-style-type: none">• Zakończenie procesu rekrutacji ON i otoczenia/rodzin
KM 3	II 2013	<ul style="list-style-type: none">• Trenerzy aktywności przygotowani do podjęcia działań, zakończenie procesu szkolenia
KM 4	III 2013	<ul style="list-style-type: none">• Zapoznanie trenerów aktywności z klientami, wejście w środowisko/rodziny ON (100%)• Wypracowanie systemu współpracy między rodziną, specjalistami oraz ON• Opracowanie IPR – Indywidualnych Planów Rozwoju dla 30 ON
KM 5	III 2014	<ul style="list-style-type: none">• Weryfikacja realizacja IPR – ocena poziomu samodzielności ON (100%)• Stan realizacji IPR na koniec X 2013 – wzrost poziomu samodzielności (30% ON)
KM 6	IV 2014	<ul style="list-style-type: none">• Opracowanie raportu z ewaluacji etapu testowania
KM 7	VI 2014	<ul style="list-style-type: none">• Zakończenie opracowania finalnej wersji produktu
KM 8	VIII 2014	<ul style="list-style-type: none">• Zakończona walidacja finalnej wersji produktu
KM 9	XII 2014	<ul style="list-style-type: none">• Zakończona faza upowszechniania i włączania do praktyki/głównego nurtu polityki

9. RYZYKA

A	B	C	D	E	F
Zidentyfikowane ryzyko	Cel szczegółowy zagrożony wystąpieniem ryzyka	Prawdopodobieństwo wystąpienia (1 – małe; 2 – średnie; 3 – wysokie)	Stopień zagrożenia – skutki (1 – małe; 2 – średnie; 3 – wysokie)	Wpływ na projekt – wynik C x D (9-6 – wysokie; 5-3 – średnie; 2-1 – niskie)	Zarządzanie ryzykiem – opis działania
Ryzyko związane z testowaniem produktu					
Brak zainteresowania projektem przez osoby niepełnosprawne – problem z rekrutacją odpowiedniej liczby ON do projektu	Cel nr 2	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> • Włączenie w proces rekrutacji Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej we Wrocławiu - nieformalnego Partnera projektu; • Włączenie na etapie testowania do pracy Grupy Roboczej przedstawicieli instytucji, których beneficjentami są osoby niepełnosprawne; • Aktywne wykorzystanie doświadczeń i zasobów – w tym baz danych – partnerów projektu realizujących cele statutowe na rzecz osób niepełnosprawnych;
Trudności z utrzymaniem motywacji osób niepełnosprawnych do kontynuowania udziału w projekcie w trakcie całego etapu testowania	Cel nr 2	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> • Położenie nacisku w procesie rekrutacji na wyselekcjonowanie osób "rokujących", diagnozujących potrzebę zmiany swojej sytuacji i choć minimalną motywację do działań w tym zakresie;

					<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksowy charakter opracowywanego modelu uwzględniający potrzeby sprzętowe osób niepełnosprawnych (sprzęt rehabilitacyjny, pakiet aktywizacyjny); • Indywidualne wsparcie psychologiczne dla uczestników Projektu oraz poradnictwo całonocne, asystentura; • Modelowanie pracy trenera aktywności pod kontem wzbudzania motywacji do zatrudnienia i jego utrzymania przez uczestników projektu
Niska motywacja Trenerów Aktywności	Cel nr 1	2	2	4	<ul style="list-style-type: none"> • Uwzględnienie w modelu opisu kompetencji Trenera Aktywności oraz narzędzi jego skutecznej selekcji i motywowania (superwizja); • Aktywne wykorzystanie w procesie opracowywania ostatecznej wersji produktu wiedzy instytucji doświadczonych w monitorowaniu wyników osób pracujących bezpośrednio z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym;
Zmiany zakresu projektu, wynikające z innowacyjnego charakteru przedsięwzięcia i z konieczności wprowadzania zmian zadań, które nie zostały przewidziane w początkowym budżecie i harmonogramie	Cel nr 1 Cel nr 2 Cel nr 3	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorowanie aktualnego stanu realizacji projektu i dostosowanie prac do możliwości budżetowych i harmonogramowych projektu, tak aby w miarę możliwości uwzględnić niezbędne zmiany i dostosować produkty do nowych wymagań;
Opóźnienia w realizacji projektu wynikające m.in. z innowacyjnego charakteru projektu, płynności finansowej oraz zależności od dostępności beneficjentów	Cel nr 1 Cel nr 2 Cel nr 3	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> • Konsekwencja w egzekwowaniu terminowości wykonywanych zadań wykonywanych zarówno na poziomie ekspertów Grupy Roboczej jak i zadań realizowanych przez zespół projektowy; • Monitorowanie przebiegu projektu i w przypadku

					<p>pojawiających się opóźnień – dostosowywanie planu, urównoleglanie działań, realokacja zasobów;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsekwencja we wdrażaniu opracowanych procedur zarządzania
Ryzyko związane z upowszechnianiem produktu					
Brak zainteresowania użytkowników produktu – jednostek pomocy i integracji społecznej (w tym NGO)	Cel nr 1 Cel nr 3	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> • Profilowanie zakresu wstępnej i ostatecznej wersji produktu na działalność i współpracę jednostek pomocy społecznej oraz NGO; • Włączenie użytkowników produktu w realizację projektu (m. in. MOPS Wrocław, przedstawiciele innych instytucji pomocy i integracji społecznej z regionu); • Marketing bezpośredni – spotkania z przedstawicielami użytkowników produktu;
Ryzyko związane z wdrażaniem produktu					
Brak środków na wdrożenie produktu – system nastawiony na oszczędności	Cel nr 3	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> • Profilowanie prac Grupy Roboczej opracowującej wstępną i ostateczną wersję produktu na rozwiązania efektywne ekonomiczne; • Opracowanie produktu w postaci wariantów umożliwiających częściowe, a co za tym idzie tańsze wdrożenie modelu;

10. ZAŁĄCZNIKI

1. Przewodnik po modelu

2. Broszura informacyjna – szkic
3. Raport z badań
4. Sprawozdanie z etapu wstępnej konceptualizacji badań w projekcie innowacyjnym Trener Aktywności.

