

Anna Korlak-Łukasiewicz*

INNOWACJE W PRACY SOCJALNEJ Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Praca socjalna ma charakter interdyscyplinarny. Szuka obramowania i podstaw swojej działalności naukowej i praktycznej w ustaleniach różnych dyscyplin naukowych, w ślad za coraz to nowymi wyzwaniami życia społecznego i jednostkowego. Wraz z rozwojem medycyny i postępowaniem technologicznym z jednej strony rośnie liczba chorób całkowicie wyleczalnych, bądź takich gdzie można zmniejszyć dolegliwości związane z wadą lub schorzeniem, z drugiej zaś strony, z tego samego powodu, wzrasta liczba osób z niepełnosprawnością wszelkiego typu. Osoby te siłą rzeczy stają się klientami pomocy społecznej, a pracownik socjalny chcąc skutecznie pomagać zmuszony jest do czerpania z dorobku naukowego i doświadczeń innych dyscyplin, w tym pedagogiki specjalnej. Pedagogika specjalna pozwala precyzyjnie spojrzeć pracownikom socjalnym na tę grupę klientów, na ich potrzeby, sposób wspierania. Skuteczność pomocy zależy od współpracy szeregu specjalistów, wśród których pracownik socjalny pełni rolę koordynatora.

Innowacja

Kluczowym słowem dzisiejszych czasów jest pojęcie innowacja. Współcześnie termin ten odnosi się do wielu dziedzin życia. Przemiany dokonujące się we współczesnym świecie związane z globalizacją, tworzeniem społeczeństwa informacyjnego czy też nowego rynku pracy, w gospodarkach opartych na wiedzy wymuszają wiele działań dokonywanych przez człowieka opartych o innowacje. Są one konsekwencją tych przemian i mają wpływ na przeobrażenia techniczne, technologiczne czy organizacyjne. „Pojęcie innowacja

* **Anna Korlak-Łukasiewicz** – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: zagadnienia związane z rozwojem zawodowym pracowników socjalnych, poszukiwanie rozwiązań i form pomocy związanych ze wspieraniem osób w procesie żałoby po stracie bliskich; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3861-6989>; e-mail: a.korlak-lukasiewicz@ips.uz.zgora.pl

datuje się na ok. 400 rok naszej ery; w języku starołacińskim jako *innovatio*, oznaczające odnowienie – zmianę, a następnie pojawia się w XIII wieku w języku francuskim jako *innovatio* oraz włoskim: u Dantego – *innovare* i Machiavellego – *innovatore*” (Bal-Woźniak 2012, s. 19). Za prekursora tego czym jest innowacja uznaje się austriackiego ekonomistę i socjologa Josepha Aloes Schumpeter’a (1883-1950). Rozumiał on to pojęcie „jako skuteczne wprowadzenie przez przedsiębiorcę na rynek produktu lub usługi będącej wytworem nowych kombinacji istniejących już środków produkcji, zapewniających wzrost gospodarczy i zysk dla przedsiębiorstw. Innowacja nie jest w owej teorii utożsamiana z samym wynalazkiem. Warunkiem zaistnienia innowacji jest opracowanie czegoś nowego, jednak wyłącznie wdrożenie, a więc skomercjalizowanie i rozpowszechnienie danego wynalazku można uznać za innowację” (Ikovenko i in. 2017, s. 7). Analiza pojęcia innowacja pozwala wyróżnić dwa sposoby jego ujmowania: „pierwsza grupa definicji ujmuje aspekt rzeczowy innowacji (wytwór materialny, myśl, idea, pomysł), a druga – procesualny (Drabik-Podgórną 2005, s. 26). Z upływem lat innowacyjność zmieniła swoją strukturę. „Początkowo przeważały innowacje produktowe, które z biegiem lat stopniowo zaczęły ustępować innowacjom procesowym i organizacyjnym. System staje się również nastawiony na innowacje społeczne” (Wiśniewski 2017, s. 124). I tu znajdujemy miejsce dla innowacji także w pracy socjalnej, w tym również w działaniach związanych z osobami z niepełnosprawnością.

Praca socjalna

Podobnie jak większość pojęć w naukach społecznych termin „praca socjalna” jest wieloznaczny. O wieloznaczności świadczy fakt, iż pojęcie to jest zarówno nazwą specyficzną ze względu na swe cele i metody działalności, jak i używane jest dla nazwania profesji, która – między innymi – polega na wykonywaniu owych działań.

Pojęcie „praca socjalna” znalazło się w oficjalnym obiegu w roku 1917. Za ojczyznę pracy socjalnej uważa się Stany Zjednoczone, aczkolwiek inne kraje, w tym także Polska, mają swój oryginalny wkład w rozwój tej dziedziny. W publikacjach z zakresu pracy socjalnej występuje wiele różnorodnych definicji pojęcia „praca socjalna”. Dla potrzeb niniejszego artykułu przytoczę tylko trzy z nich, poczynając od prekursorki pracy socjalnej w Polsce Heleny Radlińskiej, która utożsamiała pojęcie pracy socjalnej z pracą społeczną. Autorka ta koncentruje się w swojej definicji na celach pracy socjalnej jako czynnikach określających specyfikę tej działalności. Píše bowiem: „Praca społeczna polega na wydobywaniu i pomnażaniu sił ludzkich, na ich usprawnianiu i organizacji wspólnego działania dla dobra ludzi” (Radliń-

ska 1961, s. 354-356). W teorii amerykańskiej praca socjalna postrzegana jest dwojako – jako profesja i jako metoda działania charakterystyczna dla tzw. „osobistych usług społecznych”. Dla potrzeb działalności praktycznej w Polsce pojęcie pracy socjalnej zostało zdefiniowane w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku i jest stosowane do dnia dzisiejszego. Praca socjalna jest tam określona jako „działalność zawodowa, mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku). Najbogatszą propozycję pojęcia „praca socjalna” zawiera rezolucja Komitetu Rady Europejskiej z 1967 roku. Stwierdza ona, że „praca socjalna jest specyficzną działalnością profesjonalną, której zadaniem jest ułatwianie wzajemnego przystosowania jednostek, rodzin, grup i środowiska społecznego, w którym żyją oraz rozwijanie poczucia własnej wartości indywidualnej poprzez wykorzystywanie możliwości tkwiących w ludziach, w stosunkach interpersonalnych oraz zasobach udostępnianych przez społeczności lokalne” (za: Wódz 1996, s. 12, za: Pilch, Lepalczyk 1995, s. 108).

Niepełnosprawność

Na przestrzeni lat osoby z ograniczoną sprawnością były różnie nazywane. Najstarszym określeniem jest inwalidztwo, którego używano już w starożytności na określenie żołnierza niezdolnego do dalszej służby wskutek kalectwa lub utraty zdrowia w wojsku. W okresie powojennym przyjęto, że inwalida „to człowiek u którego występują wady lub defekty fizyczne albo umysłowe o charakterze trwałym” (Lalak, Pilch 1999, s. 111). Polskim odpowiednikiem pojęcia „inwalidztwo” jest termin „kalectwo”. Tym określeniem posługiwano się od lat, choć dziś używa się go raczej w mowie potocznej, często w znaczeniu pejoratywnym. Pojęcia „inwalidztwo” i „inwalida” zostały wyparte przez określenie „niepełnosprawność” i „osoba niepełnosprawna”. W Polsce oficjalnie obowiązuje definicja, która niepełnosprawność ujmuje jako trwałą lub okresową niezdolność do pełnienia funkcji społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującego niezdolność do pracy (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku oraz Ustawa o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 maja 2018 roku). Za osobę niepełnosprawną uznaje się zaś taką, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i odgrywanie ról społecznych

zgodnie z normami prawnymi i społecznymi (tamże). Natomiast według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność ujmowana jest w trzech aspektach:

- *impariment* – każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- *disability* – każde ograniczenie bądź niemożność prowadzenia aktywnego życia w sposób lub w zakresie, które są uznawane za typowe dla człowieka;
- *handicap* – ułomność określonej osoby wynikająca z niesprawności lub niepełnosprawności, ograniczająca lub uniemożliwiająca pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami (Gutowska 2016, s. 114).

Reasumując, niepełnosprawność oznacza więc różne ograniczenia funkcjonalne ludzi wynikające z naruszonej zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te mogą mieć charakter trwały lub przejściowy, całkowity lub częściowy i mogą dotyczyć różnych sfer: sensorycznej, fizycznej oraz psychicznej (Dyk-cik 2001, s. 15).

Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością

Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością staje się ważnym obszarem działań pracownika socjalnego, który w swojej działalności praktycznej wykorzystuje dorobek wiedzy teoretycznej do rozwiązania rzeczywistych problemów klienta, nie tylko z zakresu metod pracy socjalnej – co jest niezbędne w procesie pomagania, ale również z zakresu innych obszarów funkcjonowania, jak np.: znajomość uregulowań prawnych w zakresie pomocy społecznej, funkcjonowania ochrony zdrowia, edukacji, kultury. Niezbędna jest też dobra znajomość *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku*, która to reguluje sferę zawodową i społeczną rehabilitacji. Osoby z niepełnosprawnością stanowią bardzo zróżnicowaną grupę pod względem stopnia i rodzaju niepełnosprawności oraz cech wyznaczających ich ograniczenia i potrzeby w kwestii wyrównywania ich szans i włączenia w główny nurt życia społecznego i równego w nim uczestnictwa. Problem ten zarówno w Polsce, jak i na świecie ma tendencje wzrostowe, co jest spowodowane rozwojem przemysłu, wzrostem liczby wypadków, chorobami cywilizacyjnymi, przedłużeniem się przeciętnego dalszego trwania życia, a także rozwojem medycyny,

która ratuje od śmierci, ale nie jest w stanie przywrócić pełnej sprawności. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła w 2011 roku około 4,7 mln i stanowiła 12,2% ogółu ludności w kraju. Najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności są schorzenia narządów ruchu, układu krążenia oraz schorzenia neurologiczne (GUS, 2011). Pomaganie osobom z niepełnosprawnością na przestrzeni minionych lat w pracy socjalnej przeszło swoistą transformację. Poczynając od medycznego modelu opartego na dominacji osoby pomagającej nad niepełnosprawnym pacjentem, poprzez model rehabilitacyjny, w którym klient – wykazuje większą inicjatywę i współuczestniczy w procesie pomagania, gdzie ma możliwość samostanowienia, aż po model interaktywny, w którym dąży się do autentycznego uczestnictwa osób niepełnosprawnych tam, gdzie mieszkają. Jednak to nie jednostka przystosowuje się do środowiska, a odwrotnie – to środowisko przystosowuje się do potrzeb osoby z niepełnosprawnością poprzez likwidację barier w otoczeniu fizycznym i społecznym, które utrudniają jej normalne życie. Takie spojrzenie na pomoc przyczynia się do zmian w sposobie świadczenia pracy socjalnej i do poszukiwania nowych rozwiązań dla tej grupy ludzi.

Postępy w pracy socjalnej w obszarze pracy z osobami z niepełnosprawnością

Warto zwrócić uwagę na nowe metody pracy z osobami z niepełnosprawnością, które pojawiają się w obszarze pracy socjalnej. Metody te w większości przypadków zostały opracowane w Stanach Zjednoczonych, jak przystało na ojczyznę pracy socjalnej, ale coraz odważniej (przynajmniej niektóre z nich) pojawiają się wśród metod stosowanych w Polsce.

Pierwsza z nich to metoda o nazwie analiza SWOT, wykorzystywana w ocenie sytuacji firm i ich otoczenia biznesowego. Jest to metoda, która może okazać się niezwykle przydatna na poziomie diagnozy, przy zbieraniu danych niezbędnych do poznania sytuacji klienta, którym może być zarówno: osoba z niepełnosprawnością fizyczną, rodzina z osobą z niepełnosprawnością, grupa lub społeczność. Metoda ta, to rodzaj analizy, mającej na uwadze ocenę słabych i mocnych stron przedsiębiorstwa na tle jego szans i zagrożeń rynkowych. Nazwa SWOT jest akronimem angielskich słów *Strengths* (mocne strony organizacji), *Weaknesses* (słabe strony organizacji), *Opportunities* (szanse w otoczeniu), *Threats* (zagrożenia w otoczeniu) (Gierszewska, Romanowska 2001, s. 206). Metoda wyróżnia czynniki wpływające na sytuację, zarówno obecną, jak i przyszłą:

- według miejsca występowania – na wewnętrzne i zewnętrzne,
- według sposobu oddziaływania – na pozytywne i negatywne.

Schemat analizy SWOT powstały z czterech kategorii czynników przedstawia się następująco:

1. zewnętrzne pozytywne – szanse;
2. zewnętrzne negatywne – zagrożenia;
3. wewnętrzne pozytywne – mocne strony;
4. zewnętrzne negatywne – słabe strony.

Szansy – to okazje znajdujące się w otoczeniu (na zewnątrz), które można wykorzystać w pracy socjalnej, by polepszyć sytuację klienta: osoby z niepełnosprawnością/grupy/społeczności. Należy je tylko zdiagnozować i spożytkować. Zagrożenia – to zewnętrzne bariery, których należy unikać i których klient powinien być świadomy by mógł im zapobiec, nim przyczynią się do pogorszenia jego sytuacji. Mocne strony – to te obszary wewnętrznych zasobów klienta, które należy wykorzystywać i na których należy budować plan pomocy. Akcentowanie atutów naszego klienta powinno dostarczyć mu dalszych zachęt, by chciał on „iść naprzód” i rozwijać się w pożądanym kierunku. Słabe strony – są przeciwieństwem atutów, one wewnętrznie osłabiają naszego klienta przyczyniając się do jego „zagubienia się” i braku możliwości działania (Długi 2007, s. 191-192).

Tabela 1

Przykład analizy SWOT dla klienta – osoby z niepełnosprawnością fizyczną

Mocne strony klienta	Słabe strony klienta (ograniczenia)
<ul style="list-style-type: none"> – posiada duży obszar nienaruszonych funkcji (np. samodzielnie się porusza), – akceptuje swoje ograniczenia i potrafi je rekompensować, – rozumie rzeczywistość w jakiej się znajduje, – ma dobre relacje w rodzinie i poczucie przynależności do większej rodziny, – posiada wystarczające zasoby finansowe, – jest chętny do innowacyjnych rozwiązań i działań, jest twórczy i kreatywny, – posiada dużo zasobów emocjonalnych, – posiada dobre kwalifikacje (lub unikalne zdolności), – jest pozytywnie nastawiony na rozwój i zmianę. 	<ul style="list-style-type: none"> – posiada dużo ograniczeń wynikających ze złego stanu zdrowia, – nie potrafi poprosić o pomoc i jej przyjąć, – posiada niewystarczające zasoby finansowe, – nieadekwatne do zdrowia obciążenie obowiązkami, – nieumiejętność podjęcia właściwej decyzji, – brak kwalifikacji oraz pełnienia ról zawodowych i społecznych, – jest niestabilny lub wyczerpany emocjonalnie, – odczuwa wewnętrzny opór i strach przed zmianą sytuacji.

Szanse (możliwości)	Zagrożenia (bariery)
<ul style="list-style-type: none"> - możliwość określenia stopnia niepełnej sprawności oraz uzyskania orzeczenia, - skorzystanie z pomocy wolontariusza lub asystenta osoby z niepełnosprawnością, - odpowiedni czas na wprowadzenie nowych rzeczy dotyczących życia zawodowego i prywatnego, - decentralizacja (przybliżenie) zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej dla indywidualnych ON, - możliwość uzyskania dofinansowania z PFRON dla indywidualnych osób – zarówno dzieci, jak i dorosłych, - możliwość zakupu nowoczesnego i innowacyjnego sprzętu dla inwalidy poprzez uczestnictwo w programach PFRON, - coraz większa świadomość (rozumienie) problemów ON, - ewolucja postaw samych inwalidów i zmiana ich potrzeb, - możliwość skorzystania ze świadczenia jakim jest praca socjalna, a w uzasadnionych przypadkach również z form pomocy oferowanej przez OPS, - nowe zapisy prawne dotyczące ON (o wolontariacie, zatrudnieniu socjalnym), - siła klientów – możliwość organizowania się (grupy wsparcia, zakładanie stowarzyszeń i organizacji, obalanie mitów i stereotypów dotyczących ON). 	<ul style="list-style-type: none"> - niekorzystne rozwiązania systemowe, - niekorzystne zmiany demograficzne (wzrost liczby ON i starzenie się społeczeństwa), - emancypacja kobiet (brak opiekunek), - rozpad rodziny lub jej przechodzenie do następnej fazy życia rodziny (np. „pustego gniazda”), - zmiany wartości życia, - etos pracy, a brak stanowisk pracy dla ON, - niewystarczająca siatka wsparcia społecznego lub jej brak, - niewystarczająca infrastruktura do rehabilitacji w miejscu zamieszkania, - utrzymywanie się barier: transportowych, komunikacyjnych, prawnych, psychologicznych, - utrudniony dostęp do szkolnictwa czy służby zdrowia, - obniżenie się poziomu życia i jakości życia ON, - utrudniony dostęp do środków unijnych – nadmierna biurokracja.

Źródło: Długi (2007, s. 192-193).

Zastosowanie analizy SWOT do innych dziedzin życia może okazać się bardzo prostym odkrywczym doświadczeniem, wskazując na obszary życia klienta/grupy/społeczności, których wcześniej nie uwzględniano. Uzyskane w ten sposób informacje pozwolą lepiej poznać klienta, uświadomić mu jego zasoby i ograniczenia oraz udzielić mu efektywnej pomocy.

Drugim z modeli, o którym warto wspomnieć, jest świadczenie usług kierowane przez odbiorcę. Określenia typu: opieka kierowana przez odbiorcę, opieka kontrolowana przez klienta, zarządzanie przypadkiem przez konsumenta oraz świadczenie usług kierowane przez niego mają podobne znacze-

nie i wszystkie skupiają się na zwiększeniu osobistych uprawnień osób z niepełnosprawnością w kierowaniu własnym życiem. Termin „kierowany przez konsumenta” (*consumer driven*) jest stosowany przez ekonomistów do określenia konsumenta jako żądającego usług. Ekonomiczna podaż i popyt są istotne, kiedy odnosimy je do rynku państwowego, który jest sztucznie kontrolowany przez regulacje i wydatki rządowe, w przeciwieństwie do systemu rynku prywatnego, który dąży do funkcjonowania przy najmniejszym stopniu interwencji ze strony administracji rządowej. W gruncie rzeczy rynek prywatny dąży do zapewnienia usług, jakich żąda konsument, w celu osiągnięcia zysku. W obrębie prywatyzacji usług pomocy społecznej, popytowe podejście do uzyskiwania i świadczenia usług będzie miało wpływ na wybór organizacji, z pomocy których osoby z niepełnosprawnością będą korzystać. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych nad świadczeniem usług kierowanym przez konsumenta wykazały, że klienci, którzy potrafią świadomie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, są generalnie zadowoleni z tego podejścia. Jednakże seniorzy i osoby z ograniczeniami poznawczymi odnosili się do tej metody z mniejszą aprobatą. Można się również spodziewać, że ciągły postęp technologiczny umożliwi klientom większy dostęp do informacji i dostawców usług. Specjaliści pracy socjalnej będą stosować metodę świadczenia usług kierowanych przez klienta, uwzględniając potrzeby jednostki. Choć zwiększona liczba osób z niepełnosprawnością będzie objęta tą metodą, niektórzy z nich z powodu trudności poznawczych będą potrzebować pomocy rodziny, przyjaciół czy specjalistów w celu uzyskania niezbędnej opieki (Patchner 2010, s. 157-158). Opisany model od ponad dekady jest z dużym powodzeniem realizowany w Stanach Zjednoczonych, a w związku z rosnącym sektorem prywatnych usług świadczonych w ramach pracy socjalnej w Polsce z pewnością i tu znajdzie swoje miejsce.

Trendy przyszłych praktyk

Wkraczając w kolejną dekadę XXI wieku można spodziewać się wielu zmian w tradycyjnym systemie świadczenia usług ludziom z niepełnosprawnością oraz w samych usługach, jakie są zapewniane. Sądzę, że tradycyjne usługi zarządzania przypadkiem będą ewoluować w kierunku zarządzania przypadkiem kierowanym przez klienta, w którym partnerstwo między klientem a pracownikiem socjalnym zostanie osiągnięte przez zastosowanie planowania skoncentrowanego na osobie lub podejścia pokrewnego. Jako że klient będzie miał większą kontrolę, interes osoby będzie się znajdować na pierwszym miejscu, a potrzeby instytucji dla której pracuje pracownik socjalny, przeniesie się na drugi plan. Stawiając dobro klienta ponad interesem instytucji, można spodziewać się, że istniejący system usług dla osób z niepeł-

nosprawnością zostanie zmodyfikowany w kierunku mniej strukturalnym, a bardziej reagującym na potrzeby poszczególnych osób.

Literatura

- BAL-WOŹNIAK T. (2012), *Innowacyjność w ujęciu podmiotowym. Uwarunkowania instytucjonalne*, PWE, Warszawa.
- DŁUGI B. (2007), *Nowe spojrzenie na metody i techniki pracy socjalnej z osobami niepełnosprawnymi fizycznie*, [w:] *Praca socjalna wobec współczesnych problemów społecznych*, red. S. Pawlas-Czyż, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapi”, Toruń.
- DRABIK-PODGÓRNA V. (2005), *Innowacyjna edukacja w poradnictwie zawodowym. Aplikacja rozwiązań francuskich*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- DYKCIK W. (2001), *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- GIERSZEWSKA G., ROMANOWSKA M. (2001), *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa.
- GUS (2011), <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/narodowy-spis-powszechny-ludnosc-i-mieszkan-2011/ludnosc-stand-i-struktura-demograficzno-spoeczna-nsp-2011,14,1.html> [data dostępu: 30.10.2018].
- GUTOWSKA A. (2016), *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Między diagnozą a racjonalnym działaniem*, [w:] *W kręgu działań pomocowych i poradniczych*, red. J. Kozielska, A. Skowrońska-Pućka, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- IKOVENKO S., YATSUNENKO S., KARENDAŁ P., PRZYMUSIAŁA M., KOBYAKOV S., OBOJSKI J., VINTMAN Z. (2017), *Współczesna teoria rozwiązywania innowacyjnych zadań*, Novismo, Warszawa.
- LALAK D., PILCH T. (1999), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- PATCHNER L. S. (2010), *Praktyka pracy socjalnej a osoby z niepełnosprawnością: nasze przyszłe własne ja*, [w:] *Postępy w pracy socjalnej. Łącząc badania, edukację i praktykę*, red. J. G. Daley, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie, Warszawa.

- PLICH T., LEPALCZYK I. (RED.) (1995), *Pedagogika Społeczna*, Wydawnictwo Żak, Warszawa.
- RADLIŃSKA H. (1961), *Pedagogika społeczna*, Ossolineum, Wrocław.
- SZATUR-JAWORSKA B. (1995), *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej*, [w:] *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- USTAWA o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku [w:] *Dz. U.*, nr 64, poz. 593 z późn. zm.
- USTAWA o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 roku, [w:] *Dz. U.* 2011, nr 127, poz. 721 z późn. zm.
- USTAWA o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw z dnia 10 maja 2018 roku, [w:] *Dz. U.* 2018, poz. 1076.
- WIŚNIEWSKI B. M. (2017), *Inicjatywy innowacyjne w działaniach samorządu lokalnego na podstawie projektu „Gdański Model Autyzmu”*, [w:] *Społeczne innowacje zdrowotne w polityce władz lokalnych. Obraz obywatelskiej odpowiedzialności*, red. L. Buliński, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- WÓDZ K. (1996), *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Interart, Warszawa.

Anna Korlak-Łukasiewicz

**INNOVATIONS IN SOCIAL WORK WITH PEOPLE WITH
DISABILITIES**

Keywords: innovation, disability, social work.

In the last half-century, there has been a revolution in the way contemporary society perceives supports, and treats people with disabilities, and interacts with them. The previous models of working with such people used in social work have been replaced with new, innovative approaches. Professional social workers will have to face the new challenge consisting in the right of people with disabilities to self-determination.

Anna Korlak-Łukasiewicz

**INNOWACJE W PRACY SOCJALNEJ Z OSOBAMI
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Słowa kluczowe: innowacja, niepełnosprawność, praca socjalna.

W ostatnim półwieczu we współczesnym społeczeństwie doszło do rewolucji w sposobie postrzegania, wspierania i leczenia osób z niepełnosprawnością oraz współdziałania z nimi. Dotychczasowe modele pracy z osobami z niepełnosprawnością obecne w pracy socjalnej straciły swoją rację bytu na rzecz nowych, innowacyjnych podejść. Profesjonalni pracownicy socjalni będą musieli sprostać nowemu wyzwaniu jakim jest prawo do samostanowienia osób z niepełnosprawnością.