

3. Himalaje Autyzmu

I. Istota i wyróżniki innowacji

a. Opis innowacji

Himalaje Autyzmu to metoda pracy z osobami neuroatypowymi, przejawiającymi zachowania nieakceptowane społecznie, w tym agresywne i autoagresywne, które – z punktu widzenia funkcjonowania społeczeństwa stwarzają największą trudności. Została ona stworzona na potrzeby wizyt w placówkach medycznych, takich jak przychodnie, poradnie, punkty pobrań czy szpitale. Model pracy zakłada odpowiednią ścieżkę postępowania wobec pacjenta neuroatypowego, przygotowującą go do wizyty, wspierającą jego komunikację z personelem oraz niwelującą bodźce powodujące trudne zachowania. Każda trudna sytuacja związana z wizytą w placówce zdrowia, odbija się negatywnie zarówno na pacjencie neuroatypowym i jego rodzinie (przerwanie wizyty, brak możliwości skorzystania z leczenia) oraz na innych pacjentach przebywających w tej samej placówce, u których może pojawić się lęk przed podobnymi sytuacjami.

Model jest opracowany w formie procedur będących wskazówkami jak przyjmować pacjentów neuroatypowych, rozmawiać z nimi, prowadzić czynności diagnostyczne w sposób odpowiadający na specjalne potrzeby pacjenta, czyli tak aby go nie stresować, nie wzbudzić napadu agresji, czy nie uruchomić innych zachowań stanowiących zagrożenie lub dyskomfort jego samego i innych osób przebywających w otoczeniu.

b. Problem, na który odpowiada innowacja

Innowacja jest odpowiedzią na problemy z dostępem do usług osób z niepełnosprawnością, których niestandardowe zachowanie uniemożliwia korzystanie z diagnostyki i leczenia w placówkach medycznych.

Spektrum autyzmu odnosi się do szerokiego zakresu zaburzeń neurorozwojowych, które mają wspólne cechy, ale mogą występować w różnym stopniu nasilenia i w odmienny sposób u różnych osób. W związku z powyższym, autyzm może przejawiać się w sposób zróżnicowany, wobec czego do osób z ASD należy podchodzić w sposób indywidualny.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Edukacji Narodowej – w roku szkolnym 2024/2025 do przedszkoli i punktów przedszkolnych w całej Polsce uczęszczało blisko 74 tys. dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. Ponad 36 tys. z nich otrzymało orzeczenie w związku ze spektrum autyzmu, w tym zespołu Aspergera. Rok wcześniej przedszkolaków z orzeczeniami było 65 tys., w tym prawie 31 tys. ze zdiagnozowanym spektrum autyzmu. Z kolei w roku szkolnym 2022/2023 dzieci przedszkolnych ze specjalnymi orzeczeniami było niespełna 57 tys., z czego ok. 25 tys. orzeczeń dotyczyło spektrum autyzmu. Oznacza to, że tylko na poziomie przedszkolnym liczba dzieci ze zdiagnozowanym spektrum autyzmu, z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, wzrosła o blisko 50 proc. w skali dwóch lat¹.

Wzrost liczby diagnoz niekoniecznie oznacza, że rodzi się coraz więcej dzieci w spektrum autyzmu – może to być efektem większej świadomości społecznej, lepszej dostępności diagnostyki oraz zmian w klasyfikacjach medycznych. Niemniej jednak, system ochrony zdrowia i edukacji musi reagować na te zmiany, dostosowując swoje procedury, przestrzenie i kompetencje kadry do potrzeb osób neuroatypowych. W regionie wciąż brakuje placówek medycznych i specjalistów przygotowanych do pracy z osobami ze spektrum autyzmu, co skutkuje trudnościami w dostępie do leczenia, terapii i wsparcia.

c. Co się składa na innowację

- Model pracy „Himalaje autyzmu” zawiera opis i założenia rozwiązania, analizę wyników i doświadczeń z etapu testowania oraz rekomendacje i zalecenia. Ponadto obejmuje on:
 - wzór profilu behawioralnego,
 - scenariusz postępowania dla uczestnika;
 - instrukcję wsparcia uczestnika ze względu na niepełnosprawność,
 - rekomendacje dotyczące możliwych do wykorzystania rozwiązań, zwiększających bezpieczeństwo i komfort przejazdu osób z niepełnosprawnościami przejawiających trudne zachowania, do placówek medycznych.

¹ <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C110206%2Cekspertka-dzieci-ze-zdiagnozowanym-spektrum-autyzmu-jest-coraz-wiecej.html>

- Raport ewaluacyjny
- Plan rozwoju innowacji społecznej

d. Analiza rozwiązania pod kątem kryteriów ewaluacyjnych

Trafność

Innowacja „Himalaje Autyzmu” odpowiada na realne potrzeby osób neuroatypowych, które ze względu na trudne zachowania (agresja, autoagresja) często nie mogą skorzystać z usług medycznych. Model został opracowany i przetestowany w placówkach POZ, gabinetach lekarskich oraz w domach uczestników, gdzie diagnozowano ich potrzeby komunikacyjne i behawioralne. Powstało 9 profili behawioralnych, które pomagają dostosować sposób kontaktu i przebieg wizyty medycznej. Innowacja uwzględnia także trudności zdrowotne opiekunów, którzy często nie są w stanie zapewnić leczenia swoim dorosłym dzieciom. Projekt pokazuje, że dostosowanie przestrzeni i procedur do osoby z niepełnosprawnością jest kluczowe dla skutecznego leczenia.

Skuteczność

Model został przetestowany zgodnie z założeniami, a w trakcie testów wprowadzano bieżące zmiany na podstawie konsultacji z rodzinami i personelem medycznym. Asystenci wspierali realizację różnych procedur medycznych, m.in. pobrań krwi, rezonansów, zabiegów stomatologicznych i wizyt psychiatrycznych. Projekt pokazał, że kluczowe jest rozpoczęcie leczenia od lekarza pierwszego kontaktu oraz budowanie nowych relacji na linii pacjent-lekarz opartych na zrozumieniu. Testy wykazały, że największą barierą nie jest infrastruktura, lecz brak świadomości, że trudne zachowania wynikają z niepełnosprawności. Innowacja uwzględniła także problem transportu, proponując konkretne rozwiązania zwiększające bezpieczeństwo przejazdów. Model zakończono rekomendacjami dla personelu medycznego, opiekunów i placówek zdrowia.

Użyteczność

Model „Himalaje Autyzmu” okazał się praktycznym i skutecznym narzędziem wspierającym osoby neuroatypowe w dostępie do usług medycznych. W trakcie testów uczestnicy i ich rodziny podkreślali, że dzięki innowacji odzyskali poczucie godności, pewność siebie i realną możliwość korzystania z opieki zdrowotnej. Zmniejszył się lęk przed wizytami lekarskimi,

a czas oczekiwania na badania znacząco się skrócił. Model zawiera konkretne scenariusze wizyt, wskazówki dla personelu medycznego oraz formularze diagnozy – tzw. profile behawioralne – które są aktualizowane zgodnie z sytuacją pacjenta. Użyteczność rozwiązania została doceniona nie tylko przez rodziny, ale także przez instytucje publiczne, w tym NFZ i Urząd Marszałkowski w Małopolsce. Model jest gotowy do wdrożenia w innych placówkach, choć jego implementacja wymaga zaangażowania kadry, czasu i dodatkowych środków.

Testowanie innowacji

Innowacja pomyślnie przeszła fazę testu i materiały, które trafiły do modelu końcowego rozwiązania wykazują duży stopień przydatności. „Himalaje autyzmu” celnie trafiają w lukę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, który nie jest przygotowany na leczenie pacjenta wykazującego niestandardowe zachowania.

W trakcie trwania testu, Innowator napotkał kilka trudności:

- „Podczas planowania testu zakładano, że należy przygotować dla uczestników szereg rozwiązań (zabawek, gier edukacyjnych lub rzeczy, które przywołują dobre reakcje), aby ukierunkować emocje właśnie na te elementy. Okazało się, że dla naszych uczestników „gadżety” stanowiły rozwiązanie ściśle, schematycznie powiązane z danym miejscem – zwykle domem. Nawet jeśli uczestnik zajmował się przez chwilę swoim gadżetem – po chwili orientował się, że schemat wykorzystania gadżetu uległ zmianie i element nie działa w ten sam sposób. Najskuteczniejszym narzędziem jest możliwość spaceru, która jest preferowana przez większość uczestników i może funkcjonować w oderwaniu od schematu (eksplorowanie nowych miejsc jest pożądane). Niestety, procedura przyjęcia na oddział szpitalny, wyklucza możliwość wyjścia z oddziału wcześniej niż przed wypisem. Często oznacza to walkę z czasem rodzica i personelu, który po podobnym doświadczeniu niechętnie podejmuje kolejne działania na rzecz osób neuroatypowych.” – podczas rozmów podsumowujących etap testu Wnioskodawca wskazał, że coś co pierwotnie okazało się trudnością czy kłopotem, w trakcie trwania testu mogło zainicjować stworzenie rozwiązania lub rekomendacji dotyczących tego o co warto zadbać, czy jak zmodyfikować proces leczenia.

- Drugą trudnością była współpraca z lekarzami, medykami. Wnioskodawca wskazał: „Himalaje Autyzmu zaczęły działać jak straszak, mamy takie doświadczenie, że Policja ma większą wiedzę na temat autyzmu, niż pogotowie lub ratownicy. Szpital dał jednej z mam pampersa przeznaczonego dla 6-miesięcznego dziecka dla jej 11-letniego syna, w innym przypadku mama usłyszała od lekarza: „proszę siedzieć cicho, rozmawiam z synem” (syn nie mówi...). Takie historie można mnożyć, spotkaliśmy się z niechęcią, niezrozumieniem, lękiem, ignorancją. To były warunki, w ramach których działaliśmy, czuliśmy się nieraz bezradni, ale to są warunki, w których codziennie funkcjonują rodzice dzieci z takimi trudnymi zachowaniami.”

e. Potencjalni odbiorcy i użytkownicy innowacji

- Osoba z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym, która przejawia zachowania utrudniające funkcjonowanie w przestrzeni publicznej, takie jak: krzyk, agresja, autoagresja, zachowania wynikające z przełamania schematu, w którym osoba funkcjonuje na co dzień i w którym czuje się bezpiecznie.
- Osoby w spektrum autyzmu, korzystające z konsultacji, porady lekarskiej oraz/lub procesu leczenia stacjonarnego lub ambulatoryjnego. Naturalni opiekunowie i asystenci osób przejawiających trudne zachowania.
- Placówki medyczne różnego typu, w tym:
 - POZ-y,
 - przychodnie niepubliczne,
 - szpitale,
 - kliniki,
 - gabinety stomatologiczne,
 - gabinety ortodontyczne.
- Lekarze i pielęgniarki prowadzący prywatne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, w ramach wszystkich dostępnych specjalizacji.
- Gabinety lekarskie w szkołach.

f. Unikalność rozwiązania na tle innych działań społecznych

Model „Himalaje Autyzmu” wyróżnia się tym, że koncentruje się na praktycznym wsparciu osób ze spektrum autyzmu w konkretnym obszarze usług społecznych – dostępie do opieki medycznej. W przeciwieństwie do wielu działań społecznych, które skupiają się głównie na edukacji, terapii czy integracji społecznej, ta innowacja oferuje gotową procedurę postępowania dla personelu medycznego, uwzględniającą specyficzne potrzeby pacjentów neuroatypowych. Model nie tylko zwiększa komfort osoby autystycznej, ale również minimalizuje ryzyko sytuacji kryzysowych w placówkach medycznych, co przekłada się na bezpieczeństwo i jakość świadczonych usług. Jego siłą jest prostota zastosowania, możliwość wdrożenia w różnych typach gabinetów oraz uniwersalność – procedura może być stosowana zarówno przez lekarzy POZ, jak i specjalistów, pielęgniarki czy personel szkolnych gabinetów. „Himalaje Autyzmu” to rozwiązanie, które realnie zmienia sposób myślenia o dostępności usług medycznych, wprowadzając standardy komunikacji i obsługi dostosowane do potrzeb osób ze spektrum autyzmu, a tym samym wzmacniając inkluzywność systemu ochrony zdrowia.

II. Cel upowszechnienia

- a. Zdefiniowanie ogólnego i szczegółowego celu. Cele projektu powinny być osiągalne, określone w czasie i wymierne.

Cel ogólny

Zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej dla osób w spektrum autyzmu.

Cel szczegółowy

Stworzenie indywidualnych procesów przyjmowania pacjentów w spektrum w x placówkach medycznych. Przygotowanie i opracowanie szkoleń dla pracowników: dla lekarzy, pielęgniarzy i rejestratorów.

- b. Oczekiwane rezultaty i wskaźniki

Oczekiwany rezultat	Wskaźnik
Wdrożenie indywidualnych procedur przyjmowania pacjentów w spektrum autyzmu w placówkach medycznych,	Min. x placówek medycznych, w których wdrożono procedury

Oczekiwany rezultat	Wskaźnik
dostosowanych do ich potrzeb sensorycznych, komunikacyjnych i emocjonalnych.	
Przeszkolenie personelu medycznego – lekarzy/ek, pielęgniarzy/ek i rejestratorów/ek – w zakresie pracy z osobami w spektrum autyzmu, z uwzględnieniem empatii, komunikacji alternatywnej i redukcji stresu.	Min. x spotkań/warsztatów
Zwiększenie kompetencji kadry medycznej w zakresie rozpoznawania i reagowania na potrzeby osób neuroatypowych.	Min. x spotkań/warsztatów
Poprawa komfortu psychicznego pacjentów i ich opiekunów podczas wizyt lekarskich, dzięki bardziej przewidywalnemu i bezpiecznemu środowisku.	Przeprowadzenie kwestionariuszy ankiet wśród min. x pacjentów/opiekunów
Zmniejszenie liczby sytuacji kryzysowych i rezygnacji z leczenia z powodu niedostosowanego procesu przyjęcia.	Liczba przeprowadzonych wizyt lekarskich/zrealizowanych badań itp. na rzecz osób w spektrum autyzmu

III. Rekomendowany kierunek upowszechnienia

a. Elementy do upowszechnienia: metody działania, narzędzia, materiały.

Model „Himalaje Autyzmu” powinien być upowszechniany jako praktyczne narzędzie wspierające dostępność usług medycznych dla osób neuroatypowych, w ramach lokalnych i regionalnych usług społecznych. Kluczowe elementy do wdrożenia to: procedury postępowania z pacjentem w spektrum autyzmu, scenariusze wizyt lekarskich, profile behawioralne oraz rekomendacje dla personelu medycznego i opiekunów. Materiały te mogą być wykorzystywane przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, centrów usług społecznych, placówek wsparcia dziennego, a także przez asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami. Warto przygotować zestaw szkoleń i warsztatów dla personelu medycznego oraz pozostałych pracowników placówek ochrony zdrowia, które będą wspierać wdrażanie modelu w praktyce. Dodatkowo, publikacje informacyjne i poradniki dla rodzin

oraz instytucji mogą pomóc w zrozumieniu specyfiki zachowań osób neuroatypowych i sposobów ich wspierania w procesie leczenia.

b. Skala upowszechnienia.

W województwie małopolskim rekomenduje się wdrożenie modelu „Himalaje Autyzmu” w placówkach medycznych współpracujących z systemem usług społecznych – w szczególności w przychodniach POZ, poradniach specjalistycznych, gabinetach szkolnych oraz placówkach opieki długoterminowej. Model może być również stosowany w ramach działań realizowanych przez powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej oraz centra usług społecznych. Upowszechnienie powinno objąć także organizacje pozarządowe działające na rzecz osób z niepełnosprawnościami, które mogą pełnić rolę lokalnych ambasadorów modelu. Wdrożenie na poziomie wojewódzkim pozwoli na stworzenie spójnego systemu wsparcia, w którym osoby w spektrum autyzmu będą mogły bezpiecznie i skutecznie korzystać z usług medycznych, a personel społeczny i medyczny będzie dysponował odpowiednimi narzędziami do pracy z tą grupą.

IV. Plan komunikacji

a. Stan wyjściowy

- Brak finalnej identyfikacji wizualnej (kolory, logotyp, księga znaku).
- Brak rozpoznawalnego symbolu graficznego.
- Brak obecności w mediach społecznościowych i kanałach online.

b. Wyróżniki innowacji

- Proceduralność i praktyczność: Czterostopniowy model pracy z konkretnymi scenariuszami, krok po kroku, dla wizyt w przychodniach, poradniach, punktach pobrań i szpitalach.
- Skuteczność w sytuacjach trudnych: metoda minimalizuje stres, wspiera komunikację pacjenta z personelem, ogranicza bodźce wywołujące zachowania agresywne/autoagresywne.

- Uniwersalność wdrożenia: z rozwiązania skorzystają placówki medyczne, szpitale, rodziny, asystenci osób z niepełnosprawnością, NGO oraz podmioty zatrudniające asystentów osób z niepełnosprawnościami.
- Dostępność materiałów: model pracy, raport ewaluacyjny i plan rozwoju z gotowymi wzorami (profil behawioralny, scenariusze, instrukcje, rekomendacje dotyczące przejazdów).

c. Cele działań komunikacyjnych

- Upowszechnienie procedury: dotarcie do kadry medycznej (rejestracja, zespół pielęgniarstwa, diagnosty, lekarze, kadra zarządzająca) z jasnym przewodnikiem wdrożenia w praktyce.
- Redukcja incydentów: zmniejszenie liczby przerwanych wizyt, eskalacji i lęku innych pacjentów poprzez przygotowanie pacjenta i personelu do kontaktu.
- Wsparcie rodzin i asystentów: zapewnienie narzędzi do przygotowania wizyty oraz komunikacji z personelem krok po kroku.
- Budowa sieci wdrożeń: stworzenie społeczności placówek „przyjaznych neuroatypowym pacjentom” i wymiana dobrych praktyk.
- Zwiększenie rozpoznawalności: pozycjonowanie Himalajów Autyzmu jako standardu pracy z pacjentem neuroatypowym w placówkach zdrowia w regionie i poza nim.

d. Grupy docelowe

- Personel i zarządzający ochroną zdrowia: rejestratorzy, zespół pielęgniarstwa, diagnosty laboratoryjni, lekarze rodzinni i specjaliści, ordynatorzy, kadra zarządzająca szpitali/przychodni, koordynatorzy ds. jakości i dostępności.
- Rodziny i opiekunowie: rodzice/opiekunowie osób dorosłych neuroatypowych oraz młodzieży, asystenci osób z niepełnosprawnością, koordynatorzy wolontariatu w NGO.
- Instytucje i partnerzy wdrożeniowi: samorządy (wydziały zdrowia), młodzieżowe ośrodki wsparcia, poradnie, laboratoria, organizacje działające na rzecz pacjentów, uczelnie (kierunki medyczne/terapeutyczne), media branżowe.

- Osoby neuroatypowe: przede wszystkim osoby dorosłe ze spektrum autyzmu przejawiające trudne zachowania nieakceptowane społecznie.

e. BIG IDEA

BIG IDEA (parasol komunikacyjny) to myśl przewodnia, wokół której buduje się całą koncepcję komunikacji. Określa motyw przewodni i zamysł, jaki przyświeca marce, ułatwia spójność przekazu. Wyróżnia komunikację i wskazuje na jej najważniejsze kwestie.

BIG IDEA to nie hasło reklamowe!

„Spokój w gabinecie – wsparcie w każdej chwili”

Krótką myśl przewodnią budującą poczucie bezpieczeństwa i współodpowiedzialności: pacjent, rodzina i personel grają do jednej bramki, korzystając z jasnej procedury ograniczającej stres i ryzyko.

f. Filary komunikacji

- Wskazanie problemu [nie jesteś z tym sam]
 - Częstość i koszt incydentów: trudne zachowania pacjentów neuroatypowych zaburzają przebieg wizyt, skutkując przerwaniem diagnostyki i lękiem w poczekalni.
 - Luka kompetencyjna: personel i rodziny często nie mają narzędzi ani protokołu działania.
 - Niedostępność: rosnące potrzeby kontra niewystarczająco przygotowane placówki w regionie (procedury, przestrzeń, kadry).
- Potencjalne rozwiązania – pomożemy Ci, bądź z nami:
 - Model 4 kroków: przygotowanie pacjenta, wsparcie komunikacji, kontrola bodźców, prowadzenie czynności diagnostycznych zgodnie z profilem behawioralnym.
 - Pakiet wdrożeniowy: profil behawioralny, scenariusze postępowania, instrukcje dla personelu i rodzin, rekomendacje dot. przejazdów.
 - Szkolenia i checklisty: krótkie moduły dla rejestracji, gabinetu, laboratorium, plakaty „strefa cisy”, oznakowanie sensoryczne.
- Dowody na prawdziwość:

- Raport ewaluacyjny i case studies: pokazujące skuteczność w minimalizacji stresu i poprawie dostępności usług.
- Rekomendacje praktyczne: potwierdzone wdrożeniami pilotażowymi i opinią zespołów pracujących z osobami neuroatypowymi.

g. Kluczowe przekazy

- Bezpieczeństwo i skuteczność: jasna procedura zmniejsza ryzyko incydentów i przerywania wizyt.
- Wspólna odpowiedzialność: nie musisz być ekspertem – wystarczy trzymać się kroków, które wspierają pacjenta.
- Szacunek dla różnorodności: zachowania trudne to sygnały przeciążenia, nie złej woli – odpowiadamy narzędziami, nie oceną.
- Gotowość do wdrożenia: dajemy pierwszy pakiet wsparcia „od jutra”, zanim sięgniesz po rozbudowane szkolenia.
- Standard dostępności: placówka przyjazna neuroatypowym pacjentom to lepsza diagnostyka, mniejszy stres i lepsza reputacja.
- Razem łatwiej: rodzina, asystent i personel mają wspólny język działania.

h. Budowanie lejka marketingowego

- Zwrócenie uwagi:
 - placówki: zaproszenie do programu „Placówka przyjazna osobom neuroatypowym” (landing + teaser video), pigułki wiedzy dla rejestracji i laboratorium.
 - rodziny/asystenci: komunikaty „Jak przygotować wizytę w 15 minut” + checklisty.
- Zaciekawienie:
 - Webinary i demosy: 30-min sesje „Model w praktyce” dla zespołów (rejestracja, gabinet, punkt pobrań).
 - Materiały do pobrania: profil behawioralny, scenariusze, oznaczenia „strefa ciszy”, karty komunikacyjne.
- Dopasowanie do potrzeb:

- Case studies i krótkie filmy: realne sytuacje przed/po wdrożeniu; korzyści dla organizacji i pacjentów.
- Q&A dla dyrektorów: odpowiedzi na pytania o koszty, zasoby, ryzyka, mierniki jakości.
- Potrzeba i decyzja:
 - Pilotaż 6-8 tygodni: wsparcie wdrożenia w 1–2 punktach ścieżki (rejestracja + punkt pobrań), mierniki incydentów, satysfakcja rodzin.
 - Certyfikacja i oznakowanie: „Przyjazne osobom neuroatypowym – Himalaje Autyzmu”.
- Działanie i retencja:
 - Grupa zamknięta FB/Teams dla praktyków: wymiana doświadczeń, superwizje, aktualizacje procedur.
 - Newsletter wdrożeniowy: krótkie typy, checklisty, historie sukcesu, zaproszenia na szkolenia.

i. Ton przekazu

- Towarzyszący i wspierający: język bezpieczeństwa i spokoju, bez ocen.
- Partnerski: „robimy to razem” – pacjent, rodzina, personel.
- Indywidualny: respekt dla profilu behawioralnego konkretnej osoby.
- Rozwijający: mikro-nauka, krok po kroku, krótkie moduły i praktyczne checklisty.

j. Proponowane platformy komunikacji

- Strona/IP i biblioteka wdrożeniowa: centrum materiałów, formularz zgłoszenia pilotażu, mapka placówek wdrożonych.
- LinkedIn i newsletter branżowy: dotarcie do dyrektorów, ordynatorów, koordynatorów jakości/dostępności.
- Facebook: treści dla rodzin/asystentów, grupa zamknięta dla praktyków wdrożeń (moderacja, case exchange).
- YouTube/Shorts + TikTok: krótkie filmy instruktażowe „1 krok – 1 zmiana” (rejestracja, punkt pobrań, gabinet).

- Relacje z mediami branżowymi: portale medyczne, radio/TV lokalne, działy zdrowia, artykuły eksperckie o dostępności sensorycznej i procedurach.
- Wydarzenia i partnerstwa: konferencje zdrowotne, izby lekarskie/pielęgniarskie, uczelnie medyczne – moduły szkoleniowe i panele.

V. Inspiracje z kraju i ze świata

- Osoby w spektrum autyzmu pakiet informacyjny dla pracowników służby zdrowia – Fundacja SYNAPSIS,
- ZASADY SAVOIR-VIVRE w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami – Agata Spała, Angelika Chrapkiewicz-Gądek,
- Innowacja Niebiesko-niebiescy. Zmiana sytuacji osób ze spektrum autyzmu w relacji z policją w sytuacji kryzysowej.

Suplement rynkowy - Himalaje Autyzmu

Opis istoty innowacji społecznej

“Himalaje Autyzmu” to zestaw prostych, praktycznych materiałów przygotowanych dla pracowników pierwszego kontaktu - rejestracji, recepcji, sekretariatów, bibliotek, urzędów oraz placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Obejmuje profile zachowań, wskazówki komunikacyjne, komponenty środowiskowe (cisza, światło, przewidywalność), scenariusze trudnych sytuacji i krótkie instrukcje „co zrobić, gdy...”. Prototyp został przetestowany w realnych instytucjach - pracownicy zgodnie wskazywali, że proste scenariusze i minimalne dostosowania redukują stres i pozwalają obsłużyć osobę w spektrum z większą pewnością.

Innowacja odpowiada na kluczową potrzebę poprawy jakości kontaktu osób w spektrum autyzmu z instytucjami publicznymi. Może być wdrażana w szkołach, bibliotekach, CUS-ach, OPS-ach, MOSiR-ach, urzędach, instytucjach kultury i POZ-ach - pod warunkiem, że ma charakter usługi społecznej, nie medycznej. Jej siła polega na tym, że nie wymaga inwestycji w drogą technologię. Opiera się na przewidywalności, prostej komunikacji, dostosowaniu sensorycznym i spokojnym stylu obsługi, które czynią instytucję otwartą i bezpieczną dla dzieci, młodzieży i dorosłych w spektrum. Dzięki temu przywraca poczucie kontroli osobom,

które na co dzień zmagają się z przebudźcowaniem, a pracownikom dają jasne, łatwe do wdrożenia procedury.

1. Co warto uzupełnić, aby innowacja mogła stać się usługą społeczną

- **Krótką instrukcją wdrożenia „Himalaje Autyzmu w mojej instytucji”** - przewodnik dla bibliotek, szkół, urzędów, CUS-ów i POZ, pokazujący krok po kroku, jak wprowadzić minimalne standardy obsługi.
- **Zestaw Trzech Poziomów Adaptacji (Minimal / Standard / Premium)** jako struktura dla każdej placówki:
 - **Minimalny (S):** karty komunikacyjne, 1-2 przeszkolonych pracowników, strefa ciszy, podstawowe oznaczenia.
 - **Standard (M):** ciche godziny, sensory-safe route, minimum 50% przeszkolonego personelu, scenariusze sytuacyjne.
 - **Premium (L):** system rezerwacji „spokojnej wizyty”, pełny manual sensoryczny budynku, Paszport Komunikacyjny, stałe konsultacje z rodzinami.
- **„Paszport Komunikacyjny”** - prosty, jednolity formularz wypełniany dobrowolnie przez opiekuna/osobę w spektrum: preferowany kanał komunikacji, typowe wyzwalacze, strategie uspokajania. Dzięki niemu pracownik otrzymuje „instrukcję obsługi stresu” jeszcze przed wizytą.
- **Zestaw „one-pagerów” dla pracowników pierwszej linii** - skrócone instrukcje obsługi, wskazówki komunikacyjne, checklista deeskalacyjna.
- **Format „Quick-Fix” - natychmiastowe korekty środowiskowe**, które można wdrożyć w 5 minut: wyłączenie dzwonek, stonowanie światła, wyciszenie ekranu, uporządkowanie blatu, wskazanie cichego miejsca.
- **Scenariusze sytuacyjne dopasowane do typu instytucji** (np. „rejestracja w POZ”, „wizyta w urzędzie”), stworzone wspólnie z rodzinami i osobami w spektrum.
- **Manual sensoryczny budynku:** mapa głośnych i cichych miejsc, potencjalne wyzwalacze (np. automatyczne drzwi, klimatyzacja), miejsca „przeczekania”.
- **Protokoły Rejestracji „Spokojna Wizyta”** dla POZ/CUS/urzędów: oznaczanie wizyty w systemie, planowanie godzin małego ruchu, możliwość wejścia poza kolejnością w kryzysie, wcześniejsze wysłanie wizualnego planu.

- **Mechanizm współpracy z rodzinami i osobami w spektrum** - konsultacje, testowanie materiałów, warsztaty edukacyjne.

2. Przykładowe kierunki przekucia innowacji w usługę społeczną

1. „Instytucja przyjazna osobom w spektrum” - lokalny standard dostępności

Wdrożenie kart komunikacyjnych, oznaczeń sensorycznych, przewidywalnych procedur, strefy ciszy i spokojnej obsługi. Rozszerzenie o rolę „Ambasadora Autyzmu” - jasno wskazanej osoby, która wspiera pracowników i reaguje w kryzysach.

2. „Pierwsza wizyta na spokojnie”

Krótką usługą środowiskową: oprowadzenie po budynku, wyjaśnienie kolejności zdarzeń, przygotowanie wizualnych kroków.

(W POZ wyłącznie organizacyjnie i środowiskowo, bez wchodzenia w obszar świadczeń medycznych).

3. „Ciche godziny” lub „godziny sensorycznie przyjazne”

Stałe lub okresowe przedziały czasu o ograniczonych bodźcach - wyciszone dźwięki, łagodniejsze światło, brak kolejek. Mogą być wdrażane również w sklepach, usługach i galeriach jako lokalny standard sensoryczny.

4. „Sensory-safe route” - trasa przyjazna sensorycznie

Mapa budynku z miejscami ciszy, światła, przewiewu, miejscami odpoczynku - dostępna w druku i jako prosta wersja w aplikacji miejskiej.

5. „Trener pierwszego kontaktu” / „osoba spokojnego wsparcia”

Dedykowany pracownik, przeszkolony w deeskalacji i przewidywalnej komunikacji, obecny w newralgicznych momentach wizyty.

6. Usługa „Planowania Wizyt (POZ)”

Tworzenie z rodziną wizualnego planu wizyty, ustalenie godziny małego ruchu, wskazanie alternatywnej drogi wejścia - jako element usługi społecznej.

7. Wirtualne oprowadzanie sensoryczne (VR/wideo)

Krótkie filmy pokazujące, jak wygląda biblioteka, urząd, MOSiR, przychodnia - co słyszeć, jak wygląda przestrzeń, gdzie można się wycofać.

3. Obszary, w których instytucja wdrażająca może dodać coś od siebie

- Doprecyzowanie scenariuszy pod własny kontekst - rejestracja POZ, czytelnia dziecięca, punkt informacyjny urzędu, recepcja MOSiR.
- **Lokalny „Słownik sensoryczny”** - identyfikacja i opis lokalnych wyzwalaczy (np. dźwięk drukarki, brzęczyk drzwi, hałas ulicy).
- **„Zestaw Spokoju” dostępny w recepcji** - sensoryczne piłeczki, słuchawki wygłuszające, karty komunikacyjne, maty wyciszające.
- **Tworzenie mapy sieci wsparcia** - oznaczenie na sensory-safe route także miejsc prywatnych: ciche kawiarnie, parki, przestrzenie przyjazne sensorycznie.
- **Integracja z wychowaniem komunikacyjnym szkół** - mini-pakiety edukacyjne dla uczniów i nauczycieli o spokojnych wizytach w instytucjach publicznych.
- **Wolontariusze i młodzież** - wsparcie przy oprowadzaniu, organizacji materiałów, tworzeniu piktogramów.

4. Modele wdrożenia usługi społecznej - S / M / L

Model S - „Podstawowa dostępność” (1 instytucja)

- karty komunikacyjne,
- oznaczenia sensoryczne i strefa ciszy,
- 1-2 przeszkolonych pracowników,
- krótki przewodnik sensoryczny,
- organizacyjne wsparcie wizyt w POZ.

Model M - „Instytucja przyjazna sensorycznie” (kilka jednostek)

- ciche godziny,
- sensory-safe route,
- scenariusze sytuacyjne,
- cykliczne warsztaty edukacyjne,
- Ambasadorzy Autyzmu,
- wdrożony Paszport Komunikacyjny,
- jednolite protokoły rejestracji „spokojnych wizyt”.

Model L - „Miasto/Gmina przyjazna osobom w spektrum”

- wspólne standardy we wszystkich instytucjach (biblioteki, szkoły, POZ, urzędy, MOSiR),
- lokalne Centrum Ko-projektowania z rodzinami i osobami w spektrum,
- certyfikat „Placówka Przyjazna Sensorycznie”,
- program wolontariuszy i „autism allies”,
- pełny standard Premium (manual sensoryczny, planowanie wizyt, VR).

5. Rzeczy, których instytucje powinny unikać

- Traktowania materiałów jako szkolenia medycznego - to narzędzie środowiskowe, nie kliniczne.
- Nadmiernego eksponowania symboli i etykietowania osób w spektrum - oznaczenia powinny być subtelne, informacyjne.
- Uzależniania dostępności wyłącznie od „cichych godzin” - dostępność musi trwać cały czas.
- Wdrażania bez konsultacji z rodzinami i osobami w spektrum - konieczny Co-Design.
- Jednorazowych szkoleń - kompetencje muszą być odświeżane co roku.
- Zbyt skomplikowanych rozwiązań technologicznych.
- Przenoszenia działań do obszaru świadczeń zdrowotnych - rola POZ musi być jasno wyznaczona.

6. Typy partnerów, którzy mogą wzmocnić usługę

Partnerzy lokalni

- szkoły i nauczyciele wspierający,
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
- grupy wsparcia i organizacje rodziców,
- POZ jako partner środowiskowy,
- stowarzyszenia pacjentów/opiekunów w roli współtwórców.

Partnerzy branżowi i technologiczni

- twórcy prostych narzędzi e-learningowych i checklist,
- firmy produkujące materiały edukacyjne (piktogramy, wideo),
- firmy projektujące oświetlenie i akustykę,

- operatorzy aplikacji miejskich (sensory-safe route).

Partnerzy strategiczni

- wydziały zdrowia i polityki społecznej JST,
- biura dostępności,
- architekci miejscy i zarządcy budynków - wdrożenie dostępności „wbudowanej”,
- uczelnie (psychologia, pedagogika) - badania i ewaluacja skuteczności.

Międzynarodowe kierunki współpracy

- wymiana standardów z miastami wdrażającymi sensory-friendly policies,
- europejskie repozytoria narzędzi neuroinkluzyjnych,
- udział w sieciach „Neurodiversity Standard”.

7. Wybrane ścieżki finansowania kontynuacji po zakończeniu grantu

- środki gminne/powiatowe na usługi społeczne lub zdrowie publiczne,
- PFRON - dostępność i inkluzja,
- fundusze edukacyjne (ministerialne i samorządowe),
- subwencja oświatowa na dostosowania środowiska szkolnego,
- EFS+ (Deinstytucjonalizacja, usługi środowiskowe),
- projekty UE: Interreg, Erasmus+, CERV,
- partnerstwa CSR z bankami, firmami farmaceutycznymi i lokalnym biznesem.

8. Ryzyka wdrożeniowe i sposoby ich ograniczania

- **Naruszenie kompetencji POZ** → materiały muszą jasno wskazywać, że dotyczą tylko komunikacji i organizacji, nie medycyny; wymagane zatwierdzenie przez POZ.
- **Rotacja kadr** → obowiązkowe szkolenie wprowadzające „Himalaje Autyzmu” dla nowych pracowników.
- **Oporność wśród doświadczonej kadry** → aktywne role Ambasadorów Autyzmu, mentoring, pozytywne wzmacnianie.
- **Przeciążenie personelu** → mikro-szkolenia 7-10 minut, gotowe karty, checklisty.
- **Zbyt technologiczne rozwiązania** → zawsze zapewniać wersję low-tech.

- **Brak widocznych efektów na początku** → wprowadzać „małe zmiany” od razu (np. sensory-safe route).
- **Trudne sytuacje kryzysowe** → proste, jasne procedury deeskalacyjne.

9. Rozszerzone kierunki rozwoju usługi społecznej

Usługowe

- „Spokojna poczekalnia” w POZ i urzędach,
- usługa wsparcia „pierwszej wizyty” - oprowadzenie, przygotowanie wizualne, redukcja stresu,
- lokalne sieci „autism allies”,
- pakiety dla rodzin: „co pomaga w naszej instytucji”.

Technologiczne

- mikro-learning dla pracowników,
- czat-bot z prostymi podpowiedziami,
- sensory-safe route w aplikacji miejskiej,
- wirtualne oprowadzanie budynków.

Partnerskie i organizacyjne

- koalicja szkoła + biblioteka + POZ + CUS → wspólny standard obsługi,
- Co-Design Hub z udziałem rodzin i osób w spektrum,
- system certyfikatów „Placówka Przyjazna Sensorycznie”.

Strategiczne i międzynarodowe

- powiązanie działań z celami SDG,
 - regionalne repozytorium scenariuszy i Paszportów Komunikacyjnych,
- udział w programach standaryzujących obsługę osób neuroatypowych w UE.