

Wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami i ich opiekunów

21

Model DOM

Pakiety wdrożeniowe innowacji społecznych zostały przygotowane w ramach projektu „Innowacje w samorządzie” realizowanego przez Fundację Fundusz Współpracy.



Pakiet wdrożeniowy innowacji **Model DOM** został opracowany na podstawie innowacji społecznej stworzonej w ramach Inkubatora Innowacji Społecznych Wielkich Jutra.



Niniejszy materiał opublikowany jest na licencji CC BY 4.0 (Creative Commons-Uznanie autorstwa-4.0 Międzynarodowe (CC BY 4.0)). Szczegóły licencji znajdziesz pod adresem: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pl>

Projekt realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.



Autorzy innowacji:

- Magdalena Szmyt
- Joanna Kalińska
- Agata Nowak
- Karolina Przybył
- Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobami Nowotworowymi

Autorzy pakietu wdrożeniowego:

FUTURI

- Natalia Kacprzyk
- Łukasz Szczęsny
- Piotr Adamczyk
- Wojtek Lesiak
- Sebastian Garbacz
- Maria Garus

Skład dokumentu:

- Martyna Mieszko

Spis treści

01 Charakterystyka innowacji	5
<hr/>	
1. Czym jest innowacja i jaki problem rozwiązuje?	6
2. Jakie jednostki mogą wdrażać innowacje?	20
3. Do jakich odbiorców jest kierowana innowacja?	23
4. Na czym polega wyjątkowość tego rozwiązania?	25
5. Co możecie zyskać wdrażając innowację?	26
6. Dlaczego Wasi odbiorcy będą zainteresowani innowacją?	27
02 Instrukcja wdrożenia	29
<hr/>	
1. Na czym będzie polegało wdrożenie?	30
2. Jakich zasobów potrzebujecie do wdrożenia?	31
3. Jak przeprowadzić wdrożenie krok po kroku?	47
4. Na jakie potencjalne ryzyka należy uważać?	61
5. Harmonogram prac	64
6. Ramowy budżet wdrożenia innowacji	66
03 Lista załączników i źródeł	68
<hr/>	
1. Lista załączników	69
2. Źródła	71

01

Charakterystyka innowacji



1. Czym jest innowacja i jaki problem rozwiązuje?

Czym jest rozwiązanie?

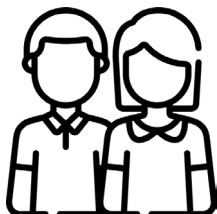
Wojewódzki system koordynacji wsparcia udzielanego rodzinom dzieci chorujących onkologicznie. Łączy usługi szpitali, gmin, NGO i specjalistów, aby rodzice nie musieli samodzielnie szukać pomocy. Koordynator prowadzi rodzinę, dopasowując wsparcie psychologiczne, prawne, finansowe, edukacyjne i specjalistyczne do jej potrzeb. Model obejmuje także przygotowanie szkoły na powrót dziecka oraz wsparcie rówieśników. Rozwiązanie wzmacnia opiekunów, poprawia jakość życia rodzin i podnosi kompetencje lokalnych instytucji. Samorząd wojewódzki organizuje sieć współpracy i czuwa nad procesem.

Na jaki problem odpowiada?

Model DOM jest odpowiedzią na bezradność i zagubienie rodzin dzieci onkologicznych, które nie wiedzą, jakie wsparcie im przysługuje. Rozwiązuje problem rozproszenia usług i trudności instytucji w odpowiadaniu na realne, zmieniające się potrzeby rodzin.



Do kogo jest kierowana?



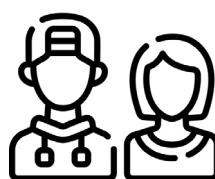
Rodzice lub opiekunowie chorych dzieci

którzy potrzebują jasnych wskazówek, jak poradzić sobie w nowej rzeczywistości



Dzieci chore onkologicznie

którym model zapewnia przygotowane, wspierające otoczenie



Rodzeństwo

które czuje się pomijane emocjonalnie w czasie choroby



Bliskie otoczenie chorego dziecka

które potrzebuje wiedzy, jak adekwatnie wspierać rodzinę

Kto może wdrażać?



Samorząd województwa i jego jednostki organizacyjne

które kierują szpitalami z oddziałami onkologii dziecięcej

Jakie są najważniejsze funkcje?

- Koncentracja wsparcia na otoczeniu chorego dziecka i budowanie wokół niego bezpiecznej sieci.
- Prowadzenie rodziców krok po kroku po dostępnych formach pomocy.
- Umożliwienie indywidualnej oceny sytuacji i doboru adekwatnych usług wspierających.
- Koordynacja pracy specjalistów i usprawnienie współpracy między instytucjami.
- Precyzyjne dostarczanie wsparcia w momencie pojawienia się trudności lub wcześniej, by zapobiegać kryzysom.
- Zapewnienie ciągłości wsparcia od diagnozy, przez leczenie, po powrót do codzienności lub proces żałoby.

Jak działa innowacja?



Rodzice lub opiekunowie chorych dzieci

Po otrzymaniu diagnozy zostają poinformowani przez Koordynatora leczenia onkologicznego o możliwości udziału w Modelu DOM. Po wyrażeniu zgody przystępują do programu i zostają skierowani do Psychologa szpitalnego na diagnozę sytuacji rodziny obejmującą emocje, relacje, potencjalne potrzeby finansowe i organizacyjne. Następnie zostają przekierowani do Opiekuna rodziny z Instytucji wdrażającej, który przedstawia listę specjalistów z bazy. Rodzice wybierają osoby do współpracy lub mogą wskazać własnych specjalistów, którzy mogą zostać dołączeni do systemu. W oparciu o Indywidualny Plan Działania korzystają z usług specjalistów (np. psychologa, pracownika pomocy społecznej, prawnika, dietetyka, duchownego, rehabilitanta, logopedy, psychiatry). Rodzice finansują specjalistów według zasad wskazanych w programie.



Szpital

Koordynator leczenia onkologicznego przekazuje rodzinie informację o modelu i, za jej zgodą, zgłasza ją do Instytucji wdrażającej. Psycholog szpitalny przeprowadza diagnozę sytuacji rodziny obejmującą emocje, potrzeby i kontekst społeczny, a następnie analizuje wyniki diagnozy. Na tej podstawie powstaje Indywidualny Plan Działania, który jest przekazywany do Instytucji wdrażającej. Psycholog szpitalny wspiera także dziecko i rodzinę podczas hospitalizacji.



Instytucja wdrażająca

Instytucja odpowiada za organizację całego systemu. W modelu pełni funkcję węzła koordynacji. Wyznacza Opiekuna rodziny odpowiedzialnego za wprowadzenie w Model DOM oraz stały kontakt z rodziną. Odbiera Indywidualny Plan Działania (IPD) od Psychologa szpitalnego, analizuje i wspólnie z rodziną decyduje o realizacji planu. Buduje wokół rodziny sieć wsparcia, z którą mogą się kontaktować, pomaga w organizacji pierwszych spotkań oraz koordynuje współpracę między podmiotami. Monitoruje sytuację rodziny i aktualizuje IPD, gdy pojawiają się nowe potrzeby, reaguje na pojawiające się trudności.

Dodatkowo wyznacza rolę Opiekuna sieci wsparcia, który jest odpowiedzialny za dbanie o wprowadzenie specjalistów w program, edukację z zakresu rodzajów potrzebnego wsparcia, utrzymanie bazy specjalistów, a także dodawanie nowych specjalistów zgłaszanych przez rodziny.



Pracownicy pomocy społecznej

Otrzymują kontakt do rodziny od Instytucji wdrażającej. Wspierają w uzyskaniu świadczeń, wypełnianiu formalności, poszukiwaniu dodatkowych środków finansowych oraz monitorują sytuację socjalną rodziny w trakcie leczenia. Współpracują z Opiekunem rodziny, tak aby wsparcie było w pełni zsynchronizowane z pozostałymi działaniami.



Specjaliści zewnętrzeni

Świadczą usługi określone w IPD. Specjaliści z bazy otrzymują informację o zakresie potrzeb i kontynuują współpracę z samorządem jako część sieci. Specjaliści spoza bazy, wskazani przez rodzinę, mogą zostać do niej włączeni poprzez nawiązanie współpracy z urzędem, co może stanowić dla nich dodatkową formę docierania do nowych klientów.



Placówki edukacyjne

Wspierają dziecko w procesie powrotu do szkoły lub przedszkola. Organizują warsztaty klasowe, konsultacje dla nauczycieli i zajęcia adaptacyjne dla rówieśników. Psycholog szkolny pełni rolę ambasadora powrotu dziecka i wspiera nauczycieli w pracy z klasą – także w sytuacji żałoby po śmierci ucznia. Placówki współpracują z Opiekunem rodziny.



Dziecko chorujące onkologicznie

Dziecko otrzymuje środowisko wsparcia dostosowane do etapu leczenia, np. konsultacje psychologiczne, rehabilitację, pomoc logopedy czy dietetyka.



Rodzeństwo oraz bliskie otoczenie chorego

Rodzeństwo i bliscy mogą korzystać ze wsparcia specjalistów w radzeniu sobie z trudną sytuacją (np. psychologów) oraz edukacji dotyczącej rodzaju potrzebnego wsparcia w zakresie wspierania swojego rodzeństwa chorującego onkologicznie (np. na grupach wsparcia, podczas konsultacji psychologicznych lub poprzez materiały edukacyjne).



Rodzina siedzi razem z przydzielonym Opiekunem w jasnym pokoju. Dorośli rozmawiają i gestykulują, a dziecko rysuje przy stoliku. Wszyscy wspólnie analizują Indywidualny Plan Działania.

Dlaczego to działa?

- W Modelu DOM wsparcie kierowane jest nie tylko do chorego dziecka, ale w równym stopniu obejmuje całą jego rodzinę i otoczenie.
- Zapewnione jest holistyczne, zsynchronizowane wsparcie: emocjonalne, opiekuńczo-wychowawcze, społeczne, rodzinne, szkolne, finansowe i materialne, edukacyjne, medyczne, komunikacyjne.
- Rodzina otrzymuje jasny Indywidualny Plan Działania, który porządkuje chaos i zmniejsza lęk.
- Wzmacnia zasoby rodziny poprzez pracę w oparciu o psychologię pozytywną i teorię adaptacji.
- Odciąża rodziców poprzez przejęcie od nich organizacji formalności, kontaktów i usług.
- Angażuje szkołę i środowisko lokalne, dzięki czemu redukuje izolację i wykluczenie społeczne.
- Zapewnia szybką, interdyscyplinarną pomoc dzięki współpracy szpitala, OPS, Specjalistów i NGO.
- Elastycznie dopasowuje formę wsparcia do sytuacji rodziny.
- Zwiększa kompetencje i pewność siebie opiekunów, co bezpośrednio poprawia jakość życia dziecka.
- Jest rozwiązaniem systemowym, wpisanym w proces leczenia.

Jak wygląda przykładowy program?

Program opiera się na wsparciu dziecka chorego onkologicznie, jego rodziny oraz otoczenia. Działania skupiają się na kluczowych potrzebach poszczególnych odbiorców.

Dla rodziców lub opiekunów



Indywidualny Plan Działania (IPD)

- dokument opracowywany na podstawie diagnozy psychologa szpitalnego i rozmów z Opiekunem rodziny
- porządkuje obowiązki, formalności i ścieżki wsparcia na kolejne tygodnie i miesiące, wskazuje, z jakich specjalistów skorzystać i w jakiej kolejności, redukuje poczucie chaosu i przeciążenia po diagnozie



Psycholog (poza szpitalem)

- pomoc w radzeniu sobie z silnymi emocjami: lękiem, złością, poczuciem winy, bezradnością
- profilaktyka poważniejszych zaburzeń: reagowanie na pierwsze symptomy kryzysów emocjonalnych i wychowawczych
- wsparcie w komunikowaniu się z dzieckiem i rodzeństwem, także na tematy tabu
- pomoc w odbudowywaniu relacji z otoczeniem i przechodzeniu przez kryzysy małżeńskie
- towarzyszenie w żałobie i reorganizacji życia po stracie



Psychiatra

- diagnoza i leczenie zaburzeń lękowych, depresyjnych, adaptacyjnych i PTSD
- wdrożenie farmakoterapii w sytuacjach silnego obciążenia emocjonalnego rodzica
- wsparcie tam, gdzie psychoterapia jest niewystarczająca
- konsultacje kryzysowe w momentach nawrotu choroby lub nagłego pogorszenia stanu dziecka



Pomoc społeczna

- pomoc w uzyskaniu świadczeń, zasiłków, dofinansowań i orzeczeń
- prowadzenie przez procesy formalne wymagające wieloetapowych procedur
- wsparcie pracownika socjalnego lub asystenta rodziny w codziennym funkcjonowaniu
- wskazanie świetlic, grup wsparcia, form dożywiania (pomoc materialna i formalna), mieszkań treningowych
- pomoc w sytuacji utraty pracy przez jednego z opiekunów
- wsparcie formalne w edukacji: organizacja indywidualnego nauczania, IPET, zajęć specjalistycznych, zapisy do przedszkola lub szkoły



Prawnik / radca prawny

- diagnoza sytuacji prawnej i wskazanie, które aspekty wymagają uregulowania
- wsparcie w sprawach rodzinnych: alimenty, władza rodzicielska, porozumienia rodzicielskie
- przygotowanie dokumentów i planów działania skracających postępowania sądowe
- przeprowadzenie przez pilne procedury
- pomoc w zabezpieczeniu sytuacji finansowej rodziny w trakcie leczenia



Fundacje (NGO)

- organizowanie subkont i zbiórek finansowych
- wsparcie w mądrym planowaniu wydatkowania środków przez rodzinę
- dostęp do darmowych konsultacji (np. dietetycznych, psychologicznych)
- organizacja hosteli dla rodziców, obozów terapeutycznych, grup samopomocowych



Dietetyk

- edukacja żywieniowa dla całej rodziny podczas leczenia dziecka
- poradnictwo dotyczące utraty apetytu, nudności i trudności z jedzeniem u dziecka
- wsparcie w redukowaniu napięć związanych z jedzeniem (konflikty przy posiłkach, przeciążenie emocjonalne rodziców)
- omawianie zaleceń żywieniowych po leczeniu i w okresie rekonwalescencji
- pomoc w planowaniu jadłospisu, przekazywanie list produktów i zaleceń
- wsparcie w rozpoznawaniu momentu, w którym potrzebna jest konsultacja gastroenterologiczna lub pediatryczna



Genetyk

- poradnictwo dla rodzin, w których podejrzewa się genetyczne uwarunkowania nowotworów
- wsparcie dla rodziców w okresie planowania kolejnej ciąży
- analizowanie wyników badań genetycznych dziecka i omawianie ich konsekwencji
- wskazanie badań przesiewowych dla rodzeństwa lub członków rodziny, jeśli istnieją zalecenia



Duchowny

- rozmowy w kryzysie duchowym, poszukiwanie sensu, towarzyszenie w cierpieniu
- pomoc w przygotowaniu pogrzebu i wsparcie bliskich w żałobie



Doradca zawodowy

- wsparcie w sytuacji utraty pracy lub konieczności jej ograniczenia przez chorobę dziecka
- pomoc w wyborze ścieżek przekwalifikowania lub kursów zawodowych
- analiza sytuacji zawodowej rodzica i wskazanie możliwych form aktywizacji
- przygotowanie do rozmów z pracodawcą oraz planowania powrotu do pracy
- tworzenie CV, dokumentów i planów działania na kolejne miesiące

Dla dziecka chorego onkologicznie



Psycholog

- pomoc w regulacji emocji i lęku (w tym lęku przed nawrotem choroby)
- treningi umiejętności społecznych i radzenia sobie ze złością
- wsparcie w sytuacjach buntu, regresu i zmian w życiu szkolnym



Psychiatra

- konsultacja w przypadku pojawienia się zaburzeń nastroju, lęku, depresji lub PTSD
- farmakoterapia wspierająca proces leczenia psychoterapeutycznego
- pomoc w sytuacjach kryzysowych (lęk przed leczeniem, objawy psychozy polekowej, zaburzenia snu)
- wsparcie w okresie rekonwalescencji i powrotu do szkoły



Rehabilitant

- specjalistyczne ćwiczenia niwelujące skutki leczenia
- wsparcie w akceptacji zmian w wyglądzie i sprawności
- motywowanie do regularnych ćwiczeń, redukcja lęku przed rehabilitacją



Logopeda

- zajęcia terapeutyczne w przypadku skutków leczenia wpływających na mowę
- diagnoza w poradni i wskazanie form wsparcie
- koordynacja zajęć w szkole lub w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO)



Doradca zawodowy

- określenie potencjału zawodowego po leczeniu
- pomoc w wyborze kierunku nauki, zawodu, planowaniu kariery
- wsparcie w dokumentach, rozmowach o pracę, adaptacji do rynku pracy



Duchowny

- rozmowy w kryzysie duchowym, poszukiwanie sensu, towarzyszenie w cierpieniu
- pomoc w przygotowaniu się na śmierć

Dla rodzeństwa



Psycholog

- pomoc w radzeniu sobie ze zmianą ról w rodzinie po diagnozie
- wsparcie emocjonalne w sytuacji zazdrości, lęku, złości, poczucia pominięcia lub winy
- praca nad objawami dezadaptacyjnymi (np. regres, wycofanie, trudności w szkole)
- rozmowy o chorobie brata/siostry w bezpiecznej, zrozumiałej formie
- profilaktyka ryzykownych zachowań (samookaleczenia, nadużywanie substancji, wybuchy agresji)
- budowanie umiejętności komunikowania potrzeb i granic w sytuacji kryzysowej
- wsparcie w żałobie po śmierci rodzeństwa



Grupy wsparcia

- pomoc w adaptacji do zmiany ról w rodzinie
- wsparcie emocjonalne: radzenie sobie z lękiem, zazdrością, złością, poczuciem pominięcia
- psychoedukacja o chorobie i jej skutkach
- pomoc w przechodzeniu żałoby po utracie brata/siostry

Dla bliskiego otoczenia chorego dziecka



Materiały czytane

- jak wspierać rodzinę i nie naruszać jej granic
- jak rozmawiać z rodzicami i dziećmi w trakcie leczenia
- co zrobić, aby zaoferować realną pomoc bez presji
- edukacja dla osób, które „chcą pomóc, ale nie wiedzą jak”



Grupy wsparcia / spotkania psychoedukacyjne

- zmniejszanie lęku społecznego przed nowotworem
- budowanie uważności i empatii w otoczeniu
- przygotowanie społeczności lokalnej do reagowania na chorobę i żałobę



Psychiatra

- konsultacje dla bliskich, którzy przeżywają silny stres, lęk lub nie radzą sobie emocjonalnie z chorobą w rodzinie
- wsparcie farmakologiczne w przypadku poważnych kryzysów psychicznych (np. u dziadków, opiekunów drugorzędnych)
- pomoc w sytuacjach nagłych, wymagających stabilizacji emocjonalnej
- psychoedukacja na temat tego, jak bezpiecznie wspierać rodzinę

Dla specjalistów zewnętrznych



Dostęp do rodzin w modelu DOM

- możliwość docierania do nowych klientów objętych programem
- wsparcie superwizją (opcjonalne)



Szkolenia online

- wsparcie w pracy z rodziną zmagającą się z chorobą onkologiczną
- wiedza o konsekwencjach leczenia i potrzebach psychospołecznych rodziny
- standardy współpracy w programie DOM

Dla placówek edukacyjnych



Wsparcie pracy psychologa szkolnego

- przygotowanie klasy i nauczycieli na informację o chorobie jednego z uczniów
- przygotowanie do włączania dziecka w życie klasy podczas leczenia oraz na powrót dziecka do przedszkola lub szkoły
- wsparcie w uwrażliwianiu uczniów na zmiany wyglądu i potrzeby rówieśnika
- scenariusze zajęć integracyjnych dla klasy



Materiały dla kadry pedagogicznej

- jak pracować z dzieckiem przewlekle chorym
- jak wspierać rodziców ucznia
- jak reagować w sytuacji żałoby szkolnej



Szkolenie online dla kadry pedagogicznej

- psychoedukacja na temat radzenia sobie z emocjami, problemów psychospołecznych rodziny onkologicznej, barier komunikacyjnych oraz form pomocy uczniom przewlekle chorym

2. Jakie jednostki mogą wdrażać innowacje?

W ramach grantów innowacje mogą być wdrażane przez Jednostki Samorządu Terytorialnego oraz ich jednostki organizacyjne. Jednak innowacje mogą być także wdrażane poza grantem w ramach własnych zasobów. W takim przypadku nie ma ograniczeń i istnieje możliwość samodzielnego wykorzystania dostępnych materiałów. Dodatkowo wyłoniono także możliwych partnerów lokalnych, którzy mogą stanowić istotne wsparcie podczas wdrażania innowacji.

Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST) i jednostki organizacyjne JST

- 1. Samorząd województwa i jego jednostki organizacyjne**
Kierują szpitalami z oddziałami onkologii dziecięcej.

Potencjalni partnerzy lokalni

- 1. Szpitale i oddziały hematologiczne i onkologiczne**
Kluczowe źródło informacji o rodzinach; diagnozują sytuację psychospołeczną i przekazują zgłoszenia do modelu DOM.
- 2. Ośrodki Pomocy Społecznej**
Prowadzą rodziny przez formalności, świadczenia i procesy socjalne; zapewniają praktyczne i finansowe wsparcie.
- 3. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie**
Organizują usługi specjalistyczne, wsparcie rehabilitacyjne i działania dla rodzin w kryzysie.

4. Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne

Wydają opinie i orzeczenia, wspierają dzieci w edukacji, diagnozują potrzeby rozwojowe.

5. Placówki edukacyjne (szkoły i przedszkola)

Wdrażają ścieżki powrotu dziecka do szkoły, organizują warsztaty klasowe i wspierają rówieśników.

6. Organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia)

Zapewniają wsparcie finansowe, psychologiczne, terapeutyczne i organizują grupy samopomocowe.

7. Specjaliści zewnętrznymi (psychologowie, psychoterapeuci, logopedzi, rehabilitanci, dietetycy, doradcy zawodowi, psychiatrzy)

Realizują indywidualne usługi wskazane w IPD.

8. Radcy prawni i prawnicy

Wspierają rodziny w regulowaniu spraw rodzinnych, alimentacyjnych, opiekuńczych i formalnych.

9. Duchowni i wspólnoty religijne

Zapewniają duchowe wsparcie w sytuacjach granicznych, kryzysowych i w okresie żałoby.

10. Wolontariaty lokalne i parafialne

Organizują pomoc praktyczną, wsparcie emocjonalne i działania odciążające rodzinę.

11. Centra Zdrowia Psychicznego

Prowadzą konsultacje psychiatryczne dla dzieci, rodziców i bliskich.

12. Poradnie zdrowia psychicznego i gabinety psychiatryczne

Reagują na kryzysy emocjonalne, wdrażają farmakoterapię.

13. Podmioty lecznicze oferujące rehabilitację

Realizują terapię ruchową i wspierają powrót do sprawności po leczeniu.

14. Instytucje rynku pracy (PUP, WUP)

Wspierają rodziców i ozdrowieńców w aktywizacji zawodowej i planowaniu kariery.

15. Centra organizacji pozarządowych / inkubatory NGO

Wspierają współpracę z organizacjami i koordynację zasobów społecznych.

16. Parafie i lokalne wspólnoty społeczne

Wzmacniają sieć wsparcia rodzinnego i środowiskowego.

17. Uniwersytety medyczne, poradnie genetyczne

Świadczą konsultacje genetyczne i wspierają diagnostykę chorób predysponujących.

3. Do jakich odbiorców jest kierowana innowacja?

Jednym z istotniejszych zadań podczas wdrażania innowacji jest precyzyjne określenie grupy odbiorców. Pozwala to na lepsze zarządzanie wdrożeniem i realizacją zadań, a także bardziej precyzyjne działania komunikacyjne i rekrutacyjne.



Rodzice lub opiekunowie

- Osoby stojące w obliczu silnego lęku o życie dziecka, zmagające się z bezradnością, poczuciem winy i przeciążeniem emocjonalnym.
- Doświadczają wysokiego stresu rodzicielskiego, często objawów PTSD oraz kryzysów małżeńskich i trudności komunikacyjnych.
- Mają ograniczone zasoby czasowe i finansowe, doświadczają pogorszenia się sytuacji finansowej – rezygnują z pracy, mierzą się z kosztami leczenia i skomplikowanymi formalnościami.
- Zmagają się z problemami wychowawczymi i poczuciem zaniedbywania zdrowego rodzeństwa.
- Często czują się samotni, niezrozumiani i odizolowani od środowiska lokalnego.
- Wymagają wsparcia w radzeniu sobie z emocjami, utrzymaniu funkcjonowania rodziny i w nabyciu nowych kompetencji potrzebnych w chorobie dziecka.



Dziecko chore onkologicznie

- Dzieci i młodzież w trakcie lub po leczeniu onkologicznym, których potrzeby emocjonalne i rozwojowe zmieniają się wraz z wiekiem i etapem choroby.
- Młodsze dzieci (0-6 lat) przeżywają silny lęk przed bólem i okaleczeniem, reagują na emocje rodziców i potrzebują możliwości odreagowania.

- Dzieci w wieku szkolnym (7-12 lat) często doświadczają poczucia winy, obawiają się rokowań i mają zniekształcone wyobrażenia choroby.
- Nastolatki (13-18 lat) zmagają się z lękiem o przyszłość, tożsamość, płodność, wygląd i wybory zawodowe; mogą doświadczać depresji, buntu i spadku motywacji.
- Choroba wpływa na ich edukację, kontakty społeczne i relacje z rówieśnikami, często prowadząc do izolacji.
- Potrzebują wsparcia emocjonalnego, terapeutycznego, edukacyjnego i środowiskowego.



Rodzeństwo

- Zdrowe dzieci, które często czują się pomijane, przeciążone lub niewidziane w sytuacji choroby brata lub siostry.
- Doświadczają zazdrości, lęku, złości i poczucia winy oraz często nie komunikują swoich emocji, by nie obciążać dodatkowo rodziców.
- Często obwiniają się za chorobę rodzeństwa lub martwią się o utratę rodzica, który większość czasu spędza w szpitalu.
- Mają mniej czasu z rodzicami, otrzymują mniej uwagi i wsparcia, co może prowadzić do problemów szkolnych i społecznych.
- Relacje z chorym dzieckiem bywają ambiwalentne – pełne miłości, ale też rywalizacji i frustracji.
- Wymagają indywidualnego wsparcia, aby nie czuć się odpowiedzialnymi, zaniedbanymi i pozostawionymi bez pomocy.



Bliskie otoczenie chorego dziecka

- Dziadkowie, wujostwo, kuzynostwo, sąsiedzi i inni bliscy, którzy również przeżywają lęk, stres i bezradność, ale rzadko są ujmowani jako grupa wymagająca pomocy.
- Często to oni przejmują opiekę nad zdrowym rodzeństwem lub wspierają rodziców logistycznie i emocjonalnie.
- Mają problemy z komunikacją z dzieckiem i rodziną, nie wiedzą jak reagować na chorobę, jak odciążać rodziców i jak być wsparciem bez naruszania granic.
- Doświadczają własnych kryzysów emocjonalnych, wymagają psychoedukacji i czasem specjalistycznego wsparcia psychologicznego lub psychiatrycznego.
- Potrzebują wiedzy, jak pomagać w sposób bezpieczny, adekwatny i wspierający, a nie obciążający rodzinę.

4. Na czym polega wyjątkowość tego rozwiązania?

Warto mieć świadomość, na czym polega wyjątkowość tego rozwiązania, i dbać o to, aby te aspekty nie umknęły w gąszczu zadań i terminów.

Kompleksowe wsparcie rodziny

Model obejmuje nie tylko dziecko, ale także rodziców, rodzeństwo i bliskich, odpowiadając na emocjonalne, społeczne, finansowe i prawne skutki choroby. Rozwiązuje problemy, które w standardowych działaniach pozostają poza zakresem wsparcia.

Interdyscyplinarna sieć

Model łączy szpital, OPS, szkoły, NGO, specjalistów w jednym procesie – od diagnozy do powrotu po chorobie do codziennego życia. Dzięki temu rodziny nie muszą samodzielnie koordynować działań, co w kryzysie jest dla nich szczególnie wymagające.

Wczesne wykrywanie problemów i profilaktyka

Model pozwala zauważyć pierwsze symptomy zaburzeń emocjonalnych, trudności wychowawczych i przeciążenia rodziców oraz rodzeństwa. Dzięki temu możliwe jest zapobieganie poważnym konsekwencjom psychicznym i społecznym.

Koordinacja finansowania

Model pomaga rodzinie nie tylko w pozyskiwaniu środków, ale też w planowaniu wydatków tak, by odpowiadały realnym potrzebom leczenia i funkcjonowania.

5. Co możecie zyskać wdrażając innowację?

Wdrożona innowacja może służyć rozwiązaniu konkretnego problemu danego samorządu, ale także wpisywać się w szereg innych zadań i celów. Poniżej znajdują się korzyści dla samorządów wdrażających.

Realizacja polityki zdrowotnej i społecznej

Model dostarcza jakościowych informacji o potrzebach rodzin, ich funkcjonowaniu, barierach i zasobach. To wiedza, która wspiera planowanie polityk publicznych i projektowanie usług.

Budowanie wizerunku innowatora społecznego

Samorząd wojewódzki może stać się liderem we wdrażaniu innowacji społecznych o udowodnionej skuteczności, co poprawia wizerunek regionu w zakresie troski o najłabszych.

Wzmocnienie kompetencji lokalnych instytucji

Pracownicy OPS, szkół i placówek zdrowia otrzymują konkretne narzędzia, szkolenia i procedury, co zwiększa ich skuteczność i pewność działania w sytuacjach rzadkich, trudnych i obciążających emocjonalnie.

Spójny, koordynowany system wsparcia

Samorząd zyskuje model, który łączy działania szpitali, OPS, placówek edukacyjnych, NGO i specjalistów, eliminując fragmentaryczność usług. Model wprowadza jasne role, wspólne standardy i punkty kontaktu. Dzięki temu wsparcie jest efektywne, przewidywalne i mierzalne.

Wyższy poziom zaufania do instytucji

Rodziny otrzymują przejrzystą ścieżkę wsparcia, co zwiększa zaufanie do instytucji publicznych. Samorząd może zyskać wizerunek opiekuńczego, profesjonalnego i odpowiedzialnego partnera.

Potencjał do skalowania

Model może być wdrażany w kolejnych powiatach, szpitalach i gminach. Jest uniwersalny i pozwala na stopniową rozbudowę, np. rodzin z chorującą osobą dorosłą, a także innych grup w kryzysie.

6. Dlaczego Wasi odbiorcy będą zainteresowani innowacją?

Podczas rekrutacji odbiorców do projektu ważne jest, aby mówić do nich językiem ich korzyści. Dzięki temu będą w stanie zrozumieć, czego mogą się spodziewać po uczestnictwie i zobaczyć, jak wpłynie to na ich życie.

Poniżej znajdziesz główne korzyści, które możesz przywołać, pozyskując różne grupy odbiorców dla wdrażanej innowacji.



Rodzice lub opiekunowie

- Możliwość uzyskania kompleksowego i precyzyjnie dobranego wsparcia dopasowanego do realnych potrzeb rodziny.
- Odciążenie w trudnych formalnościach, sprawach socjalnych, finansowych i prawnych.
- Wsparcie w radzeniu sobie z emocjami, traumą, lękiem i przeciążeniem psychicznym.
- Profesjonalna pomoc w rozwiązywaniu trudności wychowawczych i komunikacyjnych.
- Poczucie bezpieczeństwa wynikające z obecności Opiekuna rodziny, który poszukuje rozwiązań oraz kierunkuje ich działania.
- Większa stabilność funkcjonowania rodziny i poprawa jakości życia w czasie leczenia dziecka.



Dziecko chore onkologicznie

- Łatwiejsza reintegracja z klasą i społecznością szkolną po okresie izolacji i nauczania indywidualnego.
- Wsparcie psychologiczne i terapeutyczne dostosowane do wieku oraz etapu choroby.
- Powrót do środowiska rówieśniczego, które jest przygotowane na emocjonalne i społeczne skutki leczenia.
- Poczucie bezpieczeństwa wynikające z jednoczesnego wsparcia rodziców i szkoły.



Rodzeństwo

- Zauważenie ich potrzeb emocjonalnych, które zwykle pozostają w cieniu choroby.
- Możliwość otrzymania indywidualnego wsparcia psychologicznego i grupowego.
- Pomoc w radzeniu sobie z zazdrością, lękiem, poczuciem winy lub samotnością.
- Edukacja, jak wspierać chore rodzeństwo bez przeciążania siebie.



Bliskie otoczenie chorego dziecka

- Dostęp do jasnych, zrozumiałych materiałów i poradników, jak wspierać rodzinę.
- Wsparcie wiedzą i narzędziami, by reagować adekwatnie i bez lęku.
- Możliwość uczestniczenia w procesie wsparcia bez naruszania granic rodziców.
- Większa pewność działania w sytuacji, która zwykle budzi bezradność i niepokój.

02

Instrukcja wdrożenia



1. Na czym będzie polegało wdrożenie?

Innowacja została podzielona na 5 etapów. Dodatkowo wyłonione zostały działania, które powinny zostać zrealizowane w trakcie realizacji grantu (etapy 1 i 2). Etapy 3 i 4 pozwalają rozwijać innowację, jednak nie są wymagane do rozliczenia grantu.

Przed napisaniem wniosku o grant

0

Rozpoznanie (2-3 miesiące)

Rozpoznanie posiadanych zasobów i potrzeb podczas wdrażania innowacji. Nawiązanie współpracy z partnerami. Przygotowanie rekrutacji na nowe stanowiska.

Realizacja grantu

01

Przygotowanie (9 miesięcy)

Rekrutacja zespołu. Przygotowanie procesów, narzędzi pracy i procedur. Przeprowadzenie pilotażu usługi.

02

Uruchomienie (3 miesiące)

Rozpoczęcie wdrożenia usługi. Opracowanie szkolenia. Rekrutacja specjalistów do sieci wsparcia. Aktualizacja procedur.

Rozwój rozwiązania po rozliczeniu grantu

03

Monitoring (6 miesięcy)

Monitorowanie skuteczności i jakości działania oraz przygotowanie do dalszego upowszechniania usługi.

04

Upowszechnianie (12 miesięcy)

Poszerzanie obszaru działania Modelu DOM oraz budowanie społeczności wokół systemu wsparcia.

2. Jakich zasobów potrzebujecie do wdrożenia?

Do wdrożenia będziesz potrzebować różnego rodzaju zasobów, które zostały podzielone na kilka kategorii.

Zasoby ludzkie porządkują, jakie role są potrzebne do przeprowadzenia rozwiązania i prawdopodobnie będą wymagały stworzenia nowych stanowisk pracy.

Zasoby organizacyjne wyznaczają listę działań, o które należy zadbać w ramach własnej organizacji.

Zasoby informacyjne porządkują, o jakiego rodzaju informacje warto zadbać podczas realizacji innowacji.

Zasoby przestrzenne wskazują na to, jakiego rodzaju przestrzeń będzie konieczna do wdrożenia innowacji.

Zasoby ludzkie



- **Opiekun rodziny** — kluczowa rola w Modelu DOM, pozwalająca na prowadzenie rodzin po udzielanym wsparciu; zatrudniona w Samorządzie wojewódzkim; nawiązanie pierwszego kontaktu z rodziną po otrzymaniu zgłoszenia od Koordynatora leczenia onkologicznego; omówienie z rodzicami lub opiekunami diagnozy przeprowadzonej przez Psychologa szpitalnego oraz opracowanego przez niego Indywidualnego Planu Działania (IPD); zapewnienie rodzinie poczucia bezpieczeństwa i jasnych instrukcji działania; wspólne podejmowanie decyzji z rodziną o planie działania i rodzaju udzielanego wsparcia; przedstawienie rodzinie możliwych opcji doboru specjalistów i uzyskanie decyzji rodziny o pożądanym specjalistach; organizowanie pierwszych konsultacji i odciążenie rodziny z umawiania wizyt; koordynacja współpracy między wszystki-

mi instytucjami: szpitalem, OPS, szkołą, NGO i specjalistami; monitorowanie realizacji IPD oraz reagowanie na nowe potrzeby (aktualizacja planu, dodawanie specjalistów, interwencje kryzysowe); zapewnienie ciągłości wsparcia na każdym etapie: od diagnozy, przez leczenie, po rekonwalescencję lub żałobę; wstępne rozpoznawanie sygnałów kryzysów psychicznych, wychowawczych i relacyjnych – kierowanie do adekwatnych specjalistów; tworzenie bezpiecznej przestrzeni komunikacyjnej dla rodziców, rodzeństwa i bliskich; raportowanie postępów i dokumentowanie działań w bazie rodzin; współpraca z Opiekunem sieci wsparcia w celu stałego doskonalenia Modelu i jakości usług oraz konsultowania trudnych przypadków; wdrażanie zmian; udział w superwizjach i szkoleniach doskonalących kompetencje.

Proponowane wymogi stanowiskowe:

- wykształcenie wyższe (preferowane kierunki: psychologia, pedagogika, praca socjalna, socjologia, zdrowie publiczne)
 - doświadczenie w pracy z rodzinami w kryzysie
 - doświadczenie w pracy z osobami chorymi onkologicznie
 - umiejętność prowadzenia rozmów w sytuacji silnych emocji i traum
 - doświadczenie w pracy międzysektorowej (szkoły, pomoc społeczna, służba zdrowia)
 - wysoka umiejętność organizacji i koordynacji wielu procesów jednocześnie
 - kompetencje miękkie: empatia, wyczuwanie, odporność emocjonalna, umiejętność stawiania granic
- **Opiekun sieci wsparcia** — rola odpowiadająca za edukację osób wchodzących w skład sieci wsparcia, a także odpowiedzialna za zapewnienie jakości i spójności całego Modelu DOM; tworzenie i rozwijanie standardów pracy, procedur i narzędzi (IPD, diagnoza, ścieżki wsparcia); wdrożenie i monitorowanie aktualności baz specjalistów oraz baz rodzin; nawiązywanie i utrzymywanie partnerstw niezbędnych do realizacji usług (OPS, PCPR, placówki edukacyjne, NGO, specjaliści z bazy); aktualizowanie katalogu specjalistów; realizacja onboardingu nowych pracowników w urzędzie i specjalistów; koordynacja wypracowywania materiałów i treści edukacyjnych (szkolenia,

brozury dla rodzin, otoczenia); organizacja procesu szkoleń we współpracy z ekspertami i metodykiem; monitorowanie efektywności i jakości usług (kontrola dokumentacji, analiza danych, rekomendacje usprawnień); wspieranie Opiekunów rodziny w rozwiązywaniu trudnych przypadków i dostarczaniu adekwatnego wsparcia; stały kontakt z Koordynatorami leczenia onkologicznego i Psychologami szpitalnymi w celu doskonalenia diagnoz i przepływów informacji.

Proponowane wymogi stanowiskowe:

- doświadczenie w prowadzeniu zespołów lub koordynowaniu projektów społecznych
 - doświadczenie w zarządzaniu dużymi lub złożonymi projektami
 - kompetencje analityczne i umiejętność tworzenia procedur
- **Superwizor** — regularne wsparcie dla sieci współpracujących osób; tworzenie bezpiecznej przestrzeni do omawiania trudnych przypadków i dylematów etycznych; pomoc w analizie emocjonalnego obciążenia pracowników i zapobieganiu wypaleniu; wzmacnianie kompetencji pracy z traumą, stratą, kryzysami rodzinnymi i chorobami przewlekłymi; identyfikowanie powtarzających się problemów systemowych i przekazywanie rekomendacji Opiekunowi sieci wsparcia; dbanie o jakość i etykę pracy; wspieranie wymiany doświadczeń i rozwoju zawodowego między uczestnikami; prowadzenie comiesięcznych superwizji grupowych (1 grupa to max. 12 osób, 3h) dla: Opiekunów rodziny oraz Opiekunów sieci wsparcia. Rekomendowane jest także objęcie superwizją: Pracowników pomocy społecznej, Koordynatorów leczenia onkologicznego, Psychologów szpitalnych, Psychologów szkolnych czy Specjalistów z bazy. Zakres osób, które mogą zostać objęte wsparciem, zależy od możliwości finansowych Instytucji wdrażających.

Zalecane wymogi stanowiskowe:

- uprawnienia superwizora (PTO, PTP, stowarzyszenia psychoterapeutyczne lub równoważne)
- minimum 5 lat doświadczenia w pracy klinicznej
- doświadczenie w pracy z rodzinami w kryzysie, traumie lub onkologii
- kompetencje w prowadzeniu superwizji grupowych

- **Eksperci merytoryczni** — służą wiedzą i doświadczeniem w opracowywaniu merytoryki szkoleń. Mogą być to: psychoonkolodzy, pracownicy pomocy społecznej, koordynatorzy leczenia onkologicznego czy pracownicy NGO. Mogą zostać włączeni do projektu i realizować zadania lub uczestniczyć w wywiadach z Opiekunami sieci wsparcia, podczas których dzielą się swoją ekspertyzą; mogą sprawować patronat merytoryczny nad szkoleniami, które będą wypracowywane przez zespół Opiekuna sieci wsparcia (w zależności od środków).
- **Ekspert ds. wdrażania procesów wsparcia** — strategiczna rola wspierająca zespół we wdrożeniu Modelu DOM; uporządkowanie i dostosowanie procesów, które umożliwią skuteczne, spójne i skalowalne świadczenie usług; mapowanie doświadczenia wszystkich interesariuszy, w celu zrozumienia ich potrzeby, punkty tarcia i ryzyka; opisywanie przepływ informacji, zadań poszczególnych ról oraz konkretnych scenariusze wsparcia na każdym etapie choroby i zdrowienia; moderowanie warsztatów z zespołem wdrożeniowym oraz partnerami, wspólnie wypracowywanie procedur działania, zasady współpracy i minimalnej wersji usługi w ramach planowanego wdrożenia (MVP), która może zostać szybko przetestowana na małej grupie rodzin; wsparcie Opiekuna rodziny i Opiekuna sieci wsparcia w doprecyzowaniu narzędzi pracy, standardów jakości, wytycznych komunikacyjnych oraz mechanizmów monitorowania postępów i zbierania informacji zwrotnych; konsultowanie także treści szkoleń, dbanie o ich zgodność z procesem usługi i realnymi wyzwaniami partnerów; tworzenie wytycznych i treści do projektów graficznych z uwzględnieniem atrakcyjności formy dla odbiorców; przygotowanie pilotażowego rozwiązania; tworzenie planu testów; zbieranie informacji zwrotnych; analiza danych, obserwacja przebiegu wsparcia oraz identyfikuje problemy systemowe; proponowanie usprawnień, które zwiększają efektywność, zmniejszają obciążenie pracowników i podnoszą satysfakcję rodzin; opracowanie procesu docelowego przebiegu usługi w danym samorządzie; wspieranie zespołu w przygotowaniu wersji usługi możliwej do skalowania na kolejne powiaty i szpitale; koordynacja aktualizacji procedur, materiałów informacyjnych i narzędzi pracy, a także pomoc w reagowaniu na nowe potrzeby pojawiające

się w środowisku wdrożenia; umożliwienie zespołowi wdrożeniowemu pracę w sposób uporządkowany, świadomy i przewidywalny, a partnerom funkcjonowanie jako spójny, bezpieczny i profesjonalny system wsparcia rodzin dzieci onkologicznych

Zalecane wymogi stanowiskowe:

- wykształcenie wyższe (preferowane: nauki społeczne, psychologia, socjologia, pedagogika, zdrowie publiczne, polityka społeczna, zarządzanie, projektowanie usług lub kierunki pokrewne)
 - doświadczenie w projektowaniu usług (np. min. 3 zrealizowane projekty)
 - umiejętność projektowania i porządkowania procesów (mapowanie ścieżek użytkownika, service blueprint, procedury, standardy współpracy)
 - doświadczenie w prowadzeniu warsztatów roboczych i facylitacji pracy zespołów interdyscyplinarnych
 - zdolność analityczna – umiejętność wyciągania wniosków z danych jakościowych i ilościowych oraz przekładania ich na usprawnienia systemowe
 - umiejętność pracy iteracyjnej (MVP, pilotaż, testowanie, modyfikowanie rozwiązań)
 - zdolność do jasnego formułowania rekomendacji, zasad i wytycznych operacyjnych
 - mile widziane doświadczenie w service designie, design thinking lub projektowaniu usług publicznych (mile widziane)
-
- **Metodyk szkoleń online** — projektuje programy szkoleniowe i dba o ich jakość dydaktyczną; projektowanie architektury szkoleń online dla różnych grup; tworzenie scenariuszy, modułów, ścieżek nauczania oraz instrukcji użytkowania platformy; opracowywanie materiałów: prezentacji, e-booków, quizów, kart pracy, checklist; współpraca z Ekspertami merytorycznymi w celu dostosowania treści do praktycznych potrzeb odbiorców; dbanie o atrakcyjność formatów: krótkie lekcje, mikrotreści, nagrania wideo; zapewnienie spójności językowej, graficznej i merytorycznej materiałów; optymalizacja treści pod kątem dostępności (WCAG, uproszczony język, jasne formaty); przeprowadzanie ewaluacji szkoleń i analizy danych o skuteczności nauczania; modyfikowanie materiałów w oparciu o wnioski z superwizji, zgłoszenia uczestników i rekomendacje Opiekuna sieci wsparcia.

Zasoby organizacyjne



Samorząd wojewódzki

- **Koordynator projektu** — zarządzanie całym procesem wdrażania i realizacji Modelu DOM; koordynacja pracy wszystkich członków zespołu: Opiekunów rodziny, Opiekuna sieci wsparcia, specjalistów, eksperta ds. wdrażania procesów wsparcia, metodyka, trenerów i superwizorów; dbanie o to, aby każdy członek zespołu miał jasność co do roli, zadań i terminów; zapewnienie płynności komunikacji pomiędzy szpitalem, OPS, szkołami, specjalistami zewnętrznymi i instytucją wdrażającą; zapewnienie warunków do pracy zespołu; bieżące usuwanie barier utrudniających pracę Opiekunom i specjalistom; dbałość o to, aby każdy specjalista miał dostęp do odpowiednich narzędzi, informacji i zasobów; określanie priorytetów pracy zespołu, aby uniknąć przeciążenia i chaosu; reprezentowanie Modelu DOM w kontaktach ze szpitalami, OPS, PCPR, NGO, szkołami i partnerami zewnętrznymi; prowadzenie interwencji w sytuacjach kryzysowych, które dotyczą struktury lub zespołu; wspólne opracowywanie planów naprawczych z Opiekunem sieci wsparcia i kierownictwem instytucji; monitorowanie obciążenia pracowników i podejmowanie działań prewencyjnych; pilnowanie kompletności dokumentacji projektowej i zgodności działań z przyjętymi procedurami; koordynacja obiegu dokumentów (umowy, zgody, protokoły, raporty); dbanie o systemy raportowania i ich poprawne używanie; kontrola wskaźników projektu (np. liczba rodzin, efekty wsparcia, czas reakcji, liczba działań); analiza danych i rekomendowanie ulepszeń; prowadzenie cyklicznych spotkań zespołu i omawianie bieżących wyzwań; dbanie o standardy komunikacji zewnętrznej i wewnętrznej.
- **Obsługa prawna** — zapewnienie zgodności prawnej całego Modelu DOM; analiza zgodności projektowanych rozwiązań z przepisami prawa (m.in. ochrony zdrowia, pomocy społecznej, oświaty, ochrony danych osobowych, przetwarzania informacji wrażliwych); identyfikacja ryzyk prawnych związanych z funkcjonowaniem programu oraz rekomendowanie sposobów ich minimalizacji; tworzenie ram prawnych umożliwiających legalne i bezpieczne świadczenie usług przez różne instytucje publiczne i partnerów prywatnych; przygotowanie

i opiniowanie dokumentów formalno-prawnych opracowanie (lub opiniowanie) wszystkich dokumentów koniecznych do wdrożenia modelu, takich jak: zasady przetwarzania i wymiany danych, zgody i upoważnienia dla rodziców/opiekunów, regulaminy korzystania z usług modelu DOM, porozumienia o współpracy między instytucjami; dbanie o to, aby dokumenty były zrozumiałe, zgodne z prawem i dostosowane do praktyki operacyjnej; wsparcie w formułowaniu zapisów zapewniających bezpieczeństwo prawne instytucji i odbiorców programu; przygotowanie procedur dotyczących m.in.: procesów przetwarzania danych, udostępniania danych pomiędzy instytucjami, bezpieczeństwa danych medycznych i wrażliwych; tworzenie lub opiniowanie wzorów umów, porozumień i zasad współpracy; zapewnienie zgodności z ustawami regulującymi działalność jednostek samorządu terytorialnego; monitorowanie zgodności prawnej po uruchomieniu modelu (zwłaszcza na wstępnym etapie wdrożenia); bieżące opiniowanie zmian w procedurach i dokumentach.

- **Obsługa komunikacyjno-informacyjna** — rola odpowiedzialna za informowanieo projekcie w środowisku lokalnym; wsparcie rekrutacji specjalistów i partnerów; aktualizowanie materiałów merytorycznych i rekrutacyjnych; przygotowanie wspólnych komunikatów, opisów i informacji o współpracy dla wszystkich interesariuszy w projekcie; wspieranie przepływu spójnych treści między szpitalami, OPS, szkołami i organizacjami a otoczeniem zewnętrznym (np. mediami).
- **Obsługa graficzna** — rola odpowiedzialna za stworzenie spójnego, czytelnego systemu komunikacji wizualnej, który wspiera rodziny, partnerów i specjalistów w korzystaniu z Modelu DOM; przygotowanie szablonów dokumentów, formularzy, broszur, instrukcji, narzędzi diagnostycznych, podręczników i materiałów szkoleniowych, ilustracji, infografik, slajdów, elementów do kampanii informacyjnych czy treści na strony internetowe; dbałość o zrozumiałość, dostępność i estetykę projektowanych materiałów; współpraca z Opiekunem sieci wsparcia, ekspertem ds. wdrażania procesów wsparcia oraz Opiekunem rodziny, aby wizualnie odzwierciedlić zaprojektowane procesy.
- **Obsługa księgową** — rozliczenie grantu.

Szpital

- **Koordynator leczenia onkologicznego *** — pierwsza osoba kontaktowa dla rodziny po diagnozie; kluczowy punkt styku między szpitalem a Opiekunem rodziny; uzyskanie zgody na włączenie rodziny do Modelu DOM i przekazanie kontaktu do Opiekuna rodziny; skierowanie rodziny do Psychologa szpitalnego w celu przeprowadzenia diagnozy; przekazanie wyników diagnozy Opiekunowi rodziny; współpraca z Opiekunem rodziny i konsultowanie sytuacji medycznej, wskazywanie obszarów szczególnej wrażliwości; informowanie Opiekuna rodziny o śmierci dziecka.
- **Psycholog szpitalny** — osoba odpowiedzialna za przeprowadzenie diagnozy i opracowanie Indywidualnego Planu Działania; przeprowadzenie diagnozy rodziny po zgłoszeniu od koordynatora leczenia; zidentyfikowanie potrzeb rodziców, dziecka i rodzeństwa w obszarze emocjonalnym, społecznym i funkcjonalnym; wstępne omówienie diagnozy z rodziną i przygotowanie jej do dalszej współpracy z Opiekunem rodziny; przekazanie wyników diagnozy Koordynatorowi leczenia.

Pomoc społeczna

- **Pracownik pomocy społecznej** — odpowiedzialny za wsparcie formalne, finansowe, środowiskowe i organizacyjne; współpraca z Opiekunem rodziny w zakresie wymiany informacji i planowania kolejnych kroków; kontakt z rodziną po otrzymaniu zgłoszenia od instytucji wdrażającej; przeprowadzenie diagnozy sytuacji życiowej, materialnej i rodzinnej; pomoc w procesach formalnych; wsparcie w organizacji pomocy rzeczowej, usługowej i środowiskowej (wolontariat, świetlice, asystent rodziny); prowadzenie pracy socjalnej zgodnie z procedurami i potrzebami rodziny; wspieranie Opiekuna rodziny w zakresie poradnictwa rodzinnego, grup wsparcia, psychologów i prawników; monitorowanie bieżącej sytuacji materialnej i reagowanie na nagłe potrzeby; pomoc w znalezieniu rozwiązań mieszkaniowych (mieszkania treningowe, wsparcie interwencyjne).

* Osoba zatrudniona na podstawie stosunku pracy lub innego niż stosunek pracy stosunku prawnego w Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1, do której zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz ich koordynacja na poszczególnych etapach opieki onkologicznej; | Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej

Placówki edukacyjne

- **Psycholog szkolny** — odpowiedzialny za reintegrację dziecka, wsparcie klasy i wychowawców; otrzymanie informacji o sytuacji dziecka od Opiekuna rodziny lub rodzica oraz informowanie i współpraca z Opiekunem rodziny w zakresie postępów, trudności i rekomendacji; organizowanie warsztatów psychoedukacyjnych w klasie (adaptacja, radzenie sobie z emocjami, zrozumienie choroby); praca z rodzicami pozostałych dzieci (zrozumienie sytuacji, zasady komunikacji); przygotowanie planu wsparcia dziecka wracającego do szkoły; przygotowanie wychowawcy do pracy z uczniami w sytuacjach wrażliwych (powrót dziecka, możliwe zmiany w wyglądzie, obniżona energia); wsparcie psychologiczne dziecka (rozmowy, interwencje, praca nad lękiem przed powrotem); obserwacja funkcjonowania dziecka w klasie, identyfikacja ryzyk (wykluczenie, niechęć, lęki); kontakt z rodzicami (bieżące konsultacje i wspólne rozwiązywanie trudności); organizowanie wsparcia dla klasy lub grupy rówieśniczej w przypadku śmierci dziecka.
- **Wychowawca klasowy** — osoba, która odpowiada za codzienny kontakt z klasą i budowanie bezpiecznej atmosfery wokół dziecka; dostosowanie wymagań edukacyjnych i organizacyjnych zgodnie z potrzebami i możliwościami dziecka; bieżący kontakt z rodzicami dziecka w zakresie funkcjonowania szkolnego; współpraca z nauczycielami przedmiotowymi, by zapewnić spójne podejście do ucznia; współpraca z psychologiem szkolnym w przygotowaniu klasy na powrót dziecka; informowanie uczniów o zmianach w sposób adekwatny do ich wieku i poziomu dojrzałości; codzienna obserwacja funkcjonowania dziecka w grupie; reagowanie na symptomy wykluczenia, niechęci, stygmatyzacji lub fałszywych wyobrażeń o chorobie; monitorowanie relacji między uczniami i wspieranie integracji po powrocie dziecka; zgłaszanie trudności psychologowi szkolnemu i wspólne ustalanie działań.

Zasoby informacyjne



- **Procedury** — projekt wymaga uporządkowanej pracy całego zespołu, dlatego istotne będzie wypracowanie procedur działania dostosowanych do lokalnego otoczenia, w tym m.in.:
 - **kierowania rodzin do modelu wsparcia** — opis sposobu przyjmowania zgłoszeń ze szpitali, OPS, szkół i NGO; ścieżka kompletowania zgód; pierwsze działania z rodziną
 - **włączania placówek edukacyjnych do wsparcia rodziny** — zasady kontaktu ze szkołą/przedszkolem, zakres informacji przekazywanych placówce, zasady organizacji wsparcia rówieśniczego i psychologicznego
 - **monitoringu potrzeb w trakcie leczenia** — częstotliwość check-inów z rodziną, sposób rejestracji zmian, identyfikacja sygnałów alarmowych, aktualizacja priorytetów
 - **aktualizacji wsparcia w IPD** — zasady nanoszenia zmian w planie, konsultacje ze specjalistami, akceptacja zmian, oznaczanie działań zakończonych i wymagających kontynuacji
 - **włączania nowych specjalistów do bazy rekomendowanych przez rodziców** — kryteria dodania do bazy, proces weryfikacji, ocena kwalifikacji, zasady pierwszej współpracy
 - **komunikacji w zespołach interdyscyplinarnych** — kanały komunikacji, zasady przekazywania informacji o rodzinie, poziomy dostępu, sposób raportowania
 - **zamknięcia wsparcia** — odrębne wytyczne dla dwóch sytuacji:
 - ozdrowienie — wygaszanie wsparcia, podsumowanie IPD, przekazanie rodziny do innych form wsparcia (jeśli potrzebne)
 - śmierć dziecka — zamknięcie działań, przekazanie rodziny do wsparcia żałobnego, zasady kontaktu ze szkołą i OPS
 - **współpracy z OPS i PCPR** — zakres informacji przekazywanych między instytucjami, częstotliwość kontaktu, zasady prowadzenia wspólnych spraw rodzin

- **współpracy ze specjalistami zewnętrznymi** — wymagania dotyczące raportowania, czas reakcji, forma dokumentowania wykonanych działań, zasady kontaktu z rodziną
 - **rekrutacji specjalistów do bazy** — kryteria kwalifikacji (kompetencje, doświadczenie, etyka pracy), weryfikacja dokumentów, podpisanie umowy lub porozumienia współpracy
 - **jakości wsparcia i jej pomiaru** — zasady ewaluacji specjalistów, formularze oceny, ścieżka reakcji na zgłoszenia jakościowe, określenie minimalnych standardów świadczenia usług
 - **współpracy z OPS i PCPR** — ustalenia dotyczące obiegu informacji, zakresu wspólnego działania, prowadzenia rodziny na przecięciu systemów
 - **onboardingu i offboardingu partnerów** — wdrożenie nowych partnerów (briefing, materiały, szkolenia), zasady kończenia współpracy, przekazanie dokumentacji i obowiązków
 - **realizacji szkoleń i weryfikowania ich ukończenia** — przypisywanie modułów, monitorowanie postępów, powiadomienia, zasady odbioru certyfikatów
- **Baza specjalistów** — centralne repozytorium informacji o wszystkich specjalistach współpracujących w Modelu DOM; umożliwia Opiekunowi rodziny szybkie dopasowanie specjalisty do potrzeb rodziny; porządkuje wszystkie podmioty współpracujące w Modelu DOM w jednym miejscu; wspiera proces rekrutacji i monitorowania jakości pracy specjalistów; ułatwia koordynację międzyinstytucjonalną i unifikację standardów; dostępna dla wszystkich uprawnionych użytkowników, ale edytowalna wyłącznie przez przedstawicieli samorządu wojewódzkiego; możliwa zawartość bazy:
 - imię i nazwisko specjalisty
 - nazwa firmy lub instytucji
 - obszar specjalizacji (np. psycholog, prawnik, dietetyk, rehabilitant, duchowny)
 - dokładny teren działania (miasto, powiat, województwo)
 - numer telefonu
 - adres e-mail
 - cennik lub informacja o warunkach świadczenia usług
 - informacja o dostępności / czasie oczekiwania.

- **Baza rodzin** — narzędzie operacyjne prowadzone w dostępnym Instytucji wdrożeniowej programie; służy do monitorowania przebiegu wsparcia udzielanego rodzinom objętym Modelem DOM; dostępna wyłącznie dla zespołu realizującego program (Opiekunowie rodziny, Opiekun sieci wsparcia, Koordynator projektu), co zapewnia bezpieczeństwo danych i spójność informacji; wspiera koordynację pracy Opiekunów rodziny; powinna dostarczać informacji na temat:
 - ewidencji rodzin objętych wsparciem w Modelu DOM
 - zapewnienia ciągłości i spójności pracy z rodziną
 - monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Działania (IPD)
 - szybkiej identyfikacji aktualnych potrzeb i sytuacji kryzysowych
 - kontroli terminowości działań i czasu reakcji
 - przebiegu współpracy z OPS, szkołami, szpitalami i specjalistami
 - realizacji udzielonego wsparcia i podejmowanych interwencji
 - obciążenia pracą Opiekunów rodziny
 - danych do ewaluacji jakości wsparcia
 - generowania danych do raportów i decyzji zarządczych
 - wspierania rozwoju i skalowania Modelu DOM

- **Szkolenia dla osób wchodzących w skład sieci wsparcia rodziny** — szkolenia w wersji e-learningowej, których celem jest optymalizacja kosztów szkoleń, łatwa aktualizacja materiałów, a także umożliwienie stałego dostępu do wiedzy zebranej w kursach; propozycja szkoleń w Modelu DOM tworzy spójny, modułowy system, którego celem jest przygotowanie kluczowych zaangażowanych instytucji i specjalistów do pracy z rodzinami dzieci chorujących onkologicznie, a jednocześnie ułatwienie onboardingu nowych osób. Różne grupy zawodowe otrzymują dostęp wyłącznie do tych modułów, które odpowiadają ich roli i zakresowi odpowiedzialności, dzięki czemu proces szkoleniowy jest precyzyjnie dopasowany do potrzeb odbiorcy, a jednocześnie uporządkowany z perspektywy administracyjnej oraz niskoobsługowy w późniejszych okresach

realizacji innowacji, np. podczas wprowadzania nowych osób do sieci wsparcia. W założeniu, szkolenia mają być bezpłatne dla uczestników i pozwalać na bezterminowy dostęp. Program opiera się na dwóch poziomach treści: modułach wspólnych oraz modułach dedykowanych.

Moduły wspólne obejmują kluczowe elementy Modelu DOM, takie jak praca z rodziną w kryzysie, komunikacja z dzieckiem na różnych etapach rozwojowych, zasady współpracy interdyscyplinarnej, bezpieczeństwo danych czy przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu. W wersji rozszerzonej każdy z tych modułów może występować w wariantach przygotowanych specjalnie dla poszczególnych grup – np. psychologowie, pracownicy OPS, Koordynatorzy leczenia onkologicznego czy szkoły uczą się tego samego zagadnienia, ale z innych perspektyw, zgodnie ze swoim realnym udziałem w procesie wspierania rodziny (opcjonalne).

Moduły dedykowane rozwijają kompetencje specyficzne dla danej roli – takie jak: prowadzenie Indywidualnego Planu Działania przez Opiekuna rodziny, diagnoza psychologiczna w szpitalu, szczegółowe procedury OPS, reintegracja ucznia w szkole czy zasady pracy specjalistów zewnętrznych (dietetyków, prawników, psychoterapeutów, doradców zawodowych). W ten sposób szkolenia pozwalają nie tylko na zdobycie wiedzy, lecz przede wszystkim na ujednoczenie standardów pracy w całej sieci instytucji.

Całość tworzy logiczną strukturę ścieżek szkoleniowych, która umożliwia każdej osobie zaangażowanej w Model DOM zrozumienie swojej roli, poznanie narzędzi pracy, nauczenie się współpracy międzyinstytucjonalnej oraz przygotowanie do udzielania skutecznego wsparcia rodzinom w jednym z najtrudniejszych momentów ich życia. Dzięki modułowej formie i personalizowanej widoczności treści platforma e-learningowa staje się centrum edukacyjnym, które w realny sposób wzmacnia kompetencje wszystkich partnerów Modelu DOM.

Proponowana lista modułów:**Wspólne**

1. Wprowadzenie do Modelu DOM
2. Praca z rodziną w kryzysie onkologicznym
3. Komunikacja z dzieckiem chorym onkologicznie i jego rodziną
4. Rola i współpraca w interdyscyplinarnym zespole DOM
5. Bezpieczeństwo danych
6. Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu w pracy z rodzinami w kryzysie
7. Współpraca instytucji w sytuacjach szczególnych
8. Rola Opiekuna rodziny i Opiekuna sieci wsparcia

Dedykowane

9. System finansowania i mądre zarządzanie środkami (rodziny + NGO)
10. Wsparcie powrotu dziecka do szkoły i reintegracja rówieśnicza
11. Praca psychologa szpitalnego w Modelu DOM
12. Praca koordynatora leczenia onkologicznego
13. Praca OPS z rodziną dziecka chorego
14. Praca psychologa szkolnego
15. Praca wychowawcy
16. Etyka pracy z rodzinami w kryzysie

Plan szkolenia dla grup zawodowych

Koordynator leczenia onkologicznego – moduły: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 16

Psycholog szpitalny – moduły: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 16

Pracownik Opieki społecznej – moduły: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 16

Psycholog szkolny – moduły: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 14, 15, 16

Wychowawca klasowy / nauczyciel – moduły: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 15, 16

- **Narzędzia pracy (do wypracowania)** — m.in. scenariusz pierwszej rozmowy Opiekuna rodziny z rodzicami lub opiekunami dziecka, wzór umowy pomiędzy opiekunem a instytucją (w załączniku), karta oceny do diagnozy rodziny - na podstawie materiałów do diagnozy należy sporządzić narzędzie pozwalające zbierać wnioski z przeprowadzonej diagnozy, szablon Indywidualnego Planu Działania (do wypracowania).
- **Broszury (do wypracowania)** — m.in. wprowadzająca rodziców do programu - przed podjęciem decyzji o przystąpieniu do Modelu DOM, informacyjna dla bliskiego otoczenia o sposobach i możliwościach wsparcia rodziny, informacyjna dla rodzeństwa w wieku dziecięcym porządkująca wiedzę i wskazująca sposoby wsparcia, informacyjna dla rodzeństwa w wieku nastoletnim porządkująca wiedzę i wskazująca sposoby wsparcia, informacyjna dla rodziców z zakresu opieki paliatywnej, informacyjna dla rodziców z zakresu przechodzenia przez proces żałoby.

Zasoby infrastruktury i sprzętu



- **Platforma e-learningowa** — platforma e-learningowa powinna umożliwiać realizację szkoleń w sposób elastyczny, skalowalny i dostępny dla różnych grup zawodowych zaangażowanych w Model DOM. Przykładowe wytyczne programowe:
 - modułowa struktura szkoleń z możliwością przypisywania treści do konkretnych grup zawodowych
 - rozdzielenie widoku administratora (pełny dostęp) i użytkownika (tylko dedykowane moduły)
 - możliwość udostępniania różnych formatów treści: wideo, PDF, prezentacje, audio
 - opcja tworzenia testów, quizów i krótkich form sprawdzających wiedzę
 - możliwość śledzenia postępów uczestników i ukończenia modułów
 - generowanie certyfikatów po zakończeniu szkolenia

- łatwa aktualizacja i rozbudowa treści bez przebudowy całego kursu
 - dostępność na komputerach i urządzeniach mobilnych
 - intuicyjny i prosty interfejs dla użytkowników nietechnicznych
 - możliwość korzystania z gotowego rozwiązania (bez tworzenia platformy od zera)
 - stabilność techniczna i bezpieczeństwo dostępu do materiałów.
-
- **Bezpieczna przestrzeń do archiwizacji danych** — niezbędna, aby przechowywać dokumentację rodzin, diagnozy, IPD oraz historię wsparcia w sposób zgodny z prawem. Chroni dane wrażliwe (medyczne, socjalne, psychologiczne) i zapewnia ich uporządkowanie, łatwy dostęp dla uprawnionych osób oraz pełną kontrolę nad tym, kto i kiedy modyfikuje informacje.

 - **Oprogramowanie antywirusowe** — zabezpiecza komputery i urządzenia wykorzystywane w projekcie przed złośliwym oprogramowaniem mogącymi naruszyć dane rodzin lub sparaliżować pracę instytucji. Chroni także przed wyciekiem poufnych informacji i wpisuje się w obowiązki wynikające z RODO.

 - **Telefon komórkowy** — zapewnia szybki i stały kontakt Opiekuna rodziny i Opiekuna sieci wsparcia z rodzinami, specjalistami, OPS, szkołami oraz partnerami programu. Umożliwia prowadzenie bieżącego wsparcia, reagowanie w sytuacjach nagłych oraz komunikację w terenie, co jest kluczowe przy modelu opartym na elastycznej i proaktywnej pracy ze środowiskiem rodziny.

3. Jak przeprowadzić wdrożenie krok po kroku?

Poniżej znajduje się szczegółowy opis propozycji działań, które warto zrealizować, aby skutecznie wdrożyć innowację. Niektóre z nich są opcjonalne (na kolorowym tle), a więc takie, które zwiększają jakość innowacji, jednak pominięcie ich nie wpłynie negatywnie na wdrożenie rozwiązania.

Przed napisaniem wniosku o grant

Etap 0 Rozpoznanie

1. Wybierz operatora w JST

Wskaż jednostkę w strukturze samorządu województwa, która formalnie i organizacyjnie przejmie realizację Modelu DOM.

2. Przeanalizuj własne zasoby

Przeprowadź analizę zasobów JST – kadrowych, organizacyjnych, kompetencyjnych i infrastrukturalnych. Zweryfikuj, jakie kompetencje i narzędzia posiadasz (np. współpraca z OPS), a jakie trzeba będzie stworzyć. Zidentyfikuj luki oraz stwórz pomysły na wypełnienie ich. Ta analiza stanowi podstawę do opracowania realnego harmonogramu i budżetu.

3. Poszukiwanie i zabezpieczenie finansowania po okresie grantu

Rozpocznij analizę potencjalnych źródeł finansowania, z których można korzystać po zakończeniu projektu grantowego – np. środki własne JST, fundusze celowe, programy zdrowotne, fundusze społeczne, partnerstwa z NGO lub sponsorami prywatnymi. Oceń koszty stałe (pensje opiekunów, superwizje, szkolenia, obsługa administracyjna) oraz koszty zmienne (zakup usług specjalistów). Opracuj wstępną strategię finansową, aby zapewnić trwałość rozwiązania po okresie grantu. Zabezpieczenie finansowania może stanowić element oceny wniosku grantowego, dlatego warto przeprowadzić ten etap wcześniej.

więcej na następnej stronie ↓

4. Nawiąż wstępną współpracę z partnerami lokalnymi

Stwórz mapę lokalnych instytucji, których zaangażowanie jest konieczne: szpitale (min. 3 gotowe do współpracy), OPS/MOPS, PCPR, PPP, szkoły, organizacje pozarządowe, specjaliści indywidualni. Skontaktuj się z nimi, przedstaw model DOM, jego korzyści i wymagania. Zbierz deklaracje udziału – najlepiej pisemne. Wyłonienie konkretnych osób kontaktowych w każdej instytucji pozwoli skrócić czas wdrożenia w fazie realizacyjnej. Umów wstępne zasady współpracy i przepływu informacji.

5. Oszacuj skalę potrzeb

Zbierz dane z regionu – liczba nowych diagnoz onkologicznych dzieci rocznie, liczba kontynuujących leczenie, liczba rodzin w powiatach, zasoby OPS, liczba psychologów w szkołach i szpitalach, liczba placówek, które mogą być środowiskiem wsparcia. Na tej podstawie określ spodziewane obciążenie dla zespołów oraz minimalną liczbę Opiekunów rodziny i Opiekunów sieci wsparcia. Pozwoli to zbudować realistyczny plan działania i budżet. Analiza skali potrzeb jest też kluczowa przy tworzeniu bazy specjalistów i planowania działań komunikacyjnych.

6. Określ role i odpowiedzialności w zespole wdrożeniowym

Przygotuj strukturę zespołu w oparciu o opis zasobów. Zanim ogłosisz nabory, wykonaj rozeznanie personalne – porozmawiaj z osobami, które mogą być odpowiednimi kandydatami, poznaj ich gotowość i zainteresowanie udziałem. Wybór konkretnych osób z wyprzedzeniem przyspieszy dalsze etapy i ułatwi pisanie wniosku. Formalnie zapisz zakres odpowiedzialności każdej roli w formie, która jest dostosowana do kontekstu i potrzeb Instytucji wdrożającej.

7. Zrób rozeznanie wśród ekspertów usług wspierających wdrożenie

Zbadaj rynek ekspert ds. wdrażania procesów wsparcia i znają zasady projektowania usług (service design), którzy mają doświadczenie z projektami społecznymi, zdrowotnymi lub edukacyjnymi. Oceń ich kompetencje, styl pracy i dostępność. Wybierz osobę, którą można zaangażować już na etapie przygotowania wniosku – ekspert uporządkuje procesy, doprecyzuje procedury, zaproponuje warianty MVP (produktu podstawowego) i pomoże przewidzieć problemy wdrożeniowe. Rozeznanie wykonane zawczasu pozwoli uniknąć opóźnień oraz zapewni wysoką jakość systemu wsparcia od samego początku.

8. Przygotuj rekrutację na stanowiska Opiekunów rodziny i Opiekunów sieci wsparcia

Określ wstępną liczbę potrzebnych osób (np. 1 opiekun na około 20-25 rodzin). Stwórz wstępne opisy stanowisk, wymagania kompetencyjne oraz zakres obowiązków. Przygotuj projekty ogłoszeń rekrutacyjnych zanim ruszy grant, aby po jego uzyskaniu natychmiast wystartować z naborem. Wstępnie rozeznaj kandydatów w instytucjach partnerskich (OPS, szkoły, NGO), aby zyskać listę osób potencjalnie zainteresowanych. Im wcześniejsze przygotowanie, tym szybciej można zacząć pracę operacyjną po uruchomieniu grantu.

Realizacja grantu

Etap 01 Przygotowanie

1. Rozpocznij rekrutację zespołu

Wyznacz osoby z instytucji lub przeprowadź otwartą rekrutację na kluczowe stanowiska: Opiekun rodziny, Opiekun sieci wsparcia, Koordynator projektu, Metodyk szkoleń online, osoby wspierające administracyjnie oraz specjaliści współpracujący. Zapewnij przejrzyste kryteria oceny kandydatów, zbieżne z kompetencjami wymaganymi w modelu DOM (m.in. praca z rodzinami, doświadczenie międzyinstytucjonalne).

2. Zawiąż zespół i poinformuj partnerów o uruchomieniu programu

Zorganizuj pierwsze spotkanie w pełnym składzie. Zadbaj o rzetelne wdrożenie – wszyscy członkowie zespołu muszą rozumieć misję programu, zakres odpowiedzialności oraz kontekst pracy z rodzinami w kryzysie onkologicznym. Wypracuj kontrakt współpracy (zasady komunikacji, odpowiedzialności, procesy decyzyjne, sposób wymiany informacji). Ustal rytm spotkań (np. tygodniowe statusy, comiesięczne przeglądy). Zadbaj o to, aby partnerzy otrzymali formalną informację o rozpoczęciu programu wraz z opisem ich roli, zakresem wsparcia i oczekiwaniami wobec nich.

3. Zaprojektuj i spisz procedury działania

Pod okiem eksperta ds. wdrażania procesów wsparcia przeprowadź warsztaty z mapowania doświadczeń rodziców lub opiekunów oraz partnerów instytucjonalnych. Opracuj szczegółowe ścieżki użytkowników (journey maps) dla wszystkich grup. Zweryfikuj, które materiały pomocnicze są potrzebne i jakie dodatkowe trzeba stworzyć. We współpracy z Opiekunem sieci wsparcia, Opiekunem rodzin oraz ekspertem ds. wdrażania procesów wsparcia opracujcie procedury postępowania oraz procesy wewnętrzne. Efektem etapu mają być:

- kompletne, opisane i zwizualizowane procedury współpracy z każdą grupą interesariuszy

- instrukcje działania krok po kroku dla każdej z grupy interesariuszy
- wytyczne do materiałów edukacyjnych, formularzy i narzędzi diagnostycznych
- uzgodnione punkty odpowiedzialności pomiędzy instytucjami.

4. Przygotuj analizę prawną

Przełącz prawnikom wypracowany schemat działania, aby ocenili go pod kątem przepisów o ochronie danych osobowych, dokumentacji medycznej, wymiany informacji pomiędzy instytucjami publicznymi a NGO oraz zasad powierzenia i przetwarzania danych. Na tym etapie prawnik powinien przygotować wszystkie materiały prawne konieczne do przeprowadzenia usługi (np. wzory zgód rodziców na przetwarzanie danych, umowy o powierzenie danych z partnerami, zapisy regulujące obowiązek rzetelnej współpracy i możliwość usunięcia specjalisty z bazy czy regulaminy korzystania ze wsparcia).

Etap kończy się uzgodnionym, zgodnym z prawem zestawem dokumentów oraz ewentualnymi korektami procedur.

5. Opracuj narzędzia pracy

Przeanalizuj wszystkie narzędzia z materiałów źródłowych (w załącznikach) i sprawdź ich aktualność oraz konieczność modyfikacji. W przypadku niepewności, konsultuj informacje ze swoimi partnerami. Następnie przygotuj pierwsze wersje narzędzi pracy (np. broszur dla rodzin i bliskich, formularzy diagnostycznych i IPD, materiałów dla szkół, OPS i specjalistów czy narzędzi do monitoringu jakości, ankiet i formularzy feedbacku). Wszystkie materiały powinny powstać w duchu współtworzenia – konsultowane z zespołem i partnerami. Po tym etapie dokumenty powinny być gotowe do testów w pilotażu.

6. Stwórz bazę specjalistów i bazę rodzin

Zaprojektuj narzędzie (np. Excel, Google Sheets) zawierające kontakty do specjalistów i umożliwiające otwarty podgląd dla rodzin i partnerów, przy jednoczesnej kontroli edycji po stronie JST. Równolegle stwórz bazę rodzin, która pozwoli na zarządzanie statusami wsparcia, jakie jest oferowane rodzinom. Obie bazy muszą być czytelne, łatwe do filtrowania oraz zgodne z zasadami ochrony danych.

7. Zaprojektuj szkolenia

Na podstawie procedur, map doświadczeń i wytycznych zebranych w rozdziale „Zasoby” niniejszej instrukcji opracuj strukturę szkoleń dla różnych grup. Opracuj treść przy współpracy z ekspertami merytorycznymi. Jednak przed produkcją modułów e-learningowych zadbaj o to, aby wcześniej przetestować jakość i zakres przekazywanej wiedzy. W tym celu przeprowadź pierwsze szkolenia online na żywo, podczas których będziesz mieć możliwość zbierania pytań uczestników, zweryfikowania, gdzie pojawiają się luki w wiedzy, oraz dopracowania narracji i struktury treści. Dopiero po testach stwórz docelowy plan modułów i rozpocznij nagrania, opracowanie grafik i materiałów PDF. Ustal role w swoim zespole: kto występuje przed kamerą, kto przygotowuje scenariusze i jak wygląda proces akceptacji. Na tej podstawie zacznijcie wspólnie tworzyć szkolenia e-learningowe.

8. Przeprowadź pilotaż w małej skali

Wybierz pierwszych kilka rodzin i rozpocznij realną pracę zgodnie z opracowanymi procedurami. Testuj każdy element doświadczenia: punkty styku rodziny z instytucją, wygodę korzystania z IPD i formularzy, przejrzystość komunikacji, działanie bazy specjalistów czy współpracę z OPS, szkołami i szpitalami. Zbieraj systematyczną informację zwrotną od rodzin i partnerów. Modyfikuj procesy od razu – pilotaż ma służyć dopracowaniu modelu, zanim zostanie wdrożony na pełną skalę. Układaj przebieg pracy z uwzględnieniem konieczności obsługi dużej liczby rodzin i specjalistów, badając, jakie są możliwości optymalizacji i uproszczenia działań, aby nie pogubić się pod natłokiem informacji.

Chcesz więcej? (opcjonalnie)

Stwórz społeczność pomiędzy specjalistami o podobnych kompetencjach, aby mogli wspierać siebie nawzajem w trudnych doświadczeniach i zapewniać sobie przepływ wiedzy. Pamiętaj, aby zadbać o bezpieczeństwo przekazywanych danych i anonimowość rodzin.

9. Zaplanowanie i przygotowanie superwizji

Opracuj działanie superwizji dla zespołu. Określ częstotliwość, czas trwania, zasady zapisu, sposób finansowania oraz kompetencje superwizorów. Zaplanuj także grupy wsparcia i przestrzeń do wymiany wiedzy, np. comiesięczne spotkania online, grupy dyskusyjne, biblioteki materiałów.

10. Zaplanuj działania komunikacyjne i rekrutacyjne skierowane do rodzin i partnerów

Przygotuj plan informowania rodzin i partnerów o możliwości przystąpienia do programu. Zaprojektuj komunikaty, grafiki, materiały wprowadzające i instrukcje „jak dołączyć”. Ustal kanały komunikacji: media lokalne, szkoły, partnerów instytucjonalnych, social media. Zaplanuj także akcje rekrutacyjne dla rodzin – w szczególności tych, które nie wiedzą, jakiego wsparcia potrzebują i do kogo zgłosić się po pomoc.

11. Zaplanuj szczegółowy harmonogram uruchomienia

Mając przetestowane rozwiązania oraz szczegółowe wytyczne co do sposobów działania, opracuj harmonogram uruchomienia rozwiązania wraz ze zaktualizowanymi odpowiedzialnościami za poszczególne zadania.

Realizacja grantu

Etap 02 Uruchomienie

1. Uruchomienie wdrożenia wsparcia dla rodzin oraz superwizji

Po zakończeniu etapu przygotowawczego rozpocznijcie właściwą pracę z rodzinami jako zespół. Opiekunowie rodziny zaczynają prowadzić pierwsze rodziny zgodnie z procedurami, wykorzystując narzędzia diagnostyczne i IPD, a Opiekun sieci wsparcia koordynuje działania specjalistów oraz instytucji. Równolegle uruchamiany jest system superwizji, który ma wspierać pracowników w radzeniu sobie z obciążeniem emocjonalnym, pomagać w analizie trudnych przypadków oraz podnosić jakość udzielanego wsparcia. Superwizje odbywają się regularnie, zgodnie z ustalonym harmonogramem i obejmują zarówno konsultacje indywidualne, jak i grupowe.

2. Opracowanie szkolenia e-learningowego

Na podstawie wersji testowych i zebranych informacji zwrotnych przygotujcie docelową formę szkoleń e-learningowych. Stwórzcie nagrania wideo, materiały wizualne, dodatkowe materiały i moduły wiedzy dostosowane do konkretnych grup odbiorców. Metodyk szkoleń online, Opiekun sieci wsparcia oraz eksperci merytoryczni dopracowują strukturę treści, nadają jej finalny kształt oraz przygotowują wszystkie elementy niezbędne do uruchomienia szkoleń na platformie. Na tym etapie powinny być także ustalone zasady dołączania uczestników, sposób monitorowania postępów i wydawania certyfikatów. Wszystkie materiały powinny zostać zaimportowane do platformy e-learningowej oraz technicznie przetestowane.

3. Uruchomienie działań rekrutacyjnych do sieci wsparcia

Wraz z rozpoczęciem wdrażania modelu, Opiekun sieci wsparcia aktywnie buduje szeroką sieć specjalistów zewnętrznych, tak aby zapewnić rodzinom dostęp do pomocy niezależnie od miejsca zamieszkania. Rozpoczyna się rekrutacja nowych psychologów, dietetyków, prawników, rehabilitantów i innych ekspertów, a także nawiązywanie współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz edukacyjnymi. Działania te obejmują publikowanie ogłoszeń, docieranie do lokalnych środowisk zawodowych, weryfikację kompetencji kandydatów oraz kierowanie ich na odpowiednie szkolenia wprowadzające. Celem jest stworzenie stabilnej, dostępnej i wysokiej jakości sieci wsparcia obejmującej całe województwo.

4. Zaktualizuj procedury

Po rozpoczęciu pracy z rodzinami oraz w miarę zbierania doświadczeń konieczne jest wprowadzenie aktualizacji działań do procedur i narzędzi. Na podstawie obserwacji, feedbacku od rodzin, partnerów i zespołu wdrożeniowego powinny zostać poprawione opisy działań, instrukcje współpracy oraz standardy pracy ze specjalistami. Procedury są dostosowywane tak, aby lepiej odzwierciedlać realne potrzeby, ułatwiać codzienną pracę i zwiększać skuteczność wsparcia. Aktualizacja powinna obejmować również ujednolicanie sposobów dokumentowania, doprecyzowanie zasad wymiany informacji i wprowadzanie rozwiązań usprawniających przepływ pracy w rosnącej skali projektu.

Rozwój rozwiązania po rozliczeniu grantu

Etap 03 Monitoring działań

1. Systematyczny monitoring realizacji IPD i sytuacji rodzin

Regularnie analizuj, jak przebiega realizacja Indywidualnych Planów Działania, utrzymując stały kontakt z rodzinami i reagując na zmiany w ich sytuacji. Monitorowanie IPD pozwala szybko wychwycić pojawiające się trudności, dostosować wsparcie do bieżących potrzeb i upewnić się, że działania są adekwatne do etapu leczenia oraz zdolności adaptacyjnych rodziny. Dzięki temu program pozostaje elastyczny i skuteczny, a rodziny czują realną obecność i konsekwentne towarzyszenie opiekuna.

2. Monitorowanie współpracy pomiędzy szpitalami, OPS, szkołami, NGO i specjalistami

Równolegle prowadź bieżącą obserwację jakości współpracy pomiędzy wszystkimi partnerami zaangażowanymi w model. Opiekun sieci wsparcia, Opiekun rodziny oraz koordynator, analizuje, czy przepływ informacji jest sprawny, czy instytucje realizują ustalone procedury, a także czy współpraca jest dla rodzin rzeczywiście odczuwalna jako spójna i skoordynowana. W razie potrzeby powinny zostać wdrożone działania naprawcze – doprecyzowanie zasad współpracy, dodatkowe spotkania czy mechanizmy deeskalacji problemów.

3. Analiza danych z baz rodzin

Systematycznie analizuj dane zbierane w bazach rodzin obejmujące m.in. liczbę rodzin objętych wsparciem, rodzaje udzielanych usług czy czas reakcji poszczególnych podmiotów. Te informacje pozwalają ocenić skalę obciążenia zespołu, identyfikować najczęściej pojawiające się potrzeby oraz planować zasoby w sposób oparty na faktach. Dzięki temu system może rozwijać się świadomie, a działania są lepiej dopasowane do rzeczywistych wyzwań.

4. Ewaluacja jakości wsparcia

Regularnie zbieraj i analizuj informacje zwrotne od rodzin oraz specjalistów, aby ocenić jakość udzielanego wsparcia. Oceny konsultacji, jasności komunikacji, efektów pracy z rodziną i współpracy między instytucjami stanowią podstawę do ulepszania działań. Taka ewaluacja pomaga identyfikować zarówno mocne strony, jak i obszary wymagające zmiany – buduje kulturę doskonalenia i zwiększa zaufanie rodzin do programu.

5. Aktualizacja procedur, narzędzi, bazy kontaktów i IPD na podstawie wniosków

Na podstawie zebranych doświadczeń usprawniaj procedury, narzędzia pracy i bazę kontaktów. Aktualizuj IPD, aby lepiej odzwierciedlały proces leczenia, rytm życia rodziny i dostępne formy wsparcia. Wprowadzanie zmian na bieżąco pozwala uniknąć niespójności, zwiększa ergonomię pracy zespołu i zapewnia, że model stale odpowiada na realne potrzeby odbiorców. To klucz do utrzymania wysokiego standardu wsparcia przy jednoczesnym rosnącym obciążeniu operacyjnym.

6. Aktualizacja i rozwój treści szkoleń online

Wykorzystuj obserwacje i pojawiające się pytania, aby stale poszerzać i ulepszać treści e-learningowe. Aktualizacja modułów pozwala utrzymać spójność wiedzy ze zmieniającymi się procedurami oraz podnosi kompetencje całej sieci wsparcia. Rozwijanie materiałów umożliwia też włączanie nowych specjalistów i partnerów bez konieczności prowadzenia ciągłych szkoleń na żywo.

7. Monitorowanie obciążenia pracowników i dostosowanie liczby Opiekunów rodziny

Analizuj, ile rodzin obsługują Opiekunowie rodziny i jaką złożoność mają ich przypadki. Dzięki temu można odpowiednio rozdzielać zadania, planować zwiększenie zespołu lub optymalizować procesy. Monitorowanie obciążenia pomaga zapobiegać wypaleniu zawodowemu, zapewnia stabilność organizacyjną i utrzymuje wysoki poziom jakości wsparcia.

8. Przygotowanie rekomendacji dla dalszego upowszechniania Modelu DOM

Na podstawie doświadczeń z wdrożenia przygotuj dokument zawierający rekomendacje do rozszerzenia programu. Powinien on wskazywać, jakie zasoby są niezbędne, jakie standardy należy utrzymać, jakie ryzyka mogą się pojawić oraz jakie elementy wymagają szczególnej ochrony w skali wojewódzkiej lub krajowej. Rekomendacje te będą kluczowym narzędziem dla decydentów, pomagając budować długofalowy, stabilny system wspierania rodzin dzieci chorujących onkologicznie oraz rozwijać formy finansowania.

Rozwój rozwiązania po rozliczeniu grantu

Etap 04 Upowszechnianie

1. Organizacja konferencji i wydarzeń upowszechniających Model DOM w regionie

Zaplanuj i realizuj wydarzenia, które pokażą Model DOM szerzej – instytucjom, specjalistom, społeczności lokalnej i decydom. Konferencje, seminaria i spotkania prezentujące wnioski z wdrożenia pozwalają budować zrozumienie dla idei modelu oraz zachęcają nowych partnerów do zaangażowania się. Takie wydarzenia wzmacniają pozycję samorządu jako lidera innowacji społecznych i pomagają tworzyć sieć współpracy wokół rodzin dzieci chorujących onkologicznie. Odbiorcami takiego wydarzenia mogą być obecni partnerzy oraz inni zainteresowani współpracą. Tego typu inicjatywy mogą być świetną okazją do wymiany wiedzy i doświadczenia skali realizowanego wsparcia, a przede wszystkim są narzędziem do budowania społeczności.

2. Dzielenie się doświadczeniami z innymi JST i instytucjami

Utrzymuj relacje z innymi jednostkami samorządu terytorialnego oraz instytucjami, które rozważają wdrożenie podobnych rozwiązań. Dzielenie się praktykami, wyzwaniem i sposobami ich pokonywania pomaga rozwijać Model DOM w sposób odpowiedzialny i oparty na realnych doświadczeniach. Wymiana wiedzy może odbywać się poprzez spotkania, webinary, publikacje lub wspólne grupy robocze. Dzięki temu model staje się bardziej dopracowany, a współpraca między regionami wspiera jego profesjonalizację.

3. Rozszerzanie Modelu DOM na kolejne szpitale, powiaty i gminy w województwie

Na podstawie doświadczeń i rekomendacji przygotuj plan rozszerzania modelu na kolejne obszary. Upowszechnianie powinno być stopniowe i oparte na analizie danych: gdzie jest największe zapotrzebowanie, jakie instytucje są gotowe do współpracy, a gdzie konieczne będzie dodatkowe przygotowanie. Rozszerzanie Modelu DOM pozwala objąć wsparciem większą liczbę rodzin i tworzyć wojewódzki system, który działa konsekwentnie w każdym miejscu zamieszkania pacjentów. Dobrze przemyślany proces skalowania zapobiega przeciążeniu zespołu i zapewnia stabilny rozwój programu.

4. Włączanie Modelu DOM w stałe polityki zdrowotne i społeczne samorządu województwa

Po potwierdzeniu skuteczności modelu i wypracowaniu stabilnych procedur dąż do tego, aby Model DOM stał się elementem trwałej, systemowej polityki regionu. Oznacza to włączenie go do strategii zdrowotnych, społecznych i edukacyjnych, zabezpieczenie finansowania i osadzenie go w strukturach instytucji publicznych. Dzięki temu wsparcie dla rodzin nie będzie zależało od projektów czasowych, lecz stanie się stałym komponentem działań województwa. Włączenie modelu do polityk publicznych jest kluczowe dla jego trwałości i długofalowego oddziaływania.

4. Na jakie potencjalne ryzyka należy uważać?

Każde wdrożenie projektu niesie za sobą bariery, które mogą się pojawiać w trakcie prac. Poniżej znajduje się lista barier oraz sposoby radzenia sobie z nimi, które pozwolą na lepsze przygotowanie się do działania.

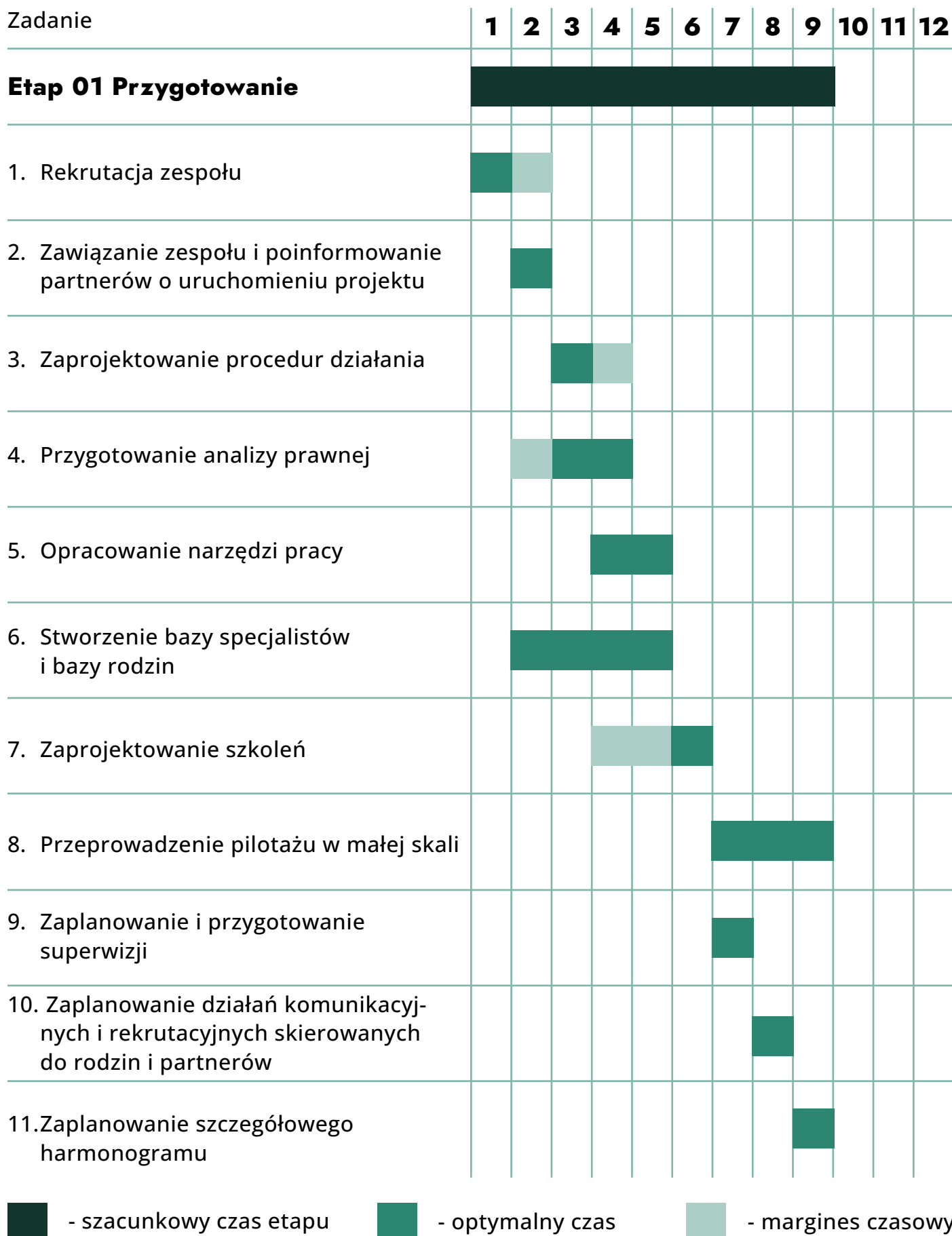
Bariera	Sposób poradzenia sobie z nią
Niska gotowość partnerów do współpracy (szpitale, OPS, szkoły)	Prowadź rozmowy przygotowawcze, organizuj wspólne spotkania i przedstawiaj korzyści dla każdego partnera. Zabezpiecz współpracę listami intencyjnymi lub porozumieniami. Zaproponuj jasne procedury, które odciążają partnerów zamiast dokładać im pracy.
Brak wiedzy partnerów o Modelu DOM i ich roli	Zorganizuj szkolenia wprowadzające wewnątrz organizacji i materiały informacyjne dostosowane do poszczególnych grup (szkoły, OPS, psychologowie szpitalni). Zadbaj o to, aby partnerzy mieli kontakt do Opiekuna sieci wsparcia, który będzie odpowiadał na bieżące pytania.
Niedobór specjalistów w danym regionie (psycholodzy, terapeuci, dietetycy, prawnicy, doradcy zawodowi)	Zbuduj wojewódzką bazę specjalistów i aktywnie ich pozyskuj, również z mniejszych miejscowości. W dalszych etapach rozwoju Modelu DOM możesz organizować kursy wyrównujące wiedzę i szkolić nowych specjalistów. Możesz także rozważyć włączenie NGO oraz specjalistów spoza województwa oferujących wsparcie zdalne.

więcej na następnej stronie ↓

Bariera	Sposób poradzenia sobie z nią
Wysoka rotacja specjalistów i partnerów	<p>Stwórz uporządkowaną bazę kontaktów i na bieżąco ją aktualizuj. Zadbaj o uporządkowane procedury wdrożeniowe (onboarding) oraz krótkie przewodniki dla nowych pracowników. Wprowadź systematyczne spotkania i aktualizacje wiedzy, aby nowe osoby mogły szybko wejść w projekt. Zadbaj także o procedury kończące współpracę (outbording).</p> <p>Zidentyfikuj także przyczyny rotacji (np. dzięki krótkim rozmowom z osobami, które odeszły z Modelu DOM) i poszukaj rozwiązań.</p>
Niejasne procedury i różne interpretacje ról w zespole	<p>Wspólnie z ekspertem ds. wdrażania procesów wsparcia na bieżąco precyzuj mapy procesów oraz procedury dla każdego interesariusza. Zadbaj o to szczególnie, na początkowych etapach wdrażania.</p>
Brak gotowości szkół do współpracy przy wsparciu pozostałych członków klasy	<p>Zadbaj o wczesne włączenie szkół w program, zaczynając od spotkań informacyjnych z dyrektorami i psychologami szkolnymi, podczas których wyjaśnisz, dlaczego wsparcie klasy jest kluczowe dla reintegracji dziecka chorego onkologicznie. Zaproponuj nauczycielom konkretne, gotowe do użycia narzędzia – scenariusze rozmów z klasą, materiały psychoedukacyjne oraz wskazówki dotyczące reagowania na lęk, wykluczenie i niepewność uczniów. Podkreśl, że działania te zapobiegają trudnościom wychowawczym i obciążeniu emocjonalnemu klasy, odciążając jednocześnie szkołę w dłuższej perspektywie.</p>

Bariera	Sposób poradzenia sobie z nią
Obawa rodzin przed ujawnianiem informacji oraz brak zaufania	Zapewnij bezpieczną i profesjonalną komunikację. Podkreśl dobrowolność udziału, wyjaśnij korzyści i zakres ochrony danych.
Ryzyko przeciążenia Opiekunów rodziny	Przeprowadzaj regularny monitoring obciążenia i skaluj liczbę opiekunów w zależności od zapotrzebowania. Po testach określ, iloma rodzinami może się zajmować jeden Opiekun rodziny, aby zapewnić jakość i optymalizować działania. Wprowadź superwizję i grupy wsparcia, aby zapobiegać wypaleniu. Zaprojektuj narzędzia pracy, które przyspieszają codzienne działania.
Słaba komunikacja między instytucjami	Wyznacz osoby kontaktowe w każdej instytucji. Ustal cykl spotkań międzyinstytucjonalnych oraz wspólne kanały komunikacji (np. grupy online). Wprowadź krótkie standardy raportowania, aby ułatwić przepływ informacji i szybkie reagowanie.

5. Harmonogram prac



Zadanie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etap 2: Uruchomienie											■	
1. Uruchomienie wdrożenia wsparcia dla rodzin oraz supervizji											■	
2. Opracowanie szkolenia e-learningowego											■	
3. Uruchomienie działań rekrutacyjnych do sieci wsparcia											■	
4. Aktualizacja procedur												■

■ - szacunkowy czas etapu

■ - optymalny czas

■ - margines czasowy

6. Ramowy budżet wdrożenia innowacji

W ramowym budżecie zawarto wyłącznie koszty kwalifikowalne możliwe do sfinansowania w ramach grantu. Katalog ten nie jest zamknięty – jest wyjściową propozycją wynikającą z opisanego powyżej planu wdrożenia. Docelowy budżet powinien zostać dopasowany do skali wdrożenia i warunków organizacyjnych w jednostce wdrażającej innowację.

Budżet został podzielony na zakres podstawowy i poszerzony, zawierający koszty opcjonalne. Do zakresu podstawowego zostały przyporządkowane koszty uznane za niezbędne do wdrożenia innowacji. Zakres poszerzony zawiera natomiast koszty opcjonalne – ocenione jako ważne, bez których jednak innowacja jest możliwa do wdrożenia.

1. Wynagrodzenia osób bezpośrednio zaangażowanych						
pozycja	jednostka	liczba	cena od	cena do	koszt od	koszt do
zakres podstawowy						
1.1 Wynagrodzenie dla Opiekuna rodziny (1 etat)	miesiąc	6	6 500	9 000	39 000	54 000
1.2 Wynagrodzenie dla Opiekuna sieci wsparcia (1 etat)	miesiąc	11	6 500	9 000	71 500	99 000
1.3 Wynagrodzenie eksperta ds. wdrażania procesów wsparcia (0,5 etatu)	miesiąc	11	4 000	6 000	44 000	66 000

więcej na następnej stronie ↓

	zakres podstawowy					
1.4 Wynagrodzenie dla metodyka szkoleń online (1 etat)	miesiąc	3	8 000	12 000	24 000	36 000
suma kosztów opcjonalnych					178 500	255 000
	zakres poszerzony (koszty opcjonalne)					
1.5 Wynagrodzenie dla superwizora (1 spotkanie ok. 3 h / miesiąc)	godzina	18	150	350	2 700	6 300
suma kosztów opcjonalnych					2 700	6 300

2. Narzędzia, urządzenia i zakupy bezpośrednio związane z wdrożeniem

pozycja	jednostka	liczba	cena od	cena do	koszt od	koszt do
zakres podstawowy						
2.1 Utrzymanie platformy e-learningowej	miesiąc	5	1 000	2 500	5 000	12 500
suma kosztów podstawowych					5 000	12 500
zakres poszerzony (koszty opcjonalne)						
2.2 Usługa wsparcia w realizacji szkolenia przez ekspertów merytorycznych (3 ekspertów po 20h każdy)	usługa	3	5 000	6 800	15 000	20 400
suma kosztów opcjonalnych					15 000	20 400
łącznie koszt (zakres podstawowy)					183 500	267 500
łącznie koszt - zakres poszerzony (koszty podstawowe + opcjonalne)					201 200	294 200

03

Lista załączników i źródła



1. Lista załączników

Wdrożenie innowacji wspierają materiały dodatkowe, które można pobrać ze strony www.innowacjewsamorządzie.pl

Dla instytucji wdrażającej

1. Model Dom część 1 Założenia

Informacje zebrane przez innowatorów dotyczące założeń Modelu DOM. Dokument można traktować jako informację o kontekście, w jakim powstała innowacja. Założenia te mogą się różnić względem instrukcji wdrożenia przygotowanej w programie grantowym.

2. Wzór umowy pomiędzy opiekunem a instytucją

Dokument potwierdzający zgodę na włączenie rodziny do Modelu DOM.

3. Ulotka innowacji

Krótką informacją o tym, czego dotyczyła innowacja. Ulotka została wytworzona na etapie inkubacji przez innowatorów.

4. Współpraca na poziomie lokalnym na rzecz ograniczenia skutków społecznych chorób onkologicznych u dzieci i młodzieży

Dokument definiuje wielowymiarowe wsparcie społeczne jako kluczowy czynnik minimalizujący wpływ stresu związanego z chorobą.

5. Żałoba – wsparcie rodziny po stracie dziecka

Przewodnik wspierający w pracy z rodziną po stracie dziecka.

Dla rodziców

- 1. Metoda kokonu. Szczepienie ochronne u dzieci z chorobą nowotworową oraz u osób z ich otoczenia**
Pakiet informacji dotyczący szczepień dzieci z chorobą nowotworową.
- 2. Przygotowanie dziecka i rodziny do hospitalizacji. Poradnik dla dziecka i rodziny cz. I**
Materiał edukacyjny, który opisuje przebieg pobytu w szpitalu.
- 3. Przygotowanie dziecka i rodziny do hospitalizacji. Poradnik dla dziecka i rodziny cz. II**
Materiały szczegółowo opisujące osvajanie chorób nowotworowych wieku dziecięcego oraz procedury medyczne, a także zasady bezpieczeństwa i higieny, które rodzina powinna stosować.
- 4. Żywienie dziecka z chorobą onkologiczną. Poradnik dla rodziny**
Praktyczne informacje dla rodziców na temat żywienia dziecka z chorobą onkologiczną.
- 5. Następstwa leczenia choroby onkologicznej**
Materiały edukacyjne z zakresu możliwych konsekwencji leczenia onkologicznego u dzieci i młodzieży.
- 6. Pomoc społeczna dla rodzin z dzieckiem onkologicznym**
Materiały informacyjne opisujące konkretne procedury i uprawnienia socjalne, z których mogą skorzystać rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym lub przewlekle chorym.
- 7. Prawo rodzinne i opiekuńcze dla rodzin z dzieckiem onkologicznym**
Podręcznik gromadzi podstawowe informacje prawne dla rodziców, których dzieci zmagają się z chorobą nowotworową.
- 8. Predyspozycje do nowotworzenia. Dlaczego moje dziecko ma nowotwór**
Materiały edukacyjne dla rodziców z zakresu dziedziczenia nowotworów.
- 9. Edukacja dziecka onkologicznego w szkole. Poradnik dla rodziny**
Materiały wspierające rodziców podczas powrotu dziecka do placówki edukacyjnej

Dla szpitali

1. **Model Dom część 2 Narzędzia do pracy z rodziną**
Instruktaż dotyczący przeprowadzenia diagnozy przez Psychologa szpitalnego.

Dla pracowników pomocy społecznej

1. **Poradnik dla pracowników sektora pomocy społecznej**
Poradnik skupia się na teoretycznych i praktycznych aspektach pracy środowiskowej na rzecz rodzin w kryzysie (w tym onkologicznym).

Dla specjalistów

1. **Poradnictwo zawodowe dla rodzin z dzieckiem onkologicznym**
Materiały dla doradców zawodowych, którzy wspierają ozdrowieńców w poszukiwaniu swojej drogi zawodowej.

Dla placówek edukacyjnych

1. **Model Dom część 3 Narzędzia w obszarze edukacja**
Instruktaż dotyczący postępowania w placówce edukacyjnej dla Psychologów szkolnych i Wychowawców.
2. **Edukacja dziecka onkologicznego w szkole. Poradnik dla nauczyciela**
Materiały przygotowujące nauczycieli do pracy z dzieckiem chorym onkologicznie oraz z pozostałą częścią klasy.
3. **Scenariusze zajęć z dziećmi i młodzieżą**
Zbiór gotowych konspektów warsztatów psychoedukacyjnych i integracyjnych.
4. **Wczesne objawy chorób nowotworowych u dzieci i młodzieży**
Materiał, który może posłużyć jako podstawa do edukacji rodziców w szkole.

2. Źródła

1. Zdjęcia pochodzą z serwisu Freepik, www.freepik.com.
2. Ikony pochodzą z serwisu Flaticon, www.flaticon.com.

