



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

MODEL REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ – ZAŁOŻENIA WSTĘPNE

Wersja do konsultacji



Czerwiec 2018

Lider Projektu



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Partnerzy Projektu



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Niniejsze opracowanie stanowi syntetyczną prezentację wstępnych założeń modelu rehabilitacji kompleksowej - nowego rozwiązania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego ułatwiającego podjęcie lub powrót do aktywności społecznej i zawodowej osób, które wskutek doznanego urazu lub choroby w różnych okresach życia straciły zdolność do pracy.

Model opracowany został przez zespół ekspertów (z instytucji partnerów realizujących projekt, instytucji rynku pracy, organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, organizacji pracodawców i pracowników, konsultantów organizacyjnych, pracowników nauki i lekarzy) w ramach projektu ***Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy***¹, którego głównym celem jest opracowanie i przetestowanie efektywnego, optymalnego pod względem społecznym i finansowym modelu w zakresie rehabilitacji oraz aktywizacji. Model, jaki powstanie po konsultacjach społecznych w ramach projektu, zostanie pilotażowo wdrożony w czterech ośrodkach.

W kolejnych częściach opracowania zaprezentowano ogólne założenia modelu, sposób i procedurę kwalifikowania osób do kompleksowej rehabilitacji, przebieg kompleksowej rehabilitacji w ośrodku, warunki świadczenia usług w ośrodkach oraz rozwiązania w zakresie monitoringu, ewaluacji i oceny efektywności modelu.

¹ Realizowanego przez PFRON w partnerstwie z ZUS i CIOP-PIB

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Spis treści

Spis treści	3
Wykaz skrótów	4
I. WPROWADZENIE – POTRZEBA ZMIAN W SYSTEMIE REHABILITACJI.....	5
II. ZAŁOŻENIA PILOTAŻOWEGO MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI	11
III. KWALIFIKOWANIE UCZESTNIKÓW DO REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ	19
IV. PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI W OŚRODKU	25
IV.1. Diagnostyka z uwzględnieniem klasyfikacji ICF	25
IV.2. Indywidualny Program Rehabilitacji.....	30
IV.3. Rehabilitacja zawodowa.....	34
IV.4. Rehabilitacja psychologiczno-społeczna	42
IV.5. Rehabilitacja medyczna	50
V. WARUNKI PROWADZENIA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ	56
VI. MONITORING, EWALUACJA I BADANIE EFEKTYWNOŚCI MODELU	59
VI.1 System monitoringu	59
VI.2 System ewaluacji	62
VI.3 System badania efektywności modelu	67

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Wykaz skrótów

CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (z ang. Computer-Assisted Telephone Interviewing)
CAWI	Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW (z ang. Computer-Assisted Web Interview)
FGI	Zintegrowany Wywiad Grupowy (z ang. Focus Group Interview)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICF	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (z ang. International classification of functioning, disability and health)
IDI	Indywidualny Wywiad Pogłębiony (z ang. Individual In depth interview)
IPR	Indywidualny Program Rehabilitacji
ISSA	Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego (z ang. International Social Security Association)
KPON	Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej
MOP	Międzynarodowa Organizacja Pracy
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OKZ	Ocena kompetencji zawodowych
ORK	Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RK	Rehabilitacja Kompleksowa
RTW	Powrót do pracy (z ang. Return To Work)
SODiR	System Obsługi Dofinansowań i Refundacji
SIWZ	Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia
UE	Unia Europejska
WHO	Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (z ang. World Health Organization)
WTZ	Warsztat Terapii Zajęciowej
ZPCh	Zakład Pracy Chronionej
ZAZ	Zakład Aktywizacji Zawodowej
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

I. WPROWADZENIE – POTRZEBA ZMIAN W SYSTEMIE REHABILITACJI

1. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za IV kwartał 2017 r. spośród **1 642 tys. osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym aż 72,28% osób było biernych zawodowo²**, podczas gdy znaczna część z nich mogłaby pracować, gdyby miała zapewniony dostęp do odpowiedniej rehabilitacji. Jednocześnie **co roku z rynku pracy czasowo, długotrwale lub na stałe odchodzą tysiące osób**, a wiele z nich ubiega się o **renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne i inne formy** wsparcia. W 2016 roku ZUS wydał 659,4 tys. orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych i 37,3 tys. w związku z wnioskiem o rentę socjalną.
2. **Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami jest jednym z najlepszych sposobów na wyjście z izolacji społecznej**, nierzadko również biedy oraz na ogólną poprawę ich dobrostanu i jakości życia. Praca dla osób z niepełnosprawnością oznacza z jednej strony **wyższą jakość ich życia** dzięki posiadaniu dochodów i aktywnym funkcjonowaniu w społeczeństwie, z drugiej zaś – stanowi także korzyść dla gospodarki. Wczesne przywrócenie zdolności i umożliwienie powrotu do pracy osobom z niepełnosprawnościami jest więc istotne zarówno ze społecznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Udział osób niepełnosprawnych w rynku pracy jest ważny ze względu na:
 - promocję ludzkiej godności i spójności społecznej; zatrudnienie niweluje izolację osób z niepełnosprawnościami, przynosi korzyści osobiste i społeczne, a także podnosi poczucie godności ludzkiej i spójności społecznej.
 - maksymalizację zasobów ludzkich; zaangażowanie osób niepełnosprawnych w produkcję poprawia ich sytuację finansową i przyczynia się do wzrostu PKB.
3. Co roku około **900 tys. osób** otrzymuje renty z tytułu niezdolności do pracy, ok. **280 tys.** – renty socjalne, ponad **80 tys.** – świadczenia rehabilitacyjne, a blisko **90 tys.** poddawanych jest rehabilitacji leczniczej (świadczenia ZUS). Dodatkowo KRUS wypłaca renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym **213 tys. osób**, a biura emerytalno-rentowe MON i MSWiA renty inwalidzkie około **30 tys. osób. Oznacza to wykluczenie (okresowe, długotrwale) z rynku pracy ponad ok. 1600 tys. osób. Znaczna część tych osób mogłaby z powodzeniem funkcjonować na rynku pracy pod warunkiem zapewnienia w odpowiednim czasie dostępu do kompleksowej rehabilitacji.** Konieczne ze względów społecznych **wydatki** z tytułu zabezpieczenia społecznego mogłyby przynajmniej w części pełnić funkcję **nakładów inwestycyjnych** o wysokiej stopie zwrotu, liczonej poprawą stanu fizycznego, psychicznego, społecznego i materialnego tych osób, ale też funkcjonowania rynku pracy i wzrostu gospodarczego.
4. **Każdego roku w wyniku wypadków przy pracy ponad 85 tys. pracowników doznaje urazów ciała powodujących czasową lub długotrwale niezdolność do pracy, w tym do pracy w dotychczasowym zawodzie, ale rokujących odzyskanie zdolności do pracy w tym samym lub nowym zawodzie (po przekwalifikowaniu)³.** Ponad 70% poszkodowanych w wypadkach przy pracy to osoby młode lub w średnim wieku (od 20 do 49 lat). **Wykluczenie tych osób z rynku pracy, wynikające z niezdolności do pracy w następstwie wypadków przy pracy, powoduje długoletnie obciążenia finansowe dla państwa**

² Dane BAEL GUS – IV kw. 2017

³ Monitoring Rynku Pracy, Wypadki przy pracy w 2014 r., 2016 r., GUS 2015, 2017, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/warunki-pracy-wypadki-przy-pracy/>, dostęp 30.05.2018 r.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

(systemu ubezpieczeń społecznych). Ma wpływ na wydatki związane z wypłatą rent z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. W roku 2016 wydatki te wyniosły **6,8 miliarda zł** w stosunku do 3,69 miliarda zł w 2014⁴. Spośród ponad 900 tys. osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy, ok 100 tys. jest spowodowanych następstwami wypadków przy pracy. **Każdego roku co najmniej 1000 osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy mogłoby ponownie podjąć pracę w wyniku skutecznego wczesnego diagnozowania i leczenia oraz rehabilitacji skutkujących przywróceniem zdolności do pracy oraz ewentualnie dostosowania stanowiska pracy dla potrzeb tych osób.**

5. **Jedną z ważniejszych barier skutecznego działania w zakresie powrotu i wejścia na rynek pracy osób z niepełnosprawnościami jest mocno rozbudowany i rozproszony system wsparcia** – tworzą go instytucje obejmujące różne sfery życia osób niepełnosprawnych: instytucje zabezpieczenia społecznego, ds. orzekania o niepełnosprawności (niezdolności do pracy) i pomocy społecznej, rynku pracy, instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji medycznej, czy oświatowe⁵. **Instytucje te działają w sposób niepowiązany, w ramach różnych resortów, w oparciu o odrębne rozwiązania prawne i specyficzne, własne procedury i wymagania. Brak jest instrumentów i instytucji koordynujących działania w obszarze rehabilitacji.** Działania kierowane do osób z niepełnosprawnością nie mają charakteru kompleksowego, są niewystarczająco zindywidualizowane, co ogranicza ich skuteczność. Ponadto część pomocy może być mało efektywna w skutek braku ciągłości wsparcia - **istniejące rozwiązania nie zapewniają stabilności wsparcia w perspektywie długookresowej.**
6. Rehabilitacja jest realizowana przez kilka rodzajów instytucji publicznych w oparciu o odrębne przepisy prawa, a uprawnienie do korzystania z określonych świadczeń zależne jest od statusu osoby na rynku pracy i jej stanu zdrowia:
 - **Rehabilitację leczniczą** finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Mogą z niej korzystać wszystkie **osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;**
 - **Rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej** prowadzi Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Uprawnione są osoby ubezpieczone w ZUS, które z powodu choroby lub urazu są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy lub pobierając rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po rehabilitacji. Program rehabilitacji ZUS jest realizowany w profilach odpowiadających grupom chorób, które stanowią najczęstsze przyczyny niezdolności do pracy (narząd ruchu, układ krążenia, układ oddechowy, narząd głosu, choroby psychosomatyczne, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego lub schorzeniami narządu głosu).
 - **Rehabilitację leczniczą dla osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników,** zagrożonych utratą zdolności do pracy oraz osób okresowo niezdolnych do pracy w gospodarstwie rolnym, a rokujących odzyskanie tej zdolności prowadzi **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).** Jest ona przeznaczona dla osób ze schorzeniami narządu ruchu i układu krążenia.

⁴ Raport roczny ZUS 2016 r., ZUS 2017.

⁵ Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, MSK na zlecenie PFRON, maj 2017 r.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- **Rehabilitację społeczną i zawodową** finansuje głównie **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)**.
7. **Funkcjonujące w Polsce ramy prawne w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy oceniane są przez ekspertów jako „ograniczone”⁶.** Raport sporządzony przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy wykazał, że Polska znajduje się w IV (ostatniej) grupie państw, jeśli chodzi o poziom ram prawnych w tym zakresie. Wsparcie rehabilitacyjne dla pracowników istnieje zasadniczo tylko dla osób z niepełnosprawnościami i ma na celu promowanie ich dostępu do rynku pracy. Również wsparcie dla pracodawców ma na celu jedynie zatrudnienie lub reintegrację osób z niepełnosprawnościami. W I grupie państw do rehabilitacji uprawnieni są wszyscy pracownicy, usługi są skoncentrowane na profilaktyce i wczesnej interwencji, pracodawcy w szerokim zakresie ponoszą odpowiedzialność w procesie powrotu do pracy oraz ma miejsce skuteczna koordynacja multidyscyplinarnych zespołów rehabilitacyjnych oraz zarządzanie niepełnosprawnością.
8. **Wydatki na świadczenia pieniężne z tytułu czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy** (absencja chorobowa, renty z tytułu niezdolności do pracy) z systemu zabezpieczenia społecznego **wynoszą rocznie kilkadziesiąt miliardów złotych**. W 2016 roku tylko w obszarze działań ZUS (osób objętych ubezpieczeniem ZUS) wydatki na świadczenia pieniężne związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie **35 mld zł**⁷, wykazując tendencję rosnącą w stosunku do lat poprzednich. Blisko 43% tej kwoty to wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy ogółem, z czego ponad 1/5 dotyczy niezdolności spowodowanej wypadkami przy pracy, 6% to renty socjalne, nieco ponad 4% to świadczenia rehabilitacyjne, zaledwie 0,5% - wydatki na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, zaś pozostała kwota to wydatki z tytułu absencji chorobowej.
9. **Wydatki na usługi rehabilitacyjne stanowią ok. 3,5% wszystkich wydatków na zdrowie**, z czego:
- Koszty zrealizowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji w ramach NFZ w 2017 roku – 2, 39 mld zł dla 3 357,1 tys. osób (dotyczy rehabilitacji ambulatoryjnej, domowej, dziennej i stacjonarnej)
 - koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 r. wynosiły 182,5 mln zł (rocznie rehabilitacji przez ZUS poddawanych jest ponad 80 tys. osób);
 - koszty rehabilitacji leczniczej w ramach KRUS wyniosły w 2017 roku 28,9 mln zł – działaniami objęto 13,8 tys. osób;
 - wydatki PFRON w 2017 r. na rehabilitację zawodową i społeczną wyniosły ponad 4,7 miliarda zł, z tego ponad 3,17 mld zł. przeznaczone było na dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.
10. Rozwiązania w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ są **niewystarczające dla zaspokojenia wszystkich potrzeb** – przepisy określają ściśle rodzaje świadczeń gwarantowanych, a także ich limity jakościowe, ilościowe i czasowe. Niewystarczające są także środki finansowe. **W efekcie pacjenci oczekują w długich kolejkach na rozpoczęcie rehabilitacji.**

⁶ Rehabilitacja i powrót do pracy - Raport sporządzony przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, dotyczący polityk, strategii i programów realizowanych w UE i Państwach Członkowskich, 2017

⁷ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 roku, ZUS, 2017; podana kwota obejmuje wydatki ZUS, budżetu państwa oraz pracodawców; te ostatnie dotyczą absencji chorobowej

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Częstotliwość rehabilitacji leczniczej ZUS nie jest limitowana przepisami, osoba ubezpieczona może korzystać z niej kilka razy w roku, jednak **o liczbie osób, które faktycznie mogą skorzystać z rehabilitacji decyduje wysokość środków finansowych określanych każdego roku w ustawie budżetowej**. Testowany w ZUS pilotażowy program wczesnej rehabilitacji powypadkowej w ramach prewencji rentowej ZUS, którego podstawą było wczesne rozpoczęcie rehabilitacji wykazał pozytywne efekty w postaci skrócenia absencji chorobowej i powrotu do pracy.

11. W badaniu potrzeb, oczekiwań i barier w zakresie systemu orzekania o niepełnosprawności i o kompleksowej rehabilitacji⁸ lekarze orzekający zwracali uwagę na **konieczność skrócenia czasu oczekiwania na rehabilitację, potrzebę rozszerzenia i upowszechnienia działań w ramach rehabilitacji zawodowej, a także na potrzebę stosowania klasyfikacji ICF w celu określania uwarunkowań społecznych, sytuacji indywidualnej i stanu funkcjonalnego chorego**. Osoby z niepełnosprawnościami podkreślały potrzebę zwiększenia jednoznaczności i przejrzystości zasad orzekania i kierowania na rehabilitację. **Jako barierę w zatrudnieniu osoby z niepełnosprawnościami biorące udział w badaniu wskazały brak systemu kompleksowej rehabilitacji: zarówno medycznej, psychospołecznej jak i zawodowej**, a także brak zasad postępowania rehabilitacyjnego uwzględniającego indywidualną sytuację pacjenta (np. rodzinną, dotychczasowe doświadczenia zawodowe, motywację).
12. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych ONZ⁹ stanowią, że **"Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych**. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, które jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe, zgodnie z ICF. Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia".
13. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku¹⁰ (KPON), w art. 26 zobowiązuje Państwa Strony **do organizacji, wzmocnienia, rozwinięcia usług i programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych w taki sposób**, aby usługi i programy: były dostępne od możliwie **najwcześniejszego etapu** i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału, wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.
14. W artykule 27. KPON „[...] **uznaje prawo osób niepełnosprawnych do pracy, na zasadzie równości z innymi osobami**; obejmuje to prawo do możliwości zarabiania na życie poprzez pracę swobodnie

⁸ Przeprowadzone przez CIOP w ramach projektu w dwóch grupach: w grupie osób niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy (ZUS) i całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS) oraz w grupie lekarzy orzekających.

⁹ Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 (Rezolucja 48/96)

¹⁰ Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta została przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, rząd Polski podpisał ją 20 marca 2007 r., natomiast ratyfikacja Konwencji przez Polskę miała miejsce 6 września 2012r., Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

wybraną lub przyjętą na rynku pracy oraz w otwartym, integracyjnym i dostępnym dla osób niepełnosprawnych środowisku pracy”. Ponadto KPON zakazuje wszelkich form dyskryminacji w zatrudnieniu, promuje dostęp do szkolenia zawodowego, sprzyja możliwości samozatrudnienia i wzywa do racjonalnych usprawnień w miejscu pracy. Działania takie jak **rehabilitacja zawodowa i usługi służb zatrudnienia** – szkolenia w miejscu pracy, poradnictwo zawodowe, pomoc w poszukiwaniu pracy i pośrednictwo pracy – **mogą poprawić lub przywrócić możliwości osób niepełnosprawnych do konkurowania na rynku pracy oraz ułatwić ich integrację na rynku pracy.**

15. Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021 zobowiązuje Państwa m.in. do usunięcia barier oraz poprawy dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych i rozwoju **rehabilitacji i technologii wspomagających dla osób wymagających pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej.**
16. Wg Światowego raportu o niepełnosprawności opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia i Bank Światowy (2012)¹¹ „**Na całym świecie osoby niepełnosprawne są przedsiębiorcami i osobami samo zatrudniającymi się, rolnikami i robotnikami w fabrykach, lekarzami i nauczycielami, sprzedawcami i kierowcami autobusów, artystami i technikami komputerowymi.** Prawie wszystkie prace mogą wykonywać osoby niepełnosprawne, a biorąc pod uwagę odpowiednie warunki, większość osób niepełnosprawnych może być produktywna”.
17. Z powyższych względów coraz większe znaczenie nabiera koncepcja **Powrotu do pracy** (z ang. Return to Work, RTW), obejmująca wszystkie procedury i inicjatywy mające na celu ułatwienie reintegracji w miejscu pracy osób, u których stwierdza się obniżoną zdolność do pracy lub wydajność, czy to z powodu niepełnosprawności, choroby, czy ze względu na wiek. W 2014 roku członkowie ISSA we współpracy z Rehabilitation International uzgodnili wytyczne dotyczące implementacji tej koncepcji, oparte na kodeksie postępowania Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) „Zarządzanie niepełnosprawnością w miejscu pracy”, opublikowanym w 2002 r., a wypracowanym w ramach konsensusu między partnerami społecznymi na całym świecie (pracodawcy i pracownicy).¹²
18. Brak systemowego podejścia do rehabilitacji i mała skuteczność systemu przy wzrastających kosztach ponoszonych na zabezpieczenie materialne osób z niepełnosprawnościami stały się przesłanką do poszukiwania rozwiązań zmieniających obecnie funkcjonujące rozwiązania na rzecz bardziej efektywnego systemu kompleksowego wsparcia w rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami – temu służy niniejszy projekt.

Projekt wspiera wprowadzanie zmian systemowych w obszarze rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami poprzez m. in.:

- zaakcentowanie **kompleksowego charakteru rehabilitacji** poprzez priorytetowe potraktowanie rehabilitacji zawodowej poszerzonej o elementy związane z rehabilitacją leczniczą, społeczną i psychologiczną; kluczowe znaczenie ma tutaj wykorzystanie przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabilitacji kompleksowej, zmierzających do przywrócenia

¹¹ Światowy Raport o Niepełnosprawności (WHO, Bank Światowy 2012)

¹² Friedrich Mehrhoff, Rekomendacje dla Polski na podstawie doświadczeń międzynarodowych. Wdrożenie Art. 27 Konwencji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON), w: *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr IV/2016(21)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

zdolności do pracy zarobkowej lub znacznej poprawy jej zdolności osobom niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością.

- zwiększenie **efektywności zastosowania już istniejących instrumentów** takich jak m.in. renta szkoleniowa, której celem jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie przekwalifikowania, które pozwoli przy naruszonej sprawności organizmu na zatrudnienie. Skuteczność wykorzystania tego narzędzia jest niezadowalająca: w ZUS w niewielkim stopniu orzeka się o celowości przekwalifikowania zawodowego (0,07% orzeczeń lekarskich w sprawach rentowych), a tylko około 15% osób otrzymujących rentę szkoleniową ostatecznie korzysta z możliwości przekwalifikowania;
- **przełamanie fragmentaryzacji** w podejściu do procesu rehabilitacji pomiędzy różnymi podmiotami, wyrażającego się m.in. niespójnością systemów orzekania o niezdolności do pracy oraz orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz rozproszeniem wsparcia instytucjonalnego i finansowania działań oraz modyfikacja obecnie funkcjonującego systemu rehabilitacji z rozproszonym systemem wsparcia instytucjonalnego i finansowania działań.
- wprowadzenie **nowego podejścia do diagnozy** i określania potrzeb oraz barier osób z niepełnosprawnościami na podstawie standardów określonych zgodnie z ICF. Pozwala to na większą skuteczność prowadzonych działań dzięki ocenie funkcjonalnej uczestnika programu;
- wprowadzenie **wystandaryzowanych procedur zarządzania procesem rehabilitacji** dla osób zagrożonych niepełnosprawnością i niezdolnością do podjęcia aktywności społecznej lub zawodowej.
- wprowadzenie **standaryzacji orzecznictwa lekarzy orzekających** w systemie ZUS, MON, MSWiA, KRUS oraz zespołów orzekających o niepełnosprawności. połączonej z monitoringiem i kontrolą orzeczeń w oparciu o ICF.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

II. ZAŁOŻENIA PILOTAŻOWEGO MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI

1. Intencją projektu jest wypracowanie założeń dla modelu **całościowego systemu wsparcia aktywizującego** osób, których ograniczenia funkcjonalne w następstwie choroby lub urazu uniemożliwiają aktywność zawodową. Rehabilitacja kompleksowa: zawodowa, psychologiczno-społeczna i medyczna ma na celu przywrócenie osoby z niepełnosprawnościami do maksymalnie samodzielnego życia w społeczeństwie, w tym aktywności zawodowej, twórczej i społecznej.
2. **Rehabilitacja** to wg Światowego Raportu o Niepełnosprawności¹³ "[...] zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem". Wg WHO¹⁴ to proces odzyskiwania „optymalnych, fizycznych, sensorycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych funkcji”, na który składa się:
 - **rehabilitacja medyczna**, mająca na celu przywrócenie zdolności funkcjonalnych lub umysłowych oraz jakości życia osobom niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo,
 - **rehabilitacja zawodowa**, mająca na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo pokonanie bariery dostępu do pracy, jej utrzymania lub powrotu do zatrudnienia lub innej użytecznej pracy,
 - **rehabilitacja społeczna**, mająca na celu ułatwienie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym.

Tak widziana rehabilitacja powinna być realizowana przez **interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny** w składzie: lekarz specjalista medycyny fizykalnej rehabilitacji, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, logopeda, pielęgniarz i inni¹⁵.

3. **Rehabilitacja jest więc procesem medyczno-społecznym**, który dąży, najogólniej mówiąc, do **poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych**. Rozwój rehabilitacji w Polsce jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, trzecią fazę procesu terapeutycznego, obok diagnozowania i leczenia. Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli profesorowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki ich zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy uznawanej na całym świecie powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na 4 zasadach¹⁶:
 - **powszechności** – rehabilitacja powinna być dostępna dla każdego, kto jej wymaga i musi obejmować wszystkie dyscypliny;

¹³ Światowy Raport o Niepełnosprawności, WHO i Bank Światowy, 2011 – za: Kwartalnik Niepełnosprawność I/2013/(6)

¹⁴ Za: Kwartalnik Niepełnosprawność I/2017/(22)

¹⁵ Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Raport opracowany przez Sekcję Lekarzy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów /UEMS, 2018

¹⁶ Wilmonska – Pietruszyńska A., Czechowski K., O potrzebie rehabilitacji kompleksowej, [w:] Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2016(19), PFRON, Warszawa 2016, s. 38.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- **kompleksowości** – rehabilitacja musi być prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół (lekarze specjaliści rehabilitacji, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, doradcy zawodowi i inni);
 - **wczesności** (wczesnego zapoczątkowania) – rehabilitacja powinna rozpocząć się tak szybko, jak to tylko możliwe. Taka rehabilitacja skutkuje nie tylko szybszym powrotem utraconych funkcji chorego, ale także wykształceniem mechanizmów kompensacyjnych, które tę funkcję zastąpią lub uzupełnią;
 - **ciągłości** – rehabilitacja medyczna, zawodowa i społeczno-psychologiczna powinny być prowadzone jednocześnie. Oznacza to również kontynuację leczenia po opuszczeniu ośrodka szpitalnego, czyli rehabilitację środowiskową. Niezwykle ważne jest także włączenie do tej rehabilitacji rodziny i bliskich osoby poszkodowanej.
4. Rehabilitacja kompleksowa mająca prowadzić do aktywizacji zawodowej i powrotu do pracy będzie realizowana **równolegle na czterech płaszczyznach**:
- zawodowej: mającej na celu ułatwienie osobie z niepełnosprawnościami uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia poprzez zestaw działań obejmujących m.in. korzystanie z doradztwa zawodowego, szkoleń zawodowych i pośrednictwa pracy. Polega ona na przygotowaniu tej osoby do pracy zgodnie z jej możliwościami oraz kwalifikacjami, a jeśli nie jest to możliwe przygotowaniu do wykonywania nowego zawodu;
 - społecznej: polegającej na przygotowaniu osoby z niepełnosprawnościami do efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym i przywróceniu/nadaniu jej możliwie pełnej samodzielności we wszystkich wymiarach: kulturowym, społecznym i zawodowym. Rehabilitacja ta obejmować będzie udział uczestników w zajęciach i warsztatach stymulujących do wyrobienia w uczestniku zaradności osobistej i pobudzaniu aktywności społecznej, wzbudzaniu w uczestniku akceptacji własnej sytuacji życiowej, umiejętności radzenia sobie z niepełnosprawnością; pracy nad relacjami z osobami najbliższymi; wzmacnianiu motywacji do realizacji zadań szkoleniowych; podnoszeniu poziomu kompetencji miękkich potrzebnych w pracy, tj. umiejętności organizacji czasu, komunikacji interpersonalnej, kontroli emocji, skuteczności działania i innych;
 - psychologicznej: mającej na celu przywrócenie osobie z niepełnosprawnościami równowagi psychicznej i odzyskanie poczucia własnej wartości m.in. poprzez indywidualne porady psychologiczne zarówno dla osoby uczestniczącej w procesie kompleksowej rehabilitacji, jak również dla jej otoczenia oraz warsztaty;
 - medycznej: polegającej na stosowaniu różnych form fizjoterapii, tj. kinezyterapii indywidualnej i grupowej, ćwiczeń w wodzie, ćwiczeń w terenie, zabiegów fizykalnych z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, elektroterapii, laseroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, różnych rodzajów masażu leczniczego, inhalacji, specjalnych form terapii, np. treningów kardiologicznych, terapii logopedycznej – prowadzących do przywracania osobie z niepełno sprawnościami możliwie optymalnej sprawności.
5. Tak opisana rehabilitacja realizowana będzie w **Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**. Osoba, która zostanie skierowana do ORK przez lekarza orzekającego przejdzie **kompleksową ocenę**

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

funkcjonowania obejmującą upośledzenie struktur i funkcji ciała, ograniczenia w aktywności i uczestnictwie oraz określającą, jaki jest wpływ czynników środowiskowych na jej codzienne funkcjonowanie. Ocena obejmie również diagnozę potencjału zawodowego i potencjału w obszarze ewentualnego przekwalifikowania zawodowego. Będzie ona dokonywana w oparciu o Klasyfikację ICF. Na podstawie przeprowadzonej diagnozy medycznej, społecznej, zawodowej oraz oceny sprawności dla każdej osoby skierowanej do ośrodka opracowany zostanie Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR), którego celem ostatecznym będzie przygotowanie do **samodzielności** w obszarze zawodowym.

Całościowa ocena będzie dokonywana ponownie na koniec pobytu, a w przypadku dłuższej rehabilitacji (powyżej sześciu miesięcy) co pół roku, natomiast krótkoterminowe cele rehabilitacyjne będą oceniane na bieżąco, zgodnie z planem wynikającym z profilu kategoryjnego połączonego z planem ewaluacji stanu osoby rehabilitowanej, opracowanym na początku procesu. Ocena początkowa i końcowa dla wszystkich uczestników projektu będzie prowadzona w oparciu o taką samą metodykę i narzędzia, co umożliwi analizę porównawczą efektywności udzielanego wsparcia, w szczególności pozwoli na porównanie efektów uzyskanych w ORK uczestniczących w projekcie.

6. **Jednym z głównych założeń rehabilitacji kompleksowej prowadzącej do aktywizacji zawodowej jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie** po zakończeniu leczenia choroby czy skutków urazu. Jednak nie wyklucza ona żadnej osoby z niepełnosprawnościami, u której stwierdza się pozytywne rokowanie aktywizacji zawodowej, w tym osób, które nie funkcjonowały na rynku pracy, ale rodzaj ich niepełnosprawności i stopień upośledzenia funkcji organizmu pozwoli na podjęcie pracy. Grupa docelowa obejmuje osoby należące m.in. do następujących kategorii:

- osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy, bezpośrednio po zakończeniu leczenia /rehabilitacji szpitalnej;
- osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy, u których leczenie/rehabilitacja szpitalna zostały zakończone i wróciły one do swojego środowiska zamieszkania;
- osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie funkcjonowały na rynku pracy i przebywają w swoim środowisku zamieszkania, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej oraz osoby funkcjonujące w placówkach opiekuńczych, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej.

7. Do rehabilitacji kompleksowej będą więc **kwalifikowane osoby niepełnosprawne w stopniu powodującym niezdolność do pracy w następstwie chorób lub urazów, które przed chorobą lub wypadkiem nabyły kwalifikacje zawodowe, jak i osoby, które nie nabyły takich kwalifikacji i nie podejmowały aktywności społeczno- zawodowej**, tj.:

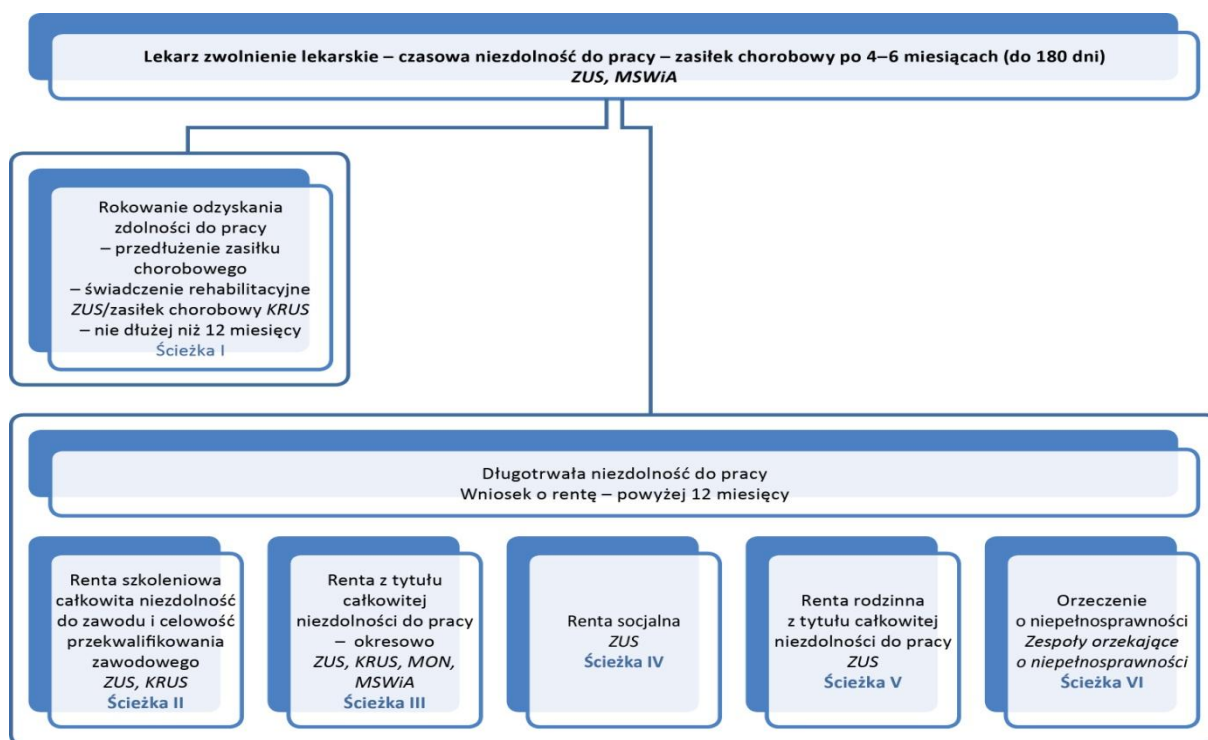
- osoby czasowo niezdolne do pracy w następstwie choroby lub urazu rokujące powrót do pracy (kontrola zwolnień lekarskich ZUS, MSWiA);
- osoby czasowo niezdolne do pracy pobierające świadczenie rehabilitacyjne (ZUS), przedłużony zasiłek chorobowy (KRUS);

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- osoby pobierające rentę szkoleniową (ZUS, KRUS);
- osoby pobierające rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (okresowo) (ZUS, KRUS, MON, MSWiA)
- osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym pobierające rentę socjalną, nigdy nie funkcjonujące na rynku pracy, a rokujące możliwości aktywizacji zawodowej (ZUS);
- osoby pobierające rentę rodzinną z tytułu niezdolności do pracy ((ZUS);
- osoby mające wydane orzeczenie o niepełnosprawności (zespoły orzekające o niepełnosprawności)

Poniższy schemat wskazuje, w jaki sposób osoby będą trafiać do ośrodków kompleksowej rehabilitacji.

Rysunek 1. Ścieżki rekrutacji do kompleksowej rehabilitacji w ORK



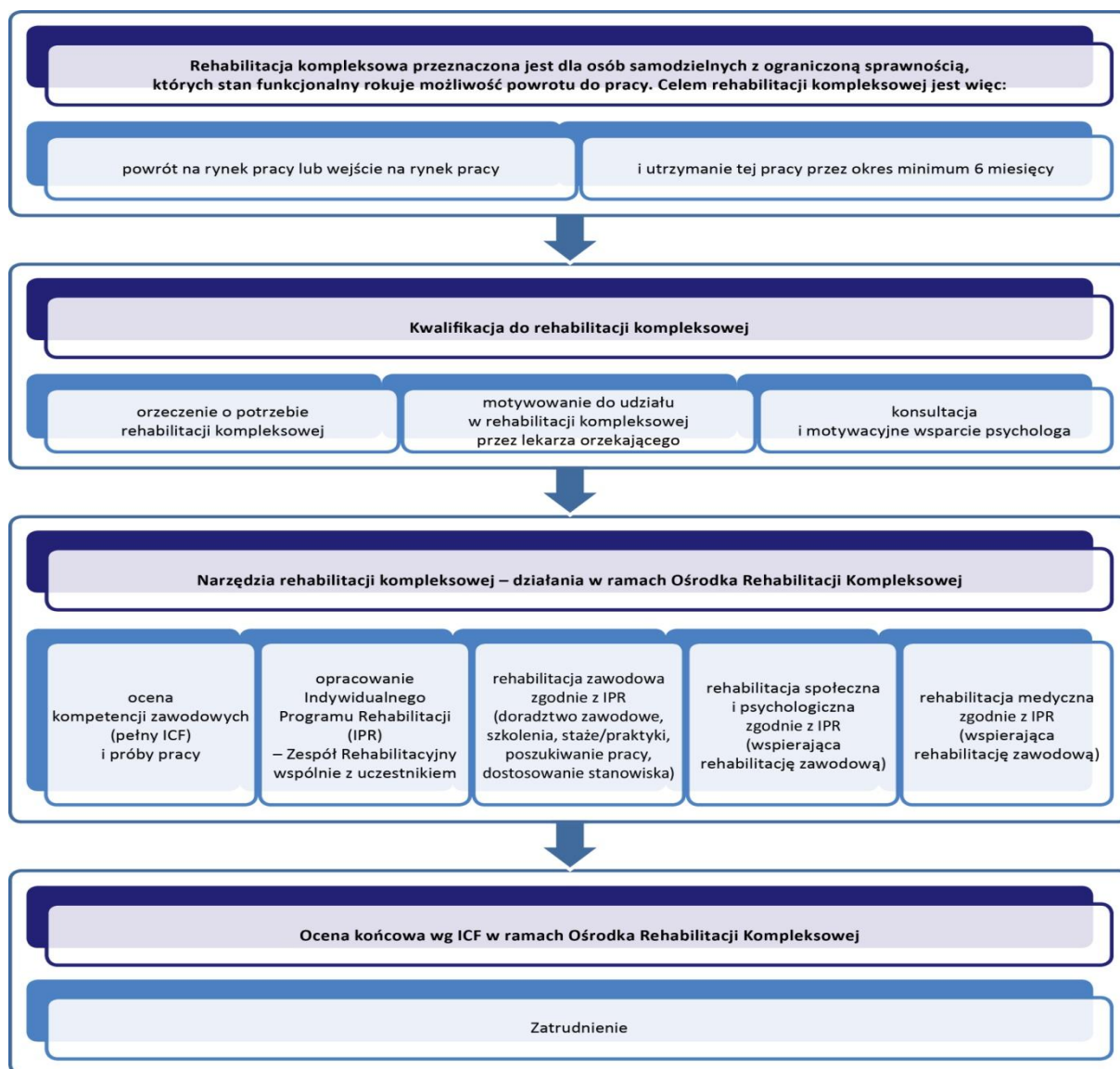
Źródło: opracowanie własne

8. **Wstępna kwalifikacja do ORK** będzie następowała na poziomie **lekarzy orzekających**. Ich zadaniem będzie nie tylko wstępna diagnoza z wykorzystaniem ICF, ale również podejmowanie działań motywujących osoby niepełnosprawne do zmiany swojej sytuacji życiowej i podjęcia próby aktywizacji zawodowej. Działania te mogą być wsparte przez psychologa, który pomoże przełamać bariery wewnętrzne związane z lękiem przed powrotem do aktywności społecznej i zawodowej.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

9. Zakres i formy prowadzonych działań w obszarze rehabilitacji wobec każdego uczestnika będzie dobrany do jego **indywidualnych potrzeb i możliwości**. W procesie aktywizacji szczególny akcent zostanie położony na stawianie realnych celów przed osobą z niepełnosprawnością, co oznacza, że założenia dotyczące podjęcia albo zwiększenia aktywności zawodowej np. w postaci zmiany kwalifikacji i podjęcia nowego zatrudnienia, będą zawsze ustalane indywidualnie dla każdej osoby, przy jej czynnym udziale.
10. Schemat postępowania w ramach kwalifikacji do kompleksowej rehabilitacji i jej realizacji w ORK przedstawiono poniżej.

Rysunek 2. Schemat postępowania w ramach modelu rehabilitacji kompleksowej



Źródło: opracowanie własne

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

11. W ramach projektu program kompleksowej rehabilitacji zostanie **pilotażowo wdrożony w czterech Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej**, zorganizowanych na bazie podmiotów wyróżnionych w procedurze przetargowej. Działaniami objętych zostanie łącznie co najmniej 600 osób (150 os. na ośrodek/50 os. rocznie).

Rozmieszczenie pilotażowych ośrodków kompleksowej rehabilitacji wynika z przyjętego podczas przygotowań do projektu podziału terytorialnego obszaru Polski na 4 makroregiony. Pozwoli na uczestnictwo w testowaniu modelu osobom z terenu całej Polski. Podziału dokonano na podstawie położenia województw względem siebie oraz liczby osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym według danych z NSP 2011

Rysunek 3. Zasięg terytorialny pilotażowych ORK



Źródło: Opracowanie własne

12. Rehabilitacja w ramach projektu będzie realizowana **w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym**. Uczestnicy projektu będą mogli wybrać opcję dojazdów na rehabilitację z miejsca zamieszkania lub korzystać z bazy hotelowej Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej.
13. Realizacja projektu stanowi propozycję wprowadzenia na poziomie krajowym **systemu kompleksowej rehabilitacji** prowadzącej do powrotu/wejścia na rynek pracy obejmującej rehabilitację leczniczą, społeczną, psychologiczną, zawodową, prowadzoną na podstawie kompleksowej diagnozy i oceny funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnościami, w jednym czasie i miejscu. Proponowane narzędzia oddziaływania, zakres oraz grupy docelowe stanowią nowe podejście do problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Aktualnie nie istnieje tak kompleksowe podejście do rehabilitacji i tego rodzaju propozycji skierowanych zarówno do grupy osób niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy, ich otoczenia jak i rozwiązań adresowanych do instytucji (podmiotów) z otoczenia osób niepełnosprawnych.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

14. **Twardymi efektami pilotażu** będzie przetestowane rozwiązanie - model rehabilitacji kompleksowej składający się z:

- **Mapy Drogowej** - stanowiącej całościowy schemat postępowania w zakresie kompleksowej rehabilitacji prowadzącej do uczestnictwa w rynku pracy. Mapa drogowa będzie wyznaczała ścieżkę działania w zakresie wykorzystania dostępnych zasobów instytucjonalnych, organizacyjnych i finansowych do wspólnego oddziaływania na zjawisko wykluczenia osób niepełnosprawnych i przywracania ich do aktywności z wykorzystaniem procesu kompleksowej rehabilitacji. Stanowiąc będzie zbiór najważniejszych wytycznych i rekomendacji pozwalających na prawidłowe współdziałanie instytucji i organizacji z osobą niepełnosprawną, której lekarz orzekający wydał orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej jako najbardziej efektywnej drogi do powrotu do aktywności zawodowej.

Ze względu na stosunkowo ogólny charakter Mapy przewiduje się wprowadzenie dokumentów o charakterze uszczegółowionym, a mianowicie:

- **Planu Funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej** - dotyczącego zakresu prowadzonych w ORK działań w obszarze organizacyjnym i instytucjonalnym. Plan Funkcjonowania Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji zawierał będzie:
 - Procedury z wykorzystaniem klasyfikacji ICF dotyczące kwalifikowania do kompleksowej rehabilitacji, w tym metody oceny kompetencji zawodowych, wzorce postępowania, zgodnie ze stwierdzonym upośledzeniem struktur i funkcji organizmu;
 - Minimalne standardy w zakresie poszczególnych elementów procesu rehabilitacji oraz kompetencji i kwalifikacji kadry ośrodków;
 - Dokumentację działalności ośrodka;
 - System monitoringu, ewaluacji i badań efektywności procesu rehabilitacji.
- **Rekomendacji** - dokumentu operacyjnego w ramach Mapy Drogowej opisującego zalecenia w zakresie postępowania poszczególnych instytucji biorących udział w procesie rehabilitacji kompleksowej. Na jego podstawie podmioty uczestniczące w procesie będą w stanie wspólnie współdziałać, przeprowadzając osoby z niepełnosprawnościami przez cały proces rehabilitacji kompleksowej. Rekomendacje do systemowego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji oraz projekt zmian w ustawodawstwie zostaną przekazane odpowiednim instytucjom systemu zabezpieczenia społecznego. Dokument będzie także zawierał ocenę skutków wprowadzenia modelu do systemu, w szczególności dotyczącą wpływu na sytuację osób niepełnosprawnych. Ponadto rekomendacje obejmą kwestie należące do innych obszarów legislacji, jeśli będą one istotne dla skutecznego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji.
- **Przewodnika osoby z niepełnosprawnościami** - dokumentu operacyjnego adresowanego do osób z niepełnosprawnościami poszukujących informacji w możliwości pomocy, wsparcia w procesie rehabilitacji kompleksowej i/lub poszczególnych rodzajów rehabilitacji. Dokument ten ma za zadanie w sposób możliwie przystępny pomóc osobie z niepełnosprawnościami w zidentyfikowaniu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

potrzeb związanych z rehabilitacją i aktywizacją społeczno-zawodową a następnie wskazać optymalną ścieżkę postępowania.

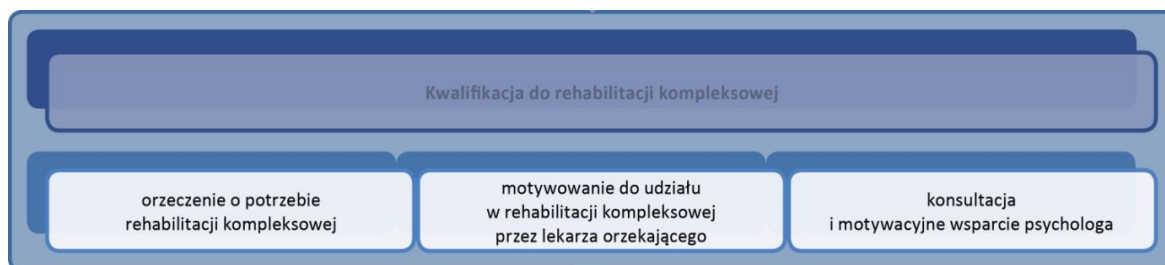
- **Warsztatów dla lekarzy orzekających** - programów szkoleń wraz z zestawem materiałów szkoleniowych, w tym w wersji interaktywnej dla lekarzy orzekających w zakresie wykorzystania ICF w procesie orzekania o potrzebie rehabilitacji prowadzonej w Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej oraz w obszarze zadań modelu rehabilitacji kompleksowej.
- **Warsztatów dla kadry ośrodków rehabilitacji** - programów szkoleń wraz z zestawem materiałów szkoleniowych, w tym w wersji interaktywnej dla kadry ośrodków rehabilitacji w zakresie zadań modelu rehabilitacji kompleksowej.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

III. KWALIFIKOWANIE UCZESTNIKÓW DO REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ



Metodologia kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

1. **Ocena niezdolności do pracy oraz zachowanych sprawności będzie prowadzona z zastosowaniem metodologii opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF**, ponieważ tylko ocena funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w modelu biopsychospołecznym w interakcji ze środowiskiem pozwala na kompleksową ocenę udziału w życiu społecznym i zawodowym. Do oceny sprawności wybrano 3 obszary tj.:
 - komunikację,
 - aktywność w życiu codziennym,
 - podstawowe umiejętności i przystosowanie.
2. Zachowanie aktywności w tych obszarach rokuje prawidłowe przeprowadzenie rehabilitacji oraz osiągnięcie zamierzonych efektów. Wynik wskazujący na nieznaczne lub umiarkowane ograniczenia w obszarze **aktywności w życiu codziennym** gwarantuje możliwość przeprowadzenia rehabilitacji. Z kolei minimalny wynik wskazujący na zachowanie sprawności w obszarze **kommunikacji** oraz **podstawowych umiejętności i przystosowania** pozwala oczekiwać pozytywnych efektów rehabilitacji, czyli udziału w życiu społeczno-zawodowym osoby z niepełnosprawnością.
3. Klasyfikacja ICF należy do grupy międzynarodowych klasyfikacji opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia i powstała z potrzeby stworzenia uniwersalnego języka, służącego do opisu stanu zdrowia i stanów z nim związanych.

ICF składa się z dwóch części. Część pierwsza to **Funkcjonowanie i niepełnosprawność**, a część druga to **Czynniki kontekstowe**. Część pierwsza zawiera dwa składniki (dziedziny):

- Funkcje i struktury ciała;
- Aktywności i uczestniczenie.

Składnik **Funkcje i struktury ciała** zawiera dwa działy – jeden dotyczy funkcjonowania (czynności) układów ciała, a drugi struktury (budowy).

Drugi składnik **pierwszej części** klasyfikacji ICF to **Aktywności i uczestniczenie**. Zawiera on listę dziedzin dotyczących funkcjonowania człowieka – zarówno z perspektywy pojedynczej osoby, jak i jej życia w społeczeństwie.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Część druga klasyfikacji - **Czynniki kontekstowe** zawiera:

- Czynniki środowiskowe;
- Czynniki osobowe.

Czynniki osobowe nie zostały sklasyfikowane w ICF z uwagi na duże zróżnicowanie społeczne i kulturowe.

Każdy składnik klasyfikacji podzielony jest na tytuły rozdziałów i nagłówki dziedzin. Dziedziny – w rozumieniu klasyfikacji ICF – to zbiory funkcji fizjologicznych, struktur anatomicznych, czynności, zadań lub obszarów życia.

W części pierwszej istnieją cztery *konstrukcje*:

- zmiana w funkcji ciała;
- zmiana w strukturze ciała;
- zdolność;
- wykonanie.

W drugiej części klasyfikacji jest jedna *konstrukcja*:

- ułatwienia lub bariery związane z czynnikami środowiskowymi.

Konstrukcje zdefiniowane są przez zastosowanie *kwalifikatorów* z odpowiednimi kodami.

4. Według założeń ICF funkcjonowanie jednostki w określonej dziedzinie jest wynikiem interakcji pomiędzy stanem zdrowia a czynnikami kontekstowymi (tzn. czynnikami środowiskowymi i osobowymi). Interakcja taka zachodzi dwukierunkowo – nawet niepełnosprawność może wpływać na stan chorobowy.

Dla celów oceny niezdolności do pracy oraz zachowanych sprawności przygotowano dwa formularze:

- Formularz oceny niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej
 - Kartę oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej.
5. W przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy przy pomocy „Formularza oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej” i rokowania co do jej odzyskania po przeprowadzeniu tej rehabilitacji - lekarze orzekający powinni dokonać oceny funkcjonalnej w trzech obszarach: komunikacji, aktywności w życiu codziennym i podstawowych umiejętnościach i przystosowaniu za pomocą „Karty oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej”. Formularz ten ułatwia określenie stopnia ograniczenia w wykonywaniu przez badaną osobę czynności w zakresie trzech wyżej wymienionych obszarów. Wynik badania powinien być zapisany w postaci liczby punktów, gdzie:
 - 0 punktów to BRAK problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)
 - 1 punkt to NIEZNACZNY problem (niewielki, mały)
 - 2 punkty to UMIARKOWANY problem (średni, spory)
 - 3 punkty to ZNACZNY problem (wielki, silny)
 - 4 punkty to SKRAJNIE DUŻY problem (zupełny).



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Na końcu karty należy dokonać ostatecznej kwalifikacji do kompleksowej rehabilitacji.

Kryteria kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej

6. Jednym z podstawowych **kryteriów kwalifikacji do pilotażu rehabilitacji kompleksowej** będzie taki stopień naruszenia sprawności organizmu, który istotnie **ogranicza zdolność do pracy**, ale jednocześnie pozwala **na uczestniczenie w rehabilitacji**. Uczestnikami rehabilitacji kompleksowej mogą być **osoby o zachowanej samoobsłudze**.
7. Kolejnym kluczowym kryterium podczas diagnozy kwalifikacyjnej będzie **pozytywne rokowanie** w zakresie przywrócenia badanej osobie z niepełnosprawnościami aktywności zawodowej i uzyskanie przez nią poprawy aktywnego i twórczego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Zatem osoba nawet z najbardziej zaawansowaną dysfunkcją organizmu będzie mogła być poddana rehabilitacji, jeśli tylko będzie miała zachowaną niezbędną sprawność oraz będzie rokowała przywrócenie lub uzyskanie zdolności do zatrudnienia i powrót lub wejście na rynek pracy.
8. Niezwykle istotna dla procesu rehabilitacji jest **wysoka motywacja** osoby z niepełnosprawnościami do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. Niezbędny jest tu aktywny udział samego zainteresowanego od samego początku tego procesu, co jest wyrazem samostanowienia potrzebnego do osiągnięcia pozytywnego celu rehabilitacji i upodmiotowienia osoby z niepełnosprawnościami w procesie rehabilitacji.
9. Wiek nie jest w żaden sposób kryterium wykluczającym osoby kierowane na rehabilitację kompleksową. Jednakże jednym z ważniejszych celów tej rehabilitacji jest aktywizacja zawodowa osoby z niepełnosprawnościami, zatem w naturalny sposób głównym adresatem są **osoby w tzw. wieku produkcyjnym**.
Z uwagi na rokowania aktywizacji zawodowej w wyniku rehabilitacji oraz **potrzebę zabezpieczenia socjalnego w okresie wielomiesięcznego procesu rehabilitacji** pozytywna kwalifikacja do ośrodka będzie dotyczyła osoby z niepełnosprawnościami, ubiegającej się o okresowe świadczenia z zabezpieczenia społecznego.
10. Kwalifikację uczestników do **pilotażu rehabilitacji kompleksowej** przeprowadzą lekarze i inni specjaliści po odbyciu szkolenia w tym zakresie, orzekający w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, tj. lekarze orzecznicy Zakładu, komisje lekarskie Zakładu (w postępowaniach o świadczenie rehabilitacyjne, rentę szkoleniową, rentę z tytułu niezdolności do pracy, rentę z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy / chorobą zawodową, rentę socjalną lub rentę rodzinną);
- Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, tj. lekarze rzeczoznawcy Kasy, komisje lekarskie Kasy (w postępowaniach o zasiłek chorobowy z tytułu czasowej niezdolności do pracy, trwającej dłużej niż 180 dni, rentę szkoleniową lub rentę rolniczą z tytułu całkowitej niezdolności w gospodarstwie rolnym);
- komisjach lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji (w postępowaniach o rentę inwalidzką dla funkcjonariusza);

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

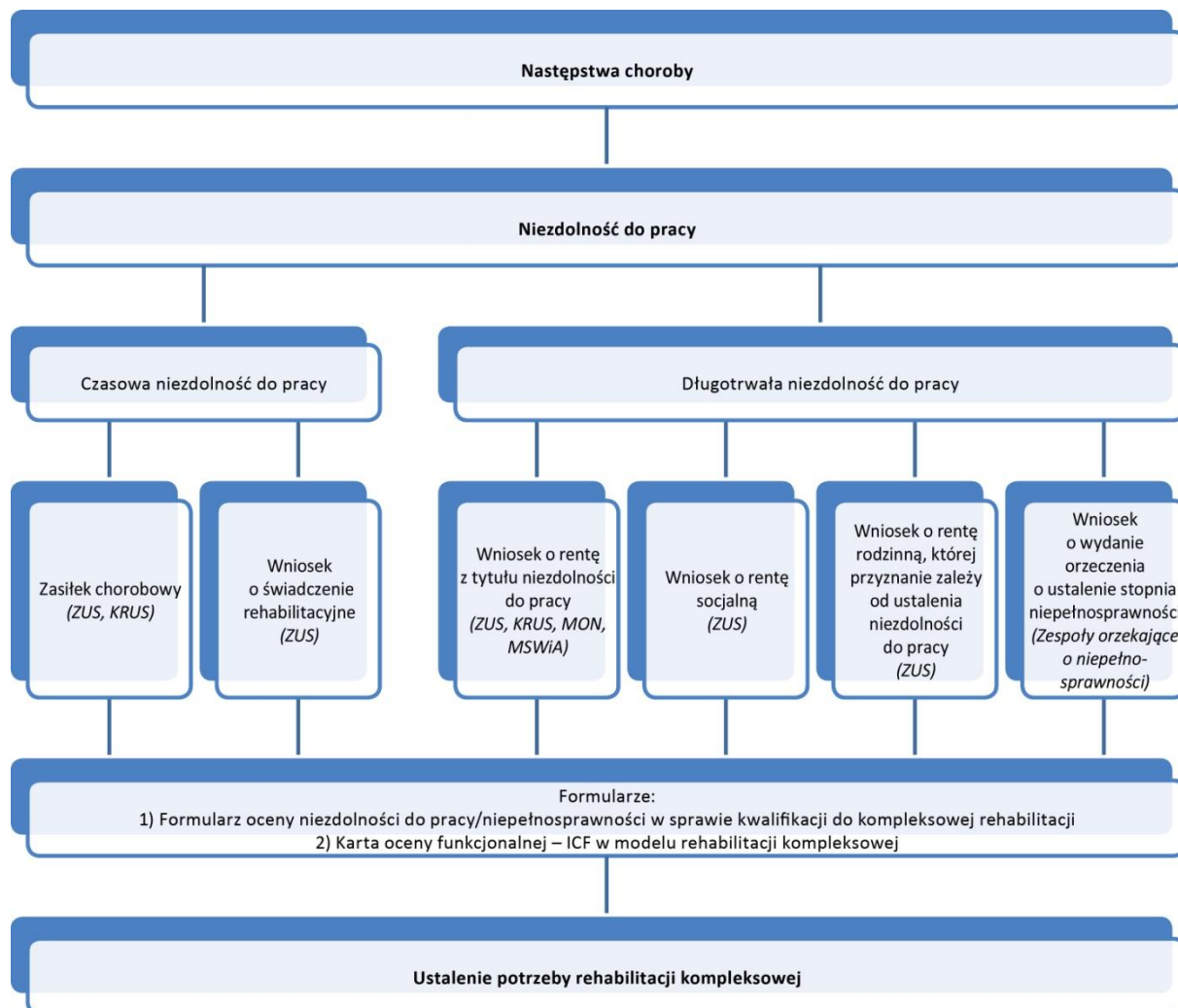


Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- komisjach lekarskich Ministerstwa Obrony Narodowej (w postępowaniach o wojskową rentę inwalidzką).
 - zespołach orzekania o niepełnosprawności (w postępowaniach o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla osób niepodlegających ubezpieczeniu społecznemu i niemających prawa do renty socjalnej).
11. Lekarze orzekający, kwalifikując uczestników do pilotażu, dokonają oceny niezdolności do pracy, poprzez przeprowadzenie szczegółowego badania lekarskiego umożliwiającego określenie sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej do wykonywania pracy oraz ocenę możliwości poprawy tej sprawności po przeprowadzeniu rehabilitacji kompleksowej podczas orzekania w celach ustalenia uprawnień do świadczeń z zabezpieczenia społecznego.
 12. Orzekając o potrzebie rehabilitacji kompleksowej należy wziąć pod uwagę rodzaj schorzenia, przebyte choroby i procesy, dynamikę procesu chorobowego, stopień uszkodzenia struktur i funkcji organizmu i ich wpływ na aktywność i uczestnictwo we wszystkich obszarach życia osoby badanej, uwzględniając czynniki środowiskowe i osobnicze, takie jak warunki życiowe, sytuację społeczną, rodzinną i zawodową oraz aktywności w czasie wolnym.
 13. Lekarze orzekający, orzekając o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, po przeprowadzeniu szczegółowego badania i zapoznaniu się z przedstawioną dokumentacją, winni dokonać oceny niezdolności do pracy przy pomocy „Formularza oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej” i ocena ta winna być uzupełniona każdorazowo o **opinię psychologa**. Na tym etapie przewidziane jest przeprowadzenie wywiadu psychologicznego z osobą niepełnosprawną oraz ewentualne wykonanie badania diagnostycznego w zakresie zestawu zmiennych/charakterystyk z wykorzystaniem testów, które zostaną zaproponowane na dalszym etapie prac. Zmienne, które będą badane na tym etapie, to m.in. poczucie własnej skuteczności, motywacja, jakość życia, nasilenie problemów psychospołecznych.
 14. W przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy i pozytywnego rokowania co do jej odzyskania po przeprowadzeniu rehabilitacji, lekarze orzekający i inni specjaliści dokonują oceny funkcjonalnej przy pomocy „Karty oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej” w trzech obszarach, tj. komunikacji, aktywności w życiu codziennym, podstawowych umiejętnościach i przystosowaniu. W sytuacji stwierdzenia zachowania wystarczającej sprawności do przeprowadzenia procesu rehabilitacji przy pomocy odpowiedniej punktacji w *Karcie oceny* należy dokonać ostatecznej kwalifikacji do kompleksowej rehabilitacji na końcu tej karty.
 15. Przyjęto, że **do rehabilitacji kompleksowej kwalifikuje się osobę, która uzyskała nie więcej niż 10 punktów** (w sumie 30) w każdym z ocenianych trzech obszarów (co stanowi 30% maksymalnej liczby punktów i świadczy o umiarkowanym problemie). Jeśli badany uzyska więcej niż 10 punktów z poszczególnych obszarów, a lekarz orzekający ustali wskazania do rehabilitacji kompleksowej, to powinien opinię wydać orzeczenie o rehabilitacji kompleksowej wraz z uzasadnieniem.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Rysunek 4. Uczestnicy rehabilitacji kompleksowej



Źródło: opracowanie własne

16. Przed przystąpieniem do kwalifikacji uczestników do pilotażu lekarze i inni specjaliści zostaną przeszkoleni. Program szkolenia będzie obejmował zagadnienia z zakresu:

- celu i głównych założeń modelu rehabilitacji kompleksowej;
- organizacji funkcjonowania ośrodków rehabilitacji kompleksowej, w tym programów rehabilitacji;
- podstaw systemu pojęciowego Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonalności, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF, jako klasyfikacji wspomagającej ocenę osób badanych;
- kryteriów kwalifikacji uczestników do pilotażu rehabilitacji kompleksowej, w tym:
 - zasad orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej;
 - przesłanek formalnych uzasadniających orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej;

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- trybu postępowania przy orzekaniu o potrzebie rehabilitacji kompleksowej;
- rekomendowanej dokumentacji procesu kwalifikacji uczestników, w tym:
 - sporządzania formularzy oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do kompleksowej rehabilitacji oraz Karty oceny funkcjonalnej;
 - obiegu dokumentacji w sprawach osób zakwalifikowanych do pilotażu.

Lider Projektu



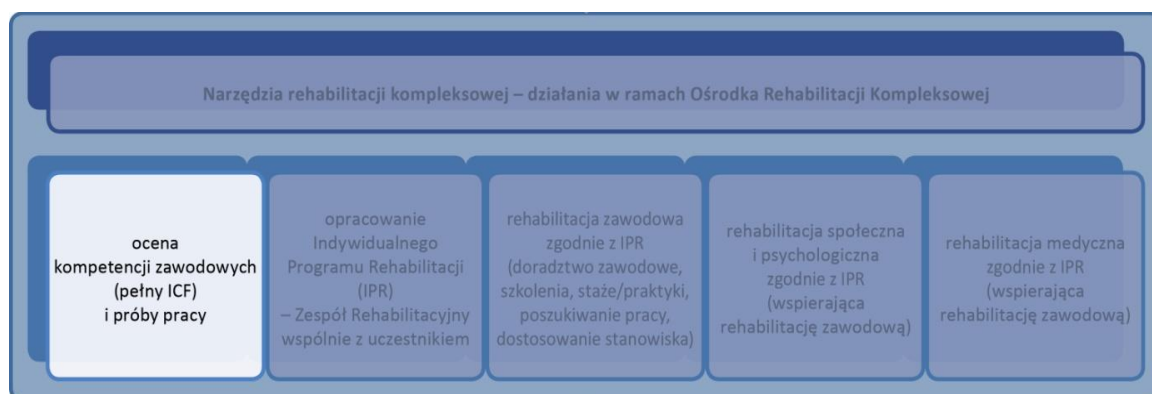
Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

IV. PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI W OŚRODKU

IV.1. Diagnostyka z uwzględnieniem klasyfikacji ICF



Metodyka diagnozy

- Osoba, u której orzeczono potrzebę kompleksowej rehabilitacji i którą skierowano na taką rehabilitację do jednego z 4 ośrodków zostanie poddana na wejściu **wieloaspektowej ocenie kompetencji zawodowych** w celu określenia:
 - zaburzeń funkcji organizmu będących przyczyną utraty zdolności do pracy i pełnienia ról społecznych,
 - ograniczeń w poszczególnych dziedzinach aktywności i uczestniczenia w życiu społecznym, głównie zawodowym,
 - barier środowiskowych oraz czynników osobowych kluczowych w procesie rehabilitacji kompleksowej,
 - zdolności powrotu do pracy.

Wynikiem tej oceny będzie profil kategorialny ICF wraz z rekomendacjami dla zespołu rehabilitacyjnego planu rehabilitacji, przekwalifikowania zawodowego i szkoleń zawodowych.

- Do przeprowadzenia oceny kompetencji zawodowych wykorzystany zostanie **model oceny zdolności do pracy** zawierający profil kategorialny ICF z wybranymi kodami i metodami/narzędziami do nich dopasowanymi. Model ten oparty jest na Klasyfikacji ICF, która przyjmuje całościowe podejście do niepełnosprawności, łączące sferę medyczną i psychospołeczną. Takie podejście pozwala na uwzględnienie w ocenie kompetencji zawodowych zależności występujących między uszkodzeniami struktur ciała a ograniczeniami w funkcjonowaniu oraz w aktywności i uczestniczeniu w życiu społecznym, uwarunkowanymi czynnikami osobowymi i środowiskowymi.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

3. Głównymi założeniami oceny kompetencji zawodowych w oparciu o klasyfikację ICF są:
 - uwzględnienie doświadczeń międzynarodowych w zakresie opracowania profili kategoryalnych ICF w podobnych obszarach;
 - umożliwienie przeprowadzenia oceny zdolności do pracy osób z różnym rodzajem ograniczeń funkcjonalnych;
 - uwzględnienie w kompleksowej ocenie kompetencji zawodowych kompetencji psychospołecznych i kwalifikacji zawodowych w kontekście możliwości podjęcia przez badane osoby pracy o różnych wymaganiach psychospołecznych i fizycznych,
 - zastosowanie obiektywnych metod do oceny sprawności i możliwości psychofizycznych dla przeprowadzenia analizy pogłębionej.
4. Na podstawie oceny kompetencji zawodowych **opracowywany zostanie profil kategoryalny** utworzony z wybranych kodów z ICF w obszarze *Funkcji ciała, Aktywności i uczestnictwa oraz Czynników środowiskowych*, niezbędnych do opracowania rekomendacji dla zespołu rehabilitacyjnego odnośnie IPR, w tym przekwalifikowania zawodowego. Na potrzeby programu pilotażowego zaproponowano 2 profile kategoryalne:
 - profil kategoryalny oparty na profilu kategoryalnym dla rehabilitacji zawodowej (Vocational Rehabilitation Core Set);
 - profil kategoryalny dla monitorowania postępu rehabilitacji oparty na profilu dla rehabilitacji (Rehabilitation Core Set).
5. Do każdego z wybranych kodów ICF przyporządkowano metody/narzędzia pozwalające na pozyskiwanie informacji w zakresie ocenianych funkcji ciała, aktywności i uczestnictwa oraz czynników środowiskowych. Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje następujące sposoby pozyskiwania informacji: wywiad, dokumentacja medyczna, obserwacja, badanie kliniczne, badania specjalistyczne. Wybrane metody/narzędzia pozwalają na kompleksową ocenę w zakresie:
 - psychospołecznych aspektów zdolności do pracy, w tym:
 - dobrostanu (m.in. poczucie własnej wartości, witalność, stopień akceptacji choroby czy niepełnosprawności),
 - kompetencji społeczno-zawodowych i motywacji (m.in. zdolności przywódcze, samokontrola, zainteresowania językowe, matematyczno-logiczne, praktyczno-techniczne, praktyczno-estetyczne, opiekuńczo-usługowe, kierowniczo-organizacyjne, biologiczne, motywacja do osiągnięć, e-kompetencje),
 - sprawności umysłowej (m.in. ocena poziomu inteligencji, pamięć, koncentracja i podzielność uwagi, spostrzegawczość),
 - osobowości i temperamentu (m.in. neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość, sumienność, ruchliwość, hamowanie i równowaga procesów nerwowych, zwawość, perseweratywność, wrażliwość sensoryczna, reaktywność emocjonalna, wytrzymałość, aktywność, impulsywność, skłonność do ryzyka),





Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- radzenia sobie ze stresem (m.in. style radzenia sobie ze stresem),
- inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych (m.in. zdolność do rozpoznawania, rozumienia i kontrolowania własnych i cudzych emocji, asertywność, kooperacja, towarzyskość, zaradność społeczna),
- sprawności psychomotorycznej (m.in. refleks, koordynacja wzrokowo-ruchowa),
- sprawności fizycznych i funkcjonalnych (próby pracy), w tym:
 - siły chwytu ręki,
 - równowagi,
 - pracy w narzuconym tempie,
 - pracy wymagającej koordynacji wzrokowo-ruchowej (kończyn górnych, kończyn dolnych),
 - pracy wymagającej rozpoznawania kolorów i znaków,
 - pracy wymagającej dużego zakresu ruchu w stawach,
 - pracy wymagającej zręczności manualnej,
 - pracy wymagającej precyzji ruchów,
- sprawności sensorycznej, w tym:
 - słuchu (progu słyszenia i zrozumiałości mowy),
 - ostrości wzroku, w tym ostrości widzenia przy obniżonym kontraście, widzenia barw.

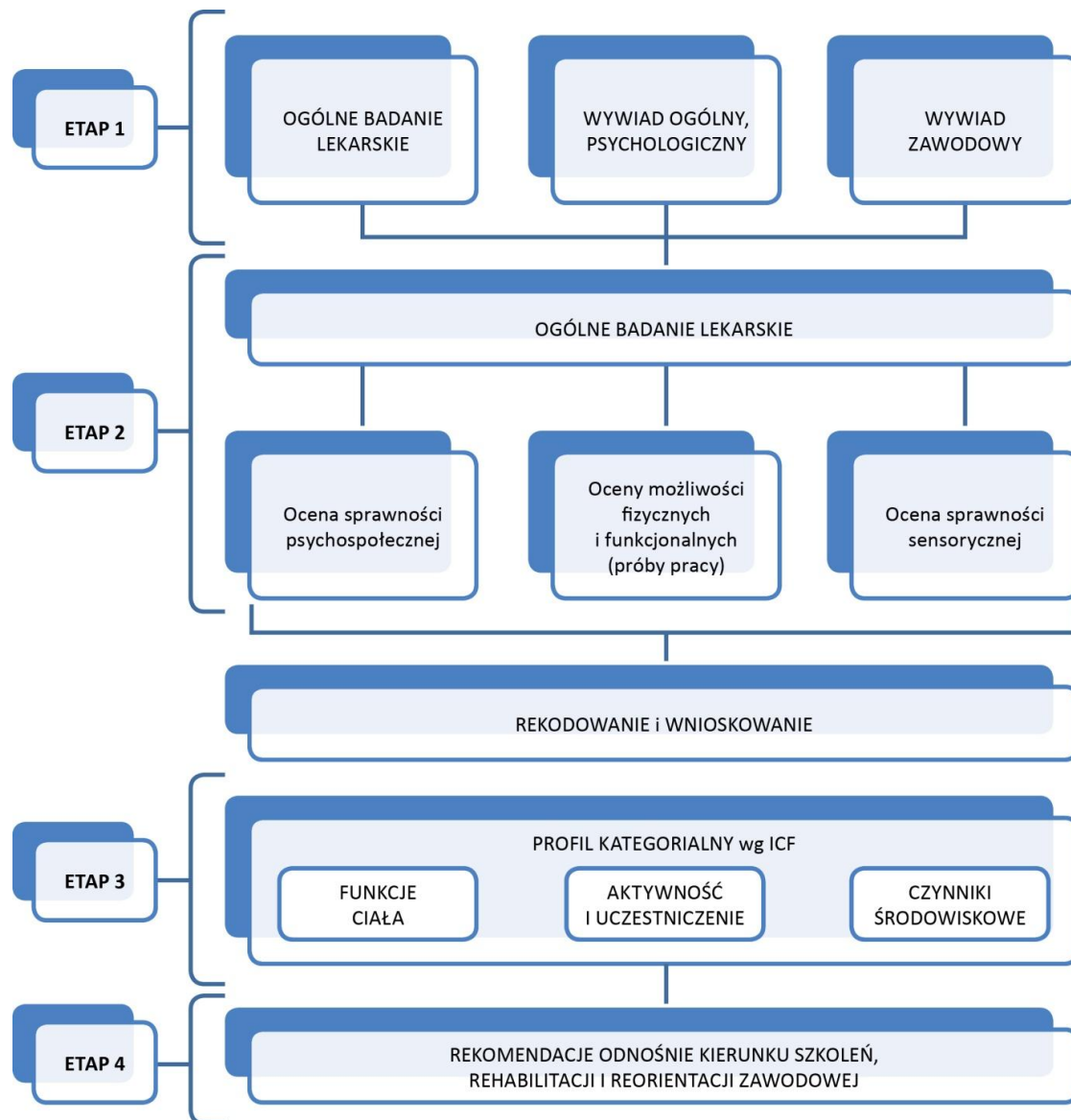
Etapy diagnozy

6. Przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych zakłada **4 etapy działań diagnostycznych** wskazanych na schemacie:



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Rysunek 5. Etapy oceny kompetencji zawodowych



Źródło: opracowanie własne

7. **Etap 1** - w pierwszym etapie oceny kompetencji przeprowadzone zostaną wywiad ogólny, wywiad psychologiczny, wywiad zawodowy oraz ogólne badanie lekarskie. Na tej podstawie zespół specjalistów (m. in. psycholog/lekarz/ergonomista/doradca zawodowy) dokona wyboru narzędzi i metod oceny. Zakres ocenianych możliwości fizycznych, funkcjonalnych, sprawności psychospołecznych i sensorycznych w kompleksowej ocenie kompetencji zawodowych będzie określany dla każdej badanej osoby indywidualnie w zależności od stopnia i rodzaju naruszenia sprawności organizmu.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

8. **Etap 2** - w oparciu o sprecyzowany w pierwszym etapie zakres badań dokonana zostanie ocena sprawności psychospołecznych, możliwości fizycznych i funkcjonalnych i sprawności sensorycznej.

Ocena sprawności psychospołecznych składających się na ocenę kompetencji zawodowych zakłada wykorzystanie narzędzi psychologicznych o charakterze kwestionariuszowym i aparaturowym, a ocena możliwości fizycznych i funkcjonalnych zakłada przeprowadzenie diagnozy na podstawie prób pracy. Wyboru parametrów dokonano przy uwzględnieniu narzędzia do diagnozy sprawności psychofizycznej według Functional Capacity Evaluation (FCE), jakim jest Valpar Work Samples. Ocena możliwości funkcjonalnych przeprowadzona podczas prób pracy uzupełniona jest o samoocenę umiejętności fizycznych oraz odczuwanych dolegliwości bólowych. Uwzględniana będzie również tolerancja pracy wykonywanej z dużą powtarzalnością, w narzuconym tempem pracy, w długotrwałej pozycji stojącej czy w pozycji z uniesionymi ramionami powyżej barków. Poza oceną ilościową specjaliści dokonujący oceny zbierają informacje w oparciu o obserwację zachowania oraz informacje uzyskane od osoby badanej i na tej podstawie wnioskuje o dodatkowych cechach osoby mających swój odpowiednik w profilu kategoryalnym wg klasyfikacji ICF.

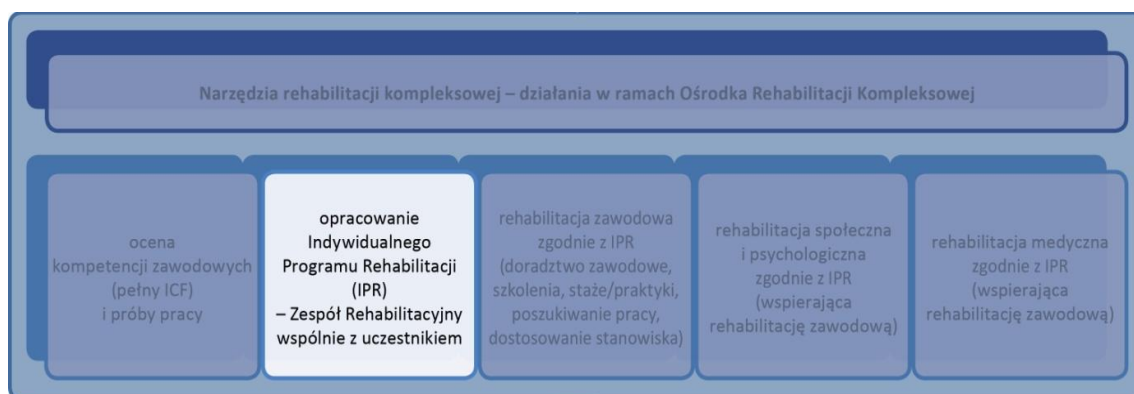
Inne metody pomiarowe w obszarze fizycznych i funkcjonalnych aspektów obejmują ocenę podstawowych, ale najbardziej istotnych z punktu widzenia fizycznych możliwości wykonywania czynności zawodowych.

Ocena sprawności sensorycznych zakłada diagnozę progu słyszenia i zrozumiałości mowy oraz ostrość wzroku i widzenie barw.

9. **Etap 3** - w trzecim etapie oceny kompetencji zawodowych zespół specjalistów przeprowadzających ocenę będzie dokonywał rekodowania wyników ze skal poszczególnych metod i narzędzi na kategorie ocen wg kwalifikatorów ICF. Na podstawie rekodowanych ocen oraz wniosków płynących z obserwacji osoby badanej zespół specjalistów (m. in. lekarz, psycholog, doradca zawodowy, ergonomista) będzie dokonywał oceny indywidualnego profilu kategoryalnego w zakresie 3 grup kategorii: funkcji ciała, aktywności i uczestniczenia oraz czynników środowiskowych. Oceny będzie przeprowadzana na podstawie wszystkich uzyskanych informacji w 1 i 2 etapie działań: historii przypadku, wywiadów, badań specjalistycznych oraz obserwacji prowadzonej w trakcie badań i wywiadów.
10. **Etap 4** - ostatni etap oceny kompetencji zawodowych badanych osób przewiduje opracowanie rekomendacji odnośnie do kierunku szkoleń, rehabilitacji i reorientacji zawodowej, które wynikają bezpośrednio z indywidualnego profilu kategoryalnego w zakresie kompetencji zawodowych tych osób.
11. W programie pilotażowym zakłada się, że każda osoba uczestnicząca w kompleksowej rehabilitacji będzie miała przeprowadzoną **ocenę kompetencji zawodowych dwukrotnie**, na początku i na końcu rehabilitacji, a dodatkowo 100 osób, które będą poddane rehabilitacji dłużej niż 6 miesięcy, po upływie 6 miesięcy zostanie poddanych dodatkowej ocenie. Ocena początkowa będzie przeprowadzona po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie kompleksowej rehabilitacji i będzie obejmowała opisane powyżej etapy. Efektem będzie rozszerzony profil oceny kompetencji zawodowych, zawierający **rekomendacje dla zespołu rehabilitacyjnego opracowującego IPR**.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

IV.2. Indywidualny Program Rehabilitacji



Proces opracowania IPR

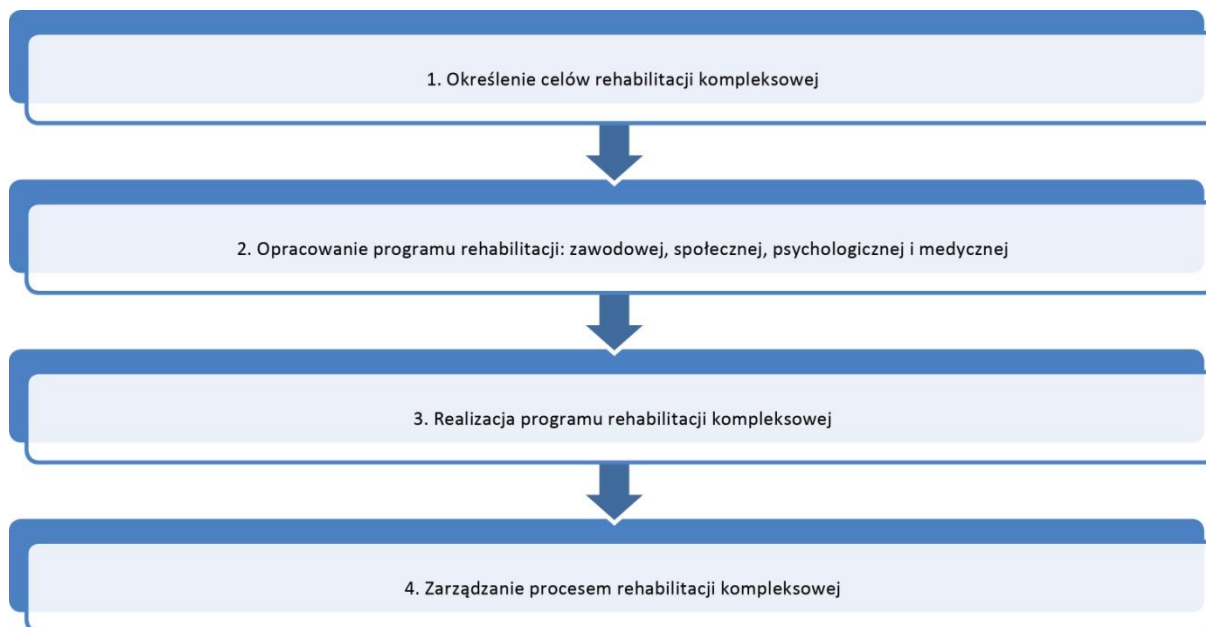
1. Ukierunkowanie procesu rehabilitacji kompleksowej zorientowanego na problem wymaga opracowania **Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)**. Program ten będzie tworzony dla każdego uczestnika projektu po przeprowadzeniu diagnozy z uwzględnieniem klasyfikacji ICF i uzyskaniu rekomendacji dotyczących kompetencji zawodowych. W tym względzie niezbędna będzie aktywna współpraca uczestnika projektu z członkami zespołu przygotowującego IPR. Priorytety tego programu mogą różnić się w zależności od zidentyfikowanych problemów, ale podstawowe składowe pozostają stałe. Program będzie wymagał regularnej aktualizacji przez członków zespołu rehabilitacyjnego.
2. Indywidualny Program Rehabilitacji obejmuje następujące elementy:
 1. Określenie celów rehabilitacji kompleksowej.
 2. Opracowanie programu rehabilitacji zawodowej, medycznej, społecznej i wsparcia psychologicznego
 3. Realizacja programu rehabilitacji kompleksowej
 4. Zarządzanie procesem rehabilitacji kompleksowej.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Rysunek 6. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji



Źródło: opracowanie własne

3. IPR zostanie przygotowany przez **zespół rehabilitacyjny wspólnie z uczestnikiem**, w formie pisemnej z wykorzystaniem opracowanych formularzy, specyficznych dla danego obszaru tematycznego tj. rehabilitacji zawodowej, społecznej, psychologicznej oraz medycznej. W procesie tworzenia IPR zostaną określone harmonogram i sekwencja działań do realizacji przez uczestnika procesu rehabilitacji. Po przygotowaniu **IPR zostanie on przez uczestnika rehabilitacji zaakceptowany** (podpisany)¹⁷.

Etapy procesu opracowania IPR

4. **Określenie celów rehabilitacji kompleksowej** będzie następowało w oparciu o rekomendacje dotyczące rehabilitacji, ewentualnego przekwalifikowania zawodowego i kierunku szkoleń zawodowych. Celem rehabilitacji kompleksowej jest uzyskanie przez osobę, która zakończy udział w programie, zatrudnienia na otwartym rynku pracy lub założenie działalności gospodarczej, angażowanie się w pracę i przedsięwzięcia społeczne.

Zatem celem wspólnym rehabilitacji medycznej, społecznej i psychologicznej jest wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej. Główne cele do osiągnięcia przez osobę niepełnosprawną w zakresie poszczególnych form terapii wybierane są spośród następującego spektrum celów:

- a) W zakresie rehabilitacji zawodowej:
 - przekwalifikowanie zawodowe

¹⁷ Pielok C., Woynarowska-Janiszewska A., Łukaszewska A., Indywidualny Plan Działania. Podręcznik metodyczny, Zeszyt Informacyjno-Metodyczny Doradcy Zawodowego, nr 48, MPiPS, Departament Rynku Pracy, Warszawa 2010, s. 55.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- nabycie kwalifikacji zawodowych
 - wsparcie wspomagające, w tym dostosowanie stanowiska pracy (ze środków PFRON)
 - powrót/wejście na rynek pracy na rynek pracy.
- b) W zakresie rehabilitacji społecznej i psychologicznej:
- znaczna poprawa lub powrót możliwości funkcjonalnych
 - przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych, umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych;
 - wsparcie wspomagające dla otoczenia osób z niepełnosprawnościami (członków rodzin).
- c) W zakresie rehabilitacji medycznej:
- powrót do pełnych możliwości funkcjonalnych;
 - odtworzenie jak największej sprawności;
 - podtrzymanie stanu funkcjonalnego;
 - wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych;
 - zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych.
5. **Opracowanie ścieżki prowadzenia rehabilitacji** czyli **sposobu postępowania terapeutycznego** polega na doborze, właściwych dla każdego uczestnika, form i metod realizacji rehabilitacji zawodowej, psychospołecznej, medycznej, w zależności od założonych celów terapii. Projektowanie IPR uwzględnia następujące elementy:
- Programy i wymiar czasowy poszczególnych składowych rehabilitacji (rehabilitacji zawodowej, psychospołecznej, medycznej),
 - Harmonogram realizacji, w tym przewidywany termin realizacji programu,
 - Osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań,
 - Częstotliwość przeprowadzania oceny etapowej.

Wszystkie te elementy zostaną uwzględnione w formularzu IPR.

IPR będzie poddawany regularnej weryfikacji i aktualizacji przez zespół rehabilitacyjny, przy aktywnym udziale uczestnika projektu, stanowiąc podstawę komunikowania się zespołu w celu osiągnięcia założonych celów rehabilitacji.

6. **Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji** wymaga:
- zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego, w skład którego wchodzi: lekarze, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, psychologowie, doradcy zawodowi, nauczyciele zawodu, pracownicy socjalni i
 - aktywnego udziału uczestnika programu.

Niezbędnym elementem realizacji programu jest przydzielenie każdemu uczestnikowi indywidualnego specjalisty ds. rehabilitacji.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Proces rehabilitacji kompleksowej będzie realizowany poprzez:

- pracę zespołu rehabilitacyjnego nastawioną na przywracanie lub rozwój zdolności psychospołecznych i fizycznych oraz umiejętności zawodowych istotnych z punktu widzenia konkretnego zawodu;
- działania psychospołeczne, w tym wzmocnienie motywacji do uczestnictwa w rynku pracy poprzez poprawę adaptacji społecznej, umiejętności pracy zespołowej, trening zarządzania sytuacjami konfliktowymi, wykorzystanie narzędzi komunikacji społecznej;
- praktyczne przygotowanie do pracy zawodowej;
- szkolenie zawodowe aktualizujące lub nadające nowe kwalifikacje.

Pomoc w poszukiwaniu pracy obejmie usługi w zakresie zatrudnienia oraz pomocy w pełnej integracji na rynku pracy i w społeczeństwie.

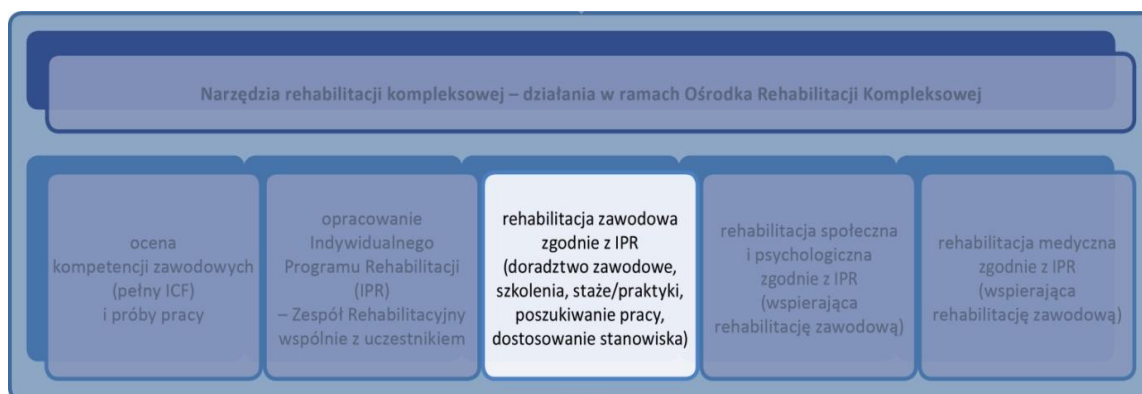
7. **Zarządzanie procesem rehabilitacji** polega na zapewnieniu współpracy na wszystkich poziomach: kierownika zespołu rehabilitacyjnego, personelu realizującego proces rehabilitacji i specjalisty ds. rehabilitacji. Zarządzanie procesem rehabilitacji na poziomie ORK obejmuje wszelkie aspekty organizacyjno-prawne niezbędne do realizacji kompleksowej rehabilitacji. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, będący kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego, koordynuje działania sekcji rehabilitacyjnej. Koordynator/specjalista ds. rehabilitacji ma za zadanie organizowanie współpracy między uczestnikiem a jego rodziną, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

IV.3. Rehabilitacja zawodowa



Cele rehabilitacji zawodowej

1. Rehabilitacja zawodowa w ORK prowadzić ma przede wszystkim do przygotowania osoby z niepełnosprawnościami do powrotu lub wejścia na rynek pracy zgodnie z jej możliwościami poprzez przygotowanie do wykonywania nowego zawodu.
2. Przy założeniu, że miernikiem skuteczności procesu rehabilitacji jest podjęcie pracy przez osobę niepełnosprawną, celem całego procesu rehabilitacji kompleksowej (w tym rehabilitacji zawodowej) w ORK jest **umożliwienie osobie z niepełnosprawnościami uzyskanie i utrzymanie zatrudnienia w zgodzie z jej wiedzą, kwalifikacjami i doświadczeniem, z uwzględnieniem przekwalifikowania zawodowego.**

Założenia procesu rehabilitacji zawodowej

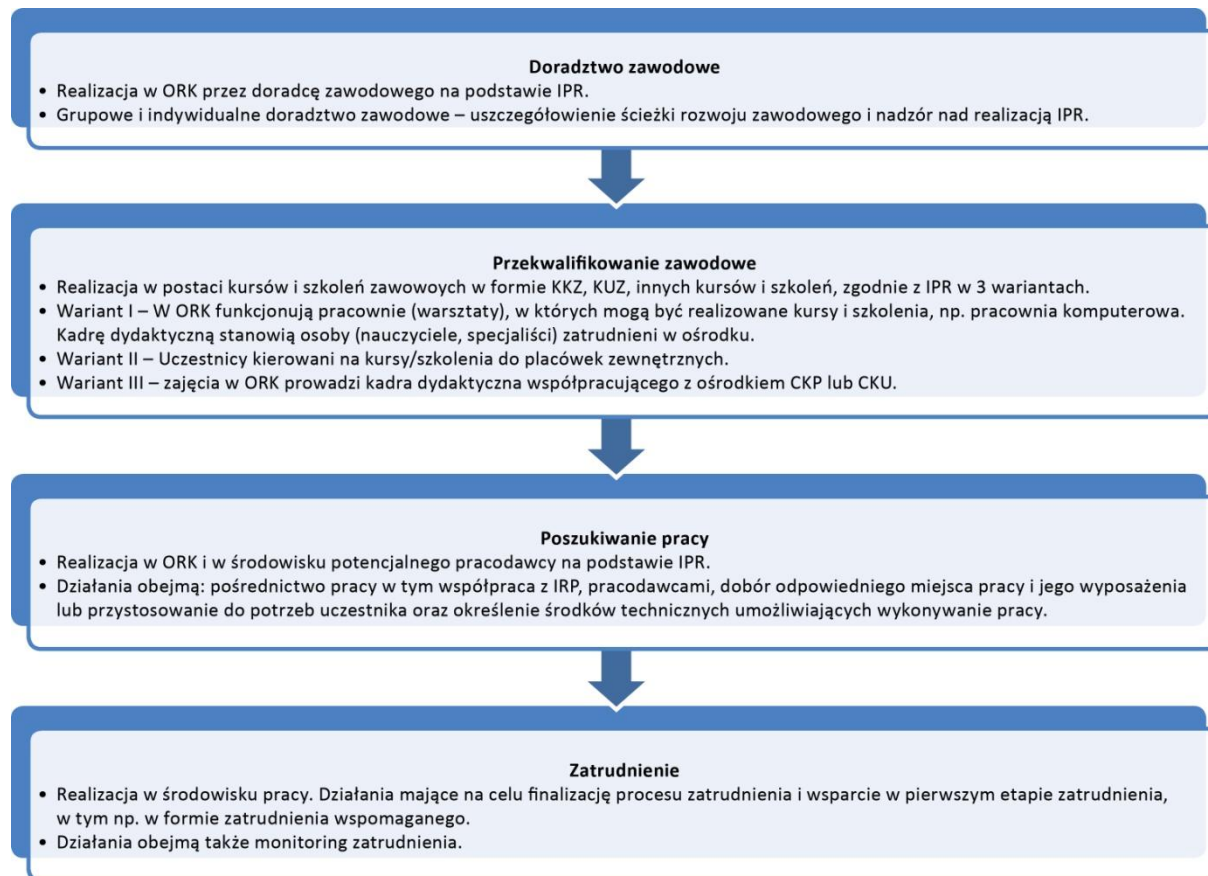
3. Rehabilitacja zawodowa, z możliwą realizacją części działań w zakresie aktywizacji zawodowej poza ośrodkiem, np. w formie szkoleń czy praktyk zawodowych, oparta będzie o zapisy wspomnianego wyżej IPR. Zostaną one uszczegółowione podczas rozmów indywidualnych i grupowych z doradcą zawodowym (w ramach zespołu rehabilitacyjnego), a jej efekty będą badane po każdym etapie realizacji zapisów IPR w tym zakresie.

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Rysunek 7. Działania w ramach rehabilitacji zawodowej



Źródło: opracowanie własne

- Rehabilitacja zawodowa uwzględniac będzie następujące formy wsparcia uczestnika:
 - Ocena kompetencji zawodowych (przeprowadzana na wcześniejszym etapie procesu);
 - Przygotowanie zawodowe;
 - Wsparcie w powrocie do dotychczasowego pracodawcy lub znalezienie nowej pracy;
 - Zatrudnienie wspomagane.

Poniżej prezentujemy te formy wsparcia w sposób bardziej szczegółowy.

- Ocena kompetencji zawodowych (przeprowadzana na wcześniejszym etapie procesu)** – w tym ustalenie posiadanych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego uczestnika (bilans kompetencji), ocenę jego uzdolnień i zainteresowań zawodowych, diagnozę potrzeb rozwojowych uczestnika w zakresie rozwoju jego kompetencji/kwalifikacji zawodowych w kontekście potrzeb rynku pracy oraz dokonanie wyboru formy i zakresu podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Proces oceny kompetencji zawodowych realizowany będzie na etapie diagnozy z uwzględnieniem klasyfikacji ICF.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

6. **Przygotowanie zawodowe** z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia poprzez udział w szkoleniach zawodowych¹⁸ i kursach pozwalających uzyskać nowe kwalifikacje. Zakłada się dwa główne warianty nabywania nowych kwalifikacji:

- Wariant I - W ośrodku funkcjonują pracownie (warsztaty), w których mogą być realizowane kursy i szkolenia, np. pracownia komputerowa. Kadre dydaktyczną stanowią osoby (nauczyciele, specjaliści) zatrudnieni w ośrodku.
- Wariant II - Osoby uczestniczące w rehabilitacji mogą być kierowane na kursy (szkolenia) do placówek zewnętrznych, indywidualnie lub grupowo. Istnieje możliwość zamówienia określonego kursu dla grupy uczestników rehabilitacji.

Możliwy jest też wariant pośredni, w którym zajęcia w ORK prowadzi kadra dydaktyczna współpracującego z ośrodkiem CKP lub CKU.

Podmioty prowadzące kursy i szkolenia będą miały obowiązek zapewnienia warunków organizacyjnych i technicznych umożliwiających udział w kształceniu osobom z niepełnosprawnością.

7. Katalog możliwych rodzajów form pozaszkolnych w ramach **przygotowania zawodowego** przeznaczonych dla osób dorosłych możliwych do realizacji w ramach projektu obejmie wsparcie w postaci:

- kwalifikacyjnych kursów zawodowych (KKZ) - kwalifikacyjny kurs zawodowy jest szczególnym rodzajem pozaszkolnej formy kształcenia ustanowionej z mocy ustawy Prawo Oświatowe. Jest to kurs prowadzony na podstawie programu nauczania uwzględniającego podstawę programową kształcenia w zawodach w zakresie jednej kwalifikacji. Przez kwalifikację rozumie się wyodrębniony w danym zawodzie zestaw oczekiwanych efektów kształcenia, których osiągnięcie potwierdza świadectwo wydane przez okręgową komisję egzaminacyjną po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie danej kwalifikacji.

Ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego umożliwia przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie kwalifikacji nauczanej na tym kursie, organizowanego przez okręgowe komisje egzaminacyjne. Zakres merytoryczny kształcenia zawodowego na kwalifikacyjnym kursie zawodowym, jak również minimalny wymiar zajęć, jest dla danej kwalifikacji taki sam w przypadku kształcenia w szkole, jak i na kwalifikacyjnym kursie zawodowym. Z tego względu czas trwania KKZ jest stosunkowo długi i obejmuje najczęściej kilkadziesiąt godzin (2-3 semestry).

- kursów umiejętności zawodowych (KUZ) - ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego umożliwia przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie kwalifikacji nauczanej na tym kursie, organizowanego przez okręgowe komisje egzaminacyjne. Zakres merytoryczny kształcenia zawodowego na kwalifikacyjnym kursie zawodowym, jak również minimalny wymiar zajęć, jest dla danej kwalifikacji taki sam w przypadku kształcenia w

¹⁸ Wszystkie szkolenia/kursy będą zakończone egzaminem i wydaniem odpowiedniego dokumentu (dyplomu, świadectwa, certyfikatu,) uznaną przez MEN lub inną uprawnioną instytucję, po dokonaniu oceny efektów uczenia się i stwierdzeniu, że efekty te odpowiadają wymaganiom dla danej kwalifikacji (po walidacji). Przewiduje się objęcie tą formą wsparcia wszystkich uczestników projektu.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

szkole, jak i na kwalifikacyjnym kursie zawodowym. Z tego względu czas trwania KKZ jest stosunkowo długi i obejmuje najczęściej kilkaset godzin (2-3 semestry).

Kursy umiejętności zawodowych są prowadzone według programów nauczania uwzględniających podstawę programową kształcenia w zawodach. W zależności od zakresu realizowanego kształcenia można wyróżnić trzy rodzaje tych kursów:

- KUZ realizowany w zakresie jednej z części efektów kształcenia wyodrębnionych w ramach danej kwalifikacji;
- KUZ realizowany w zakresie efektów kształcenia stanowiących podbudowę do kształcenia w zawodzie lub grupie zawodów, albo
- KUZ realizowany w zakresie efektów kształcenia wspólnych dla wszystkich zawodów w zakresie organizacji pracy małych zespołów.

Minimalna liczba godzin kształcenia jest niższa niż na KKZ i zróżnicowana w zależności od zakresu prowadzonego kształcenia, tj. rodzaju KUZ.

- innych kursów umożliwiających uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych.

Kwalifikacyjne kursy zawodowe i kursy umiejętności zawodowych prowadzone będą w oparciu o podstawę programową kształcenia w zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego. W obecnym stanie prawnym - w roku szkolnym 2017/2018 - klasyfikacja obejmuje 213 zawodów oraz 248 kwalifikacji.

8. Diagnoza potencjału zawodowego i posiadane kwalifikacje nie w każdym przypadku będą wymagały zastosowania przekwalifikowania zawodowego. W przypadkach, w których diagnoza wskaże inne możliwości podniesienia kompetencji czy kwalifikacji lub brak możliwości realizacji procesu zmiany kwalifikacji poprzez KKZ czy KUZ możliwa będzie realizacja kształcenia także w innych formach, np. kursach umożliwiających uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych, które realizują programy nauczania nie oparte na podstawach programowych określanych przez ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania. W tym zakresie mieszczą się w szczególności kursy z zakresu zawodów ujętych w klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy, których nie obejmuje klasyfikacja zawodów szkolnictwa zawodowego, a także kursy prowadzone we współpracy z instytucjami rynku pracy lub na zamówienie pracodawców.
9. Tematyka proponowanych kursów **przygotowana zawodowego** z perspektywą zatrudnienia odpowiadać będzie na potrzeby uczestników w powiązaniu ze zdiagnozowanym zapotrzebowaniem na rynku pracy regionu m.in. w oparciu o:
 - aktualną analizę zawodów deficytowych w miejscu zamieszkania lub podjęcia pracy przez uczestnika projektu. Zawody deficytowe to zawody, na które występuje na rynku pracy wyższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w danym zawodzie. Dane o zawodach deficytowych pochodzą z monitoringu zawodów i deficytowych i nadwyżkowych, prowadzonego przez urzędy pracy wg jednolitej metodologii, zaleconej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Polityki Społecznej. Dokonane z perspektywy kraju i poszczególnych makroregionów analizy wskazały grupy zawodów deficytowych w ostatnim roku¹⁹:

- w skali całego kraju były to następujące zawody: pośrednicy pracy i zatrudnienia, programiści aplikacji, projektanci aplikacji sieciowych i multimedialnych, administratorzy systemów komputerowych, pracownicy centrów obsługi telefonicznej (pracownicy call center), operatorzy maszyn do produkcji wyrobów z tworzyw sztucznych, kierowcy operatorzy wózków jezdniowych, przedstawiciele handlowi²⁰.

- w skali makroregionów powtarzające się w poszczególnych makroregionach zawody to m.in.: kucharze, cukiernicy, piekarze, operatorzy maszyn skrawających, fryzjerzy, pracownicy związani z branżą budowlaną.

Co ważne w kontekście projektu część zawodów deficytowych to zawody nie wymagające specjalistycznych sprzętów do nauki zawodu, a takie których nauka może być realizowana w samym ośrodku przy wykorzystaniu własnej infrastruktury technicznej i lokalowej

- branże strategiczne wskazane w Strategiach Rozwoju oraz Regionalnych Strategiach Innowacji dla poszczególnych województw,
- zidentyfikowane nisze zawodowe,
- propozycję kierunków rehabilitacji zawodowej stwarzającej w perspektywie największe szanse na zatrudnienie uczestników projektu na różnych stanowiskach, z wykorzystaniem charakterystyk przykładowych zawodów CIOP (w zależności od rodzaju niepełnosprawności).

10. **Wsparcie w powrocie do dotychczasowego pracodawcy lub znalezienie nowej pracy** to forma wsparcia uczestnika zgodnie z posiadanymi nowymi kompetencjami i doświadczeniem – obejmuje:

- pośrednictwo pracy
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie lub przystosowanie;
- określenie środków technicznych umożliwiających wykonywanie pracy.

11. **Zatrudnienie wspomagane** - umożliwiające adaptację do stanowiska pracy, lub w przypadku przekwalifikowania zawodowego związanego z niezdolnością do dotychczas wykonywanego zawodu, wsparcie w początkowym okresie pracy na nowym stanowisku pracy. Aby wzmocnić efektywność działań planuje się, iż ta forma wsparcia realizowana będzie w jednostkach i na stanowiskach zbieżnych z tymi, w jakich uczestnicy projektu przeszli szkolenie zawodowe i uzyskali nowe kwalifikacje zawodowe.

Organizacja procesu rehabilitacji zawodowej (narzędzia i kadra)

12. Jednym z kluczowych elementów procesu rehabilitacji zawodowej prowadzonej w ORK staje się moment opracowania odpowiedniego programu rehabilitacji zawodowej w ramach IPR. W pracy zespołu przygotowującego IPR jedną z kluczowych ról odgrywać będzie doradca zawodowy, który określi możliwości pozytywnego skutku rehabilitacji zawodowej oraz określi odpowiednie narzędzia i formy wsparcia prowadzące do osiągnięcia zakładanego celu – powrotu do pracy.

13. W ramach ORK funkcjonować będą następujące **zespoły realizujące zadania w obszarze rehabilitacji**

¹⁹ Analiza zawodów deficytowych w poszczególnych makroregionach, dane za rok 2017, MRPiPS 2018.

²⁰ Grupy elementarne zawodów zgodnie z Klasyfikacją Zawodów i Specjalności (Dz.U. z 2014 r., poz. 1145, z późn.zm.)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

zawodowej:

- Sekcja ds. kwalifikacji i reorientacji zawodowej;
- Sekcja ds. szkoleń zawodowych;
- Sekcja ds. zatrudnienia i pośrednictwa pracy

14. Zadaniem **sekcji ds. kwalifikacji i reorientacji zawodowej** będzie diagnoza potencjału zawodowego i perspektywicznej możliwości przekwalifikowania zawodowego, możliwości pozostania na dotychczasowym stanowisku pracy i możliwości zatrudnienia. Przy diagnozie zespół współpracuje z zespołem dokonującym diagnozy z uwzględnieniem ICF. W zakresie reorientacji zawodowej rolą sekcji będzie realizacja procesu przekwalifikowania, ustalenie programu przekwalifikowania oraz dobór jego realizatora (w Ośrodku Szkoleń ORK lub w formie usługi zewnętrznej).

W szczególności sekcja odpowiedzialna będzie za:

- udział w ocenie kompetencji zawodowych w tym m.in.: wiedzy praktycznej, umiejętności, motywacji do zachowania się w określony sposób, wiedzy specjalistycznej, predyspozycji, kontekstu sytuacyjnego (warunki realizacji zadań) oraz możliwego rozwoju kompetencji zawodowych;
- zdefiniowanie potrzeb w zakresie wsparcia pośredniego i bezpośredniego²¹,
- określenie (ewentualne) rodzaju wsparcia pośredniego oraz uruchomienie procedury realizacji wsparcia poprzez programy funkcjonujące w systemie wspierania rehabilitacji i zatrudnienia (np. PFRON),
- realizację procesu nabycia kwalifikacji lub podniesienia kompetencji poprzez realizację kursów/szkoleń,
- ewentualne przystosowanie stanowiska pracy (zdefiniowanie zakresu, wsparcie projektowe, uzgodnienie wykonawcy, nadzór wykonawczy i montażowy),
- ewentualne określenie zakresu potrzeb w zakresie przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji,

15. Zadaniem **sekcji ds. szkoleń zawodowych** będzie:

- prowadzenie Ośrodka Szkoleń ORK, dobór i ewentualne, wynikające z sytuacji na rynku pracy, korygowanie jego oferty programowej,
- wybór ewentualnego realizatora zewnętrznego szkolenia lub przekwalifikowania w przypadkach dedykowanego kierunku przeszkolenia odbiegającego od profilu proponowanego przez Ośrodek Szkoleń ORK,
- monitorowanie procesów szkolenia oraz ich efektu,

16. Zadaniem **sekcji ds. zatrudnienia i pośrednictwa pracy** będzie identyfikacja barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej oraz bezpośredni kontakt z ostatnim pracodawcą uczestnika

²¹ użyte w opracowaniu sformułowanie „wsparcie bezpośrednie” oznacza w szczególności przystosowanie stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery, natomiast „wsparcie pośrednie” oznacza w szczególności przystosowanie środowiska pracy i eliminację (lub ograniczenie) barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnością.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

kompleksowej rehabilitacji oraz potencjalnymi pracodawcami, zakończony docelowo zawarciem umowy o pracę. W szczególności do jej zadań należeć będzie:

- analiza SWOT (silne i słabe strony, szanse i zagrożenia) kandydata do zatrudnienia (w porozumieniu z potencjalnym pracodawcą) w kontekście możliwości zatrudnienia,
- bilans potencjalnej produktywności (wymiary: wydajność, jakość) na analizowanym stanowisku osoby z niepełnosprawnościami w porównaniu z produktywnością osoby sprawnej lub oczekiwaniami pracodawcy,
- analiza warunków BHP u potencjalnego pracodawcy ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń potencjalnie pogłębiających skutki niepełnosprawności,
- bezpośredni kontakt (związany z powrotem do pracy) z ostatnim pracodawcą osoby z niepełnosprawnościami,
- poszukiwanie i utrzymywanie kontaktu z potencjalnym pracodawcą,
- skuteczne finalizowanie procesu zatrudnienia.
- W przypadku podjęcia zatrudnienia lub powrotu do pracy równie ważna będzie analiza proponowanego stanowiska pracy, która będzie uwzględniać:
 - system pracy (zmianowa, w tym nocna, wyjazdy służbowe, praca w terenie),
 - czas i częstotliwość wykonywania głównych zadań (ze zwróceniem uwagi na wykonywane czynności, np. podnoszenie, obracanie, siadanie, stanie, chodzenie, dźwiganie),
 - rodzaj sprzętu i materiałów, z których korzysta pracownik,
 - warunki pracy i związane z nimi zagrożenia,
- lokalizację stanowiska pracy i komunikację do stanowiska,
- charakterystykę zaplecza socjalno-sanitarnego,
- wymagane kwalifikacje i umiejętności.

17. **Istotną rolę w procesie kompleksowej rehabilitacji w projekcie będą odgrywać specjaliści ds. zarządzania rehabilitacją, którzy będą swoistym łącznikiem pomiędzy wszystkimi osobami zaangażowanymi w reintegrację osoby, skierowanej do ORK.** Będą oni odpowiadać m. in. za organizowanie współpracy między tą osobą a pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi, lekarzami, ośrodkami rehabilitacyjnymi i szeroko rozumianym otoczeniem, w tym rodziną.

Oczekiwane efekty rehabilitacji zawodowej

18. Podejmując działania zmierzające do powrotu/wejścia na rynek pracy warto zwrócić uwagę na fakt, iż rehabilitacja zawodowa jest kluczowa w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnościami. Praca bowiem to nie tylko sposób na niezależność ekonomiczną, ale również poczucie sensu i przydatności społecznej, a także aktywniejszy proces socjalizacji poprzez nawiązanie nowych kontaktów. Osoby z niepełnosprawnościami stają się tym samym podmiotami życia społecznego.
19. Zakładanym efektem podejmowanych w projekcie działań jest pełne włączenie osób z niepełnosprawnościami do pracy i uczestnictwa w życiu społecznym zgodnie z ich możliwościami oraz kwalifikacjami poprzez naukę zawodu a w konsekwencji umożliwienie uzyskania i utrzymania zatrudnienia zgodnego z ich wiedzą, kwalifikacjami i doświadczeniem. Koncentracja organizacyjna

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

różnych aspektów rehabilitacji w jednym podmiocie organizacyjnym (ORK) daje podstawy do uzyskania większej efektywności rehabilitacji, skrócenia czasu jej trwania i znacznej poprawy jej organizacji oraz osiągnięcia wysokiej skuteczności w zakresie reintegracji uczestnika projektu z rynkiem pracy, czy to poprzez powrót na poprzednie stanowisko pracy albo też przekwalifikowanie i znalezienie odpowiedniego zatrudnienia.

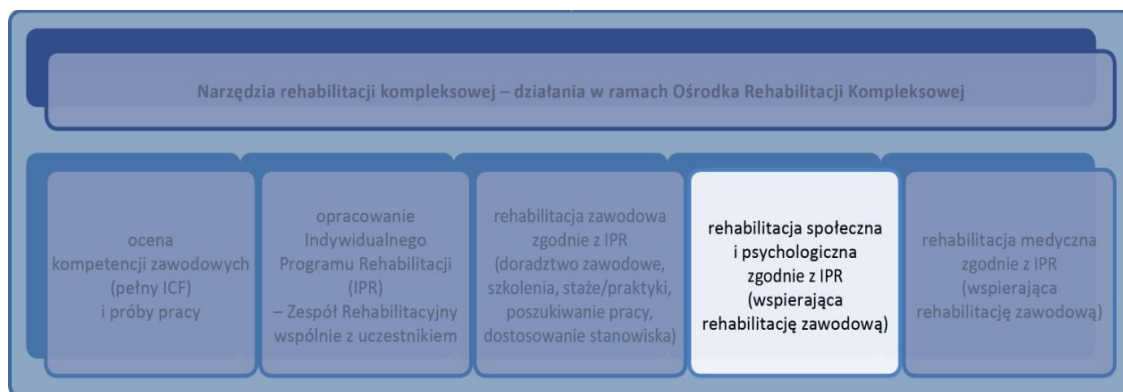
20. W zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności oraz prawidłowości przeprowadzonego wsparcia kompensującego niedostosowanie wynikające z niepełnosprawności, prowadzone w projekcie działania mają przygotować uczestników do pracy na otwartym rynku pracy:

- na warunkach konkurencyjnych – co oznacza, że osoba niepełnosprawna jest przyjmowana i pracuje na takich samych zasadach i warunkach, jak osoby pełnosprawne, z takim samym zakresem obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień;
- na stanowiskach pracy specjalnie dobranych i przystosowanych do psychofizycznych potrzeb i możliwości pracownika niepełnosprawnego, wyposażonych w odpowiedni sprzęt rehabilitacyjny, narzędzia, urządzenia, elementy stanowiska, w zależności od rodzaju i zakresu niepełnosprawności, z prawem do korzystania ze specjalnych uprawnień przysługujących pracownikom niepełnosprawnym;
- w formie zatrudnienia wspomagane, które polega na zatrudnianiu osób ciężko poszkodowanych na dobranym i przystosowanym stanowisku pracy, z pomocą tzw. zawodowego asystenta lub instruktora wspomagającego, który pomaga osobie z niepełnosprawnościami przystosować się do fizycznego i społecznego środowiska i opanować niezbędne umiejętności.

21. Miarą sukcesu podejmowanych działań będzie znalezienie i utrzymanie pracy przez uczestników rehabilitacji kompleksowej (co najmniej przez 6 miesięcy), czy to w dotychczasowym miejscu pracy, bądź też w nowym miejscu pracy, a poprzez to poprawa funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością i jej najbliższego otoczenia oraz poprawa jej jakości życia.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

IV.4. Rehabilitacja psychologiczno-społeczna



Cele rehabilitacji psychologiczno-społecznej

1. Jednym z kluczowych obszarów pracy z osobą niepełnosprawną jest towarzyszenie jej w procesie budowania na nowo własnej tożsamości i koncepcji społecznego uczestnictwa. Problem samooceny jest szczególnie ważny wtedy, gdy mamy do czynienia z każdą poważną niepełnosprawnością fizyczną, sensoryczną (np. całkowita utrata wzroku, słuchu, utrata zdolności mowy) lub ciężkimi chorobami (np. nowotworowymi). Osoby nimi dotknięte mogą odczuwać szereg negatywnych uczuć i negatywnych emocji wpływających na postrzeganie siebie.
2. Celami rehabilitacji społecznej są:
 - przywrócenie osobie z niepełnosprawnościami możliwie pełnej samodzielności społecznej we wszystkich wymiarach (w rodzinie, w społeczeństwie, w kulturze oraz na gruncie zawodowym);
 - przyswojenie przez osobę z niepełnosprawnościami zasad właściwego pełnienia ról społecznych umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych;
 - wyzwalanie zmian w fizycznym i społecznym otoczeniu osób z niepełnosprawnościami (miejscu życia, nauki, pracy, wypoczynku, itd.) lub/i eliminacja barier takich, jak np. negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Największą wartością w wymiarze społecznym jest usamodzielnienie i przekonanie osoby z niepełnosprawnościami o tym, że jej niepełnosprawność pozostała wyłącznie jedną z cech, która nie musi jej ograniczać²²

²² Buchwald, T. (2015). Osoby niepełnosprawne i ich aktywizacja zawodowa na otwartym rynku pracy a polityka społeczna w Polsce. Programy wsparcia realizowane przez Fundację Aktywizacja. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II (15), 74-94



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

3. W obszarze rehabilitacji psychologicznej głównym celem oddziaływań psychologicznych w sytuacji choroby przewlekłej lub następstw urazu skutkujących ograniczeniami w funkcjonowaniu, będzie zwiększenie wiary chorego w powrót do pracy i przygotowanie go do uczestnictwa w życiu społecznym. Ostatecznym celem rehabilitacji psychologicznej będzie ratowanie zasobów biologicznych (życia, zdrowia oraz sprawności), udzielenie pomocy psychologicznej w budowaniu na nowo poczucia własnej wartości (akceptacji siebie) oraz redefinicja celów życiowych, gdy na skutek powstałych uszkodzeń osoba nie będzie w stanie ułożyć sobie korzystnych stosunków z otoczeniem.²³

Założenia procesu rehabilitacji psychologiczno-społecznej

4. Tylka²⁴ wskazuje na następujące aspekty, które należy także brać pod uwagę rozważając kompleksową rehabilitację osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności:
- Poradnictwo psychologiczne musi dotyczyć nie samej choroby, ale potrzeb psychicznych i społecznych pacjenta.
 - Praca z osobą niepełnosprawną nad znalezieniem nowych celów życiowych, wartości zastępczych.
 - Wypracowanie postawy akceptującej wobec choroby/ niepełnosprawności.
 - Pomoc innych osób niepełnosprawnych (już zrehabilitowanych) (grupy wsparcia - pozytywny przykład).
 - Relacja winna być oparta na szacunku i zrozumieniu osoby rehabilitowanej.
 - Skuteczne uśmierzanie wielu dolegliwości osób niepełnosprawnych poprzez poświęcanie uwagi oraz rozpraszanie wątpliwości.
5. Takie rozumienie niepełnosprawności sprawia, że budując koncepcję rehabilitacji psychospołecznej jako jednego z elementów rehabilitacji kompleksowej uznajemy, że:
- **osoby z niepełnosprawnościami mają** w takim samym stopniu jak osoby pełnosprawne **szanse na: samorealizację, rozwinięcie własnego potencjału, samodzielne pełnienie ról społecznych, pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym.**
 - osobom z niepełnosprawnościami należy umożliwić:
 - wykształcenie/przywrócenie adekwatnego **poczucia wartości, poczucia skuteczności, poczucia sensu życia**; niepełnosprawność nie określa tożsamości i nie decyduje o sukcesie człowieka;
 - sprawną i konstruktywną **komunikację** z innymi ludźmi, a także wykształcić w nich szeroko pojęte kompetencje społeczne.
 - należy znosić bariery, np. architektoniczne, urbanistyczne, transportowe, techniczne, komunikacyjne, w dostępie do informacji.

²³ Czechowski, K., Wilmonska-Pietruszyńska, A. (2016). O potrzebie rehabilitacji kompleksowej. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Nr II (19), 35-51

²⁴ Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- powinno się **kształtować w społeczeństwie postawy** sprzyjające integracji osób niepełnosprawnych z osobami sprawnymi, a także przeciwdziałać wszelkim przejawom dyskryminacji, wykluczania, piętnowania osób niepełnosprawnych.
- duże znaczenie w pomocy osobom z niepełnosprawnościami w samorealizacji odgrywają **relacje społeczne**, przede wszystkim rodzina, w szczególności należy pamiętać o negatywnych skutkach nadopiekuńczości.

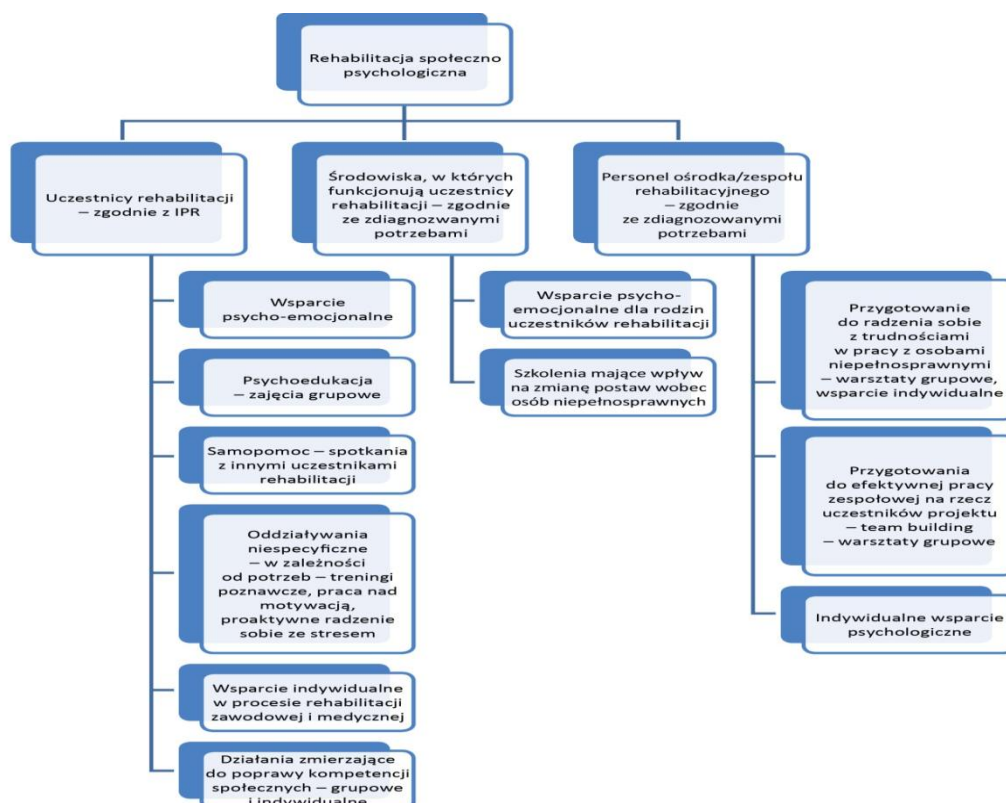
Organizacja procesu rehabilitacji psychologiczno-społecznej (narzędzia i kadra)

6. Realizacja praktyki rehabilitacji społecznej i psychologicznej realizowana będzie poprzez oddziaływania psychologiczne skierowane do:

- uczestników rehabilitacji (indywidualne i grupowe),
- personelu ośrodka/zespołu rehabilitacyjnego,
- środowisk, w których funkcjonują uczestnicy rehabilitacji oraz środowisk mających wpływ na kształtowanie postaw wobec osób niepełnosprawnych.

Psycholog należący do zespołu rehabilitacji kompleksowej będzie podejmował działania o charakterze indywidualnym (pomoc psychologiczna z elementami terapii krótkoterminowej), jak i grupowym (psychoedukacja, treningi relaksacyjne).

Rysunek 8. Proces rehabilitacji psychologiczno-społecznej



Źródło: opracowanie własne

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

7. Propozycje oddziaływań kierowanych do wszystkich uczestników rehabilitacji kompleksowej obejmują następujące spektrum form:

- Diagnostyka i obserwacja ciągła;
- Udzielanie wsparcia psycho-emocjonalnego w zależności od potrzeb (informacyjne, instrumentalne; emocjonalne, wartościujące - istotne w interwencjach dotyczących zmiany stylu życia);
- Poradnictwo psychologiczne (spotkania indywidualne dla uczestników programu i członków rodziny);
- Psychoedukacja (proponowany zakres) - zajęcia o charakterze grupowym:
 - a. dostarczanie wiedzy na temat powiązań psychika-ciało;
 - b. zmiana zachowań zdrowotnych (rozwijanie motywacji, poczucia własnej skuteczności);
 - c. warsztaty z komunikacji interpersonalnej (trening asertywności, rozwijanie kompetencji społecznych, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych, porozumiewanie się w rodzinie);
 - d. trening pozytywnego obrazu siebie;
 - e. radzenie sobie z trudnymi emocjami (trening kontroli złości);
 - f. RTZ - Racjonalna Terapia Zachowania:
 - ergoterapia;
 - arteterapia - w tym arteterapia wizualna, choreoterapia, dramoterapia,
 - muzykoterapia; kulturoterapia;
 - treningi umiejętności poznania społecznego;
 - elementy terapii usprawniania poznawczego;
 - elementy terapii schematów;
 - elementy terapii egzystencjalnej;
 - elementy pracy z obrazem własnego ciała.

- Spotkania z osobami, które już ukończyły proces rehabilitacji lub są już na innym etapie oddziaływań rehabilitacyjnych (doświadczenia osób, które skutecznie poradziły sobie z faktem pojawienia się niepełnosprawności, a także jej psychospołecznymi następstwami).

8. Propozycje oddziaływań niespecyficznych - w zależności od potrzeb konkretnych uczestników obejmują następujące spektrum form:

- Treningi poznawcze- w celu poprawy koncentracji, uwagi, pamięci;
- Praca nad motywacją (jeśli występuje niski poziom motywacji, istnieje konieczność oceny, czy wiąże się on z względnie stałymi właściwościami (np. niska sumienność lub niska ugodowość) czy z właściwościami, które mogą podlegać oddziaływaniom (samoocena, poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, brak wsparcia społecznego);

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- Praca nad rozwijaniem zasobów (poczucie koherencji, nadzieja podstawowa, nadzieja na sukces, samoocena, pozytywna emocjonalność);
- Proaktywne radzenie sobie ze stresem np. treningi relaksacyjne, sprzężenie zwrotne- wspomagające „przestrojenie” organizmu ze stanu pobudzenia (czyli wzmożonego działania układu sympatycznego-wegetatywnego) do stanu odprężenia (wówczas następuje aktywizacja układu parasympatycznego). Techniki relaksacyjne mają służyć do obniżenia napięcia spowodowanego stresem (fakt choroby, ale i stres dnia codziennego).²⁵ ;
- Trening autogenny Schultza;
- Progresywna relaksacja Jacobsona;
- Praca z ciałem - szczególne znaczenie w schorzeniach związanych z deformacją ciała, uszkodzeniem;
- Radzenie sobie z bólem (strategie poznawczo- behawioralne);
- Terapia zaburzeń mowy;
- Psychoterapia krótkoterminowa;
- Praca o charakterze poznawczo-behawioralnym w kontekście syndromu przewlekłego zmęczenia (towarzyszącego chorobom takim, jak: stwardnienie rozsiane, choroby nowotworowe, choroby układu krążenia lub występującego po udarach mózgu lub po traumatycznych uszkodzeniach mózgu).

9. Oddziaływania psychologiczne skierowane do personelu ośrodka/zespołu kompleksowej rehabilitacji

- personel ośrodków/zespół kompleksowej rehabilitacji, wspierający osoby z niepełnosprawnościami we wszystkich aspektach rehabilitacji kompleksowej, może potrzebować przygotowania do: **efektywnej pracy zespołowej na rzecz uczestników projektu** – team building; **radzenia sobie z trudnościami w pracy z osobami niepełnosprawnymi**.

Każdy z członków zespołu powinien uczestniczyć w:

- w warsztatach przygotowujących do: pracy zespołowej; pracy z osobami niepełnosprawnym z różnym rodzajem niepełnosprawności; treningach umiejętności komunikacyjnych i kształtowania relacji uczestnik rehabilitacji -specjalista (np. empatia, mowa ciała, ale także umiejętności zastosowania odpowiednich technik takich, jak np. walidacja, przeformułowanie, buforowanie); treningach radzenia sobie ze stresem czy warsztatach rozwoju osobistego - stanowiących element przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu;
- indywidualnym wsparciu psychologicznym.

²⁵ Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

10. **Oddziaływania psychologiczne skierowane do środowisk, w których funkcjonują beneficjenci ośrodka oraz środowisk mających wpływ na kształtowanie postaw wobec osób niepełnosprawnych** - w ramach oddziaływań o charakterze środowiskowym proponuje się szkolenia dla różnych grup społecznych: nauczycieli zawodu; pracodawców; członków rodzin, dziennikarzy itp.

11. **Wymagania odnośnie kadry zespołu rehabilitacji psychologicznej i społecznej w ORK** - członkami zespołu rehabilitacji kompleksowej powinno być dwóch psychologów zatrudnionych na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Przynajmniej jeden z psychologów powinien mieć kwalifikacje z zakresu technik terapeutycznych w pracy z jednostką i grupą.

Dodatkowo proponuje się umożliwienie specjalistycznych konsultacji z takimi specjalistami, jak:

- psychiatra (farmakoterapia w trakcie oddziaływań rehabilitacyjnych: zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju),
- psycholog ze specjalizacją kliniczną,
- trener rozwoju osobistego,
- terapeuta uzależnień,
- psycholog zajmującym się mediacjami rodzinnymi,
- ergoterapeuta/terapeuta zajęciowy,
- logopeda (neurologopeda),
- asystent osoby z niepełnosprawnością sensoryczną np. tłumacz języka migowego; trener mobilności osób niewidomych.

Oczekiwane efekty rehabilitacji psychologiczno-społecznej

12. Za wskaźniki sukcesu w rehabilitacji psychologicznej/psychicznej można uznać akceptację siebie w nowej sytuacji, aktywną realizację celów rehabilitacji, a także wizję własnych zadań życiowych - osoba niepełnosprawna funkcjonuje jako aktywny podmiot i pełnoprawny członek zespołu rehabilitacyjnego.²⁶
13. Poniżej, w sposób bardziej szczegółowy, prezentujemy wskaźniki, na które - z perspektywy rehabilitacji psychologicznej i społecznej - należy zwrócić uwagę:
- **Poprawa kompetencji społecznych** - celem interwencji psychologicznej w tym obszarze jest spowodowanie, aby uczestnicy rehabilitacji kompleksowej uwierzyli w skuteczność wykorzystania swoich zasobów. Ważne jest, aby zdali sobie sprawę (gdy to ma miejsce) z subiektywnego postrzegania rzeczywistości, nieprawidłowej formy wypowiedzi, nieprawidłowych oczekiwań wobec rozmówców, komunikacji równoległej (walka o wygraną) oraz sprzeczności komunikatów (werbalnych i niewerbalnych). Bardzo ważne jest wzmocnienie ich wiary w skuteczność wypowiedzi oraz dostarczenie kolejnych „narzędzi” służących poprawie komunikacji.

²⁶ Kowalik, S. (2008). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 3* (s. 797-819). Gdańsk: GWP; Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej; Tylka, J. (2012). Rehabilitacja psychiczna. W: Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja medyczna* (s. 50-75). Warszawa: Urban i Partner

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Szczegółowe cele interwencji psychologicznej w tym obszarze to:

- nazywanie własnych potrzeb, emocji i postaw, w tym rozpoznawanie i redukowanie aleksytymii;
 - asertywność – wyrażanie własnych potrzeb, praw, emocji bez naruszania granic i praw innych osób;
 - komunikacja – proces wymiany informacji (potrzeb, praw, emocji) w spójnej formie werbalnej i niewerbalnej, w sposób zrozumiały dla innych;
 - ekspozycja społeczna – przedstawianie siebie w korzystnym świetle, dostosowanie swojego sposobu zachowania, postaw i wizerunku do oczekiwań i preferencji odbiorców²⁷;
 - zwiększenie poczucia własnej wartości.
- **Wzmocnienie poczucia skuteczności własnych działań** - osoby z niepełnosprawnościami w zdecydowanej większości, przypisują swoją niepełnosprawność czynnikom zewnętrznym (los, zbieg okoliczności, działania innych, itd.). Jest to najczęściej zgodne z rzeczywistością. Niezależnie jednak od przyczyny niepełnosprawności, może to osłabiać poczucie własnej sprawczości. Osoby, które oceniają wysoko własną sprawczość, mają większe szanse na osiągnięcie celu, gdyż przedwcześnie nie porzucają podjętych działań, jednakże warto pamiętać, że podjęcie i utrzymanie działania to nie tylko kwestia intencji i kontroli poznawczej, ale także postrzeganych i rzeczywistych czynników sytuacyjnych (bariery, wsparcie społeczne). W tym kontekście jako bardzo ważna jawi się potrzeba pomocy osobie niepełnosprawnej w budowaniu jej własnej niezależności i autonomii. Niezależność zaczyna budować się od uświadomienia sobie potrzeby bycia jednostką autonomiczną i samostanowiącą o sobie, kształtującą swoje życie. Z perspektywy psychologicznej za wyznaczniki autonomii uznaje się m.in. samoakceptację, poczucie własnej wartości, poczucie pewności siebie, zdolność samodzielnego radzenia sobie w trudnych sytuacjach czy korzystania ze wsparcia społecznego.²⁸
 - **Zwiększenie poczucia sensu i jakości własnego życia** - potrzeba sensu życia to obok potrzeby kontaktu emocjonalnego i potrzeby poznawczej - jedna z potrzeb orientacyjnych. Zaspokajanie tych potrzeb stanowi pośredni warunek utrzymania wewnętrznej równowagi człowieka. Według twórcy logoterapii Victora Frankla²⁹, warunkiem zdrowia i wewnętrznego zadowolenia jest dążenie człowieka do jasno sprecyzowanego celu oraz oparte na określonych wartościach, sensowne postępowanie. Brak poczucia sensu życia odczuwany jako pustka egzystencjalna, może prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych. Z kolei Baumeister³⁰ wymienia cztery elementy niezbędne do prawidłowego rozumienia sensu życia: realizację określonych, dalekosiężnych celów, posiadanie wartości wynikających z konkretnego światopoglądu czy otrzymanego wychowania, odczuwanie kontroli nad przebiegiem życia, odczuwanie wartości i ważności swojej osoby. Osoby, które nie

²⁷ Krawczyk-Pasławska, E. (2010). *Niepełnosprawność, bariery i szanse*. Kraków: Fundacja Bariery

²⁸ Dykik W. (2001). Normalizacja życia osób niepełnosprawnych - aktualny problem społeczny okresu transformacji. W: A. Maziarz, Z. Janiszewska-Nieścioruk, H. Ochonczenko (red.), *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym* (s. 13-27). Zielona Góra: Lubuskie Towarzystwo Naukowe

²⁹ Frankl, E. V. (2015). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca

³⁰ Baumeister, R. (1986). *Meanings of life*. New York: Guilford Press

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

odczuwają sensu własnego życia, cechuje lęk przed przyszłością, apatia, poczucie zagubienia i osamotnienia w świecie. Konsekwencją tego jest wycofanie i niepodejmowanie odpowiedzialności za swoje życie. Pojawia się także brak poczucia wspólnoty z innymi, cynizm, rezygnacja z realizacji własnych uzdolnień i negacja wartości własnej osoby, wartości innych i sensu istnienia wartości jako takich³¹. Ważna wówczas może okazać się praca nad hierarchią wartości, formułowaniem celów (bliskich i dalekich), wzmocnieniem wiary we własną skuteczność oraz ważnością siebie i swoich pragnień. To może zaowocować przekonaniem uczestników rehabilitacji, że „warto walczyć o siebie”³².

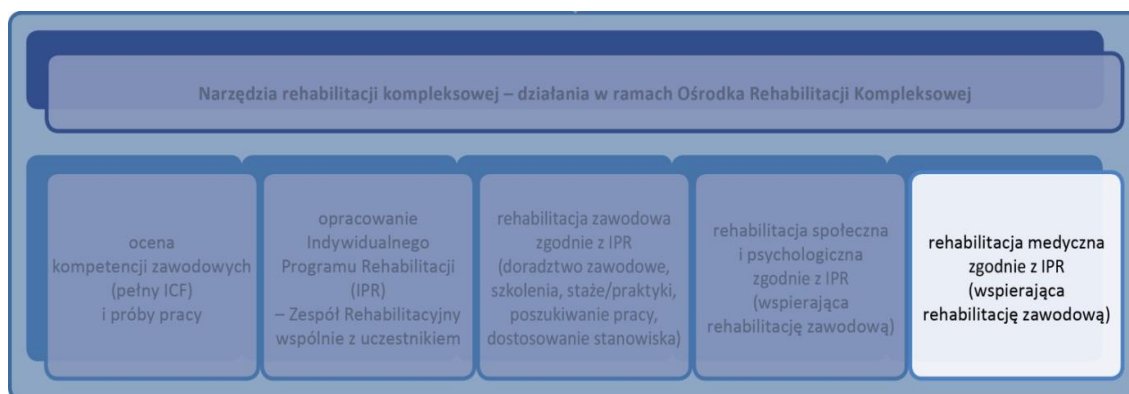
- **Poprawa obrazu własnego ciała** - obraz ciała to bardzo ważna część obrazu siebie. Próby oddzielenia własnego ciała od siebie (np. z powodu braku akceptacji własnego wyglądu) skutkują trudnościami na wielu poziomach (np. ekspresji społecznej czy autoprezentacji). Deprecjonowanie znaczenia wrażeń z ciała może prowadzić do lęku, depresji, trudności interpersonalnych. Z doświadczaniem własnego ciała wiąże się także temat atrakcyjności i poczucia własnej wartości, zatem obniżanie wartości ciała oznacza brak samoakceptacji. Z drugiej strony, warto podkreślić, że nadmierna koncentracja na ciele może doprowadzić do zbyt silnej identyfikacji z tymi częściami własnego ciała, które są niepełnosprawne (więc nieakceptowane). Koncentracja jedynie na negatywnych sygnałach z własnego ciała może obniżać poziom samooceny i pośrednio wpływać na unikanie kontaktów z innymi ludźmi oraz może powodować skupienie uwagi na doznaniach przykrych i bólowych. Temat obrazu własnego ciała jest tematem bardzo trudnym, szczególnie wśród osób niepełnosprawnych. Warto jednak pracować nad oswojeniem i urealnieniem obrazu własnego ciała, a tym samym nad lękami i kompleksami dotyczącymi własnej cielesności w tej grupie osób.³³

³¹ Krawczyk-Pasławska, E. (2010). *Niepełnosprawność, bariery i szanse*. Kraków: Fundacja Bariera

³² tamże

³³ tamże

IV.5. Rehabilitacja medyczna



Cele rehabilitacji medycznej

1. Podstawowym założeniem procesu rehabilitacji medycznej jest przywracanie osobie niepełnosprawnej możliwie optymalnej sprawności w czynnym życiu społecznym i zawodowym.

Celem rehabilitacji medycznej w ramach modelu kompleksowej rehabilitacji jest wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej. O skuteczności rehabilitacji medycznej prowadzonej u danego uczestnika procesu świadczą pozytywne zmiany jego stanu funkcjonalnego, zapobieganie niepełnosprawności wtórnej, powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym i na rynek pracy. W zależności od stopnia nasilenia i utrwalenia zaburzeń funkcjonalnych występujących u uczestnika projektu i jego kompetencji zawodowych, rehabilitacja medyczna będzie mogła być ukierunkowana na powrót do pełnych możliwości funkcjonalnych lub odtworzenie jak największej sprawności lub, jeśli to nie jest niemożliwe, podtrzymanie stanu funkcjonalnego lub wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych i zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych. Indywidualny program rehabilitacji powinien być zrealizowany w optymalnym, jak najkrótszym czasie.

Założenia procesu rehabilitacji medycznej

2. Członkowie zespołu realizującego rehabilitację medyczną będą zaangażowani w proces świadczenia usług dla uczestnika projektu począwszy od przyjęcia do ORK, aż do jego wypisania. Pierwszym będzie udział w opracowaniu Indywidualnego Programu Rehabilitacji. Kolejnym etapem będzie realizacja programu rehabilitacji w składzie i wymiarze czasowym, uzależnionym od potrzeb wynikających z indywidualnych potrzeb każdego z uczestników (określonych w IPR).



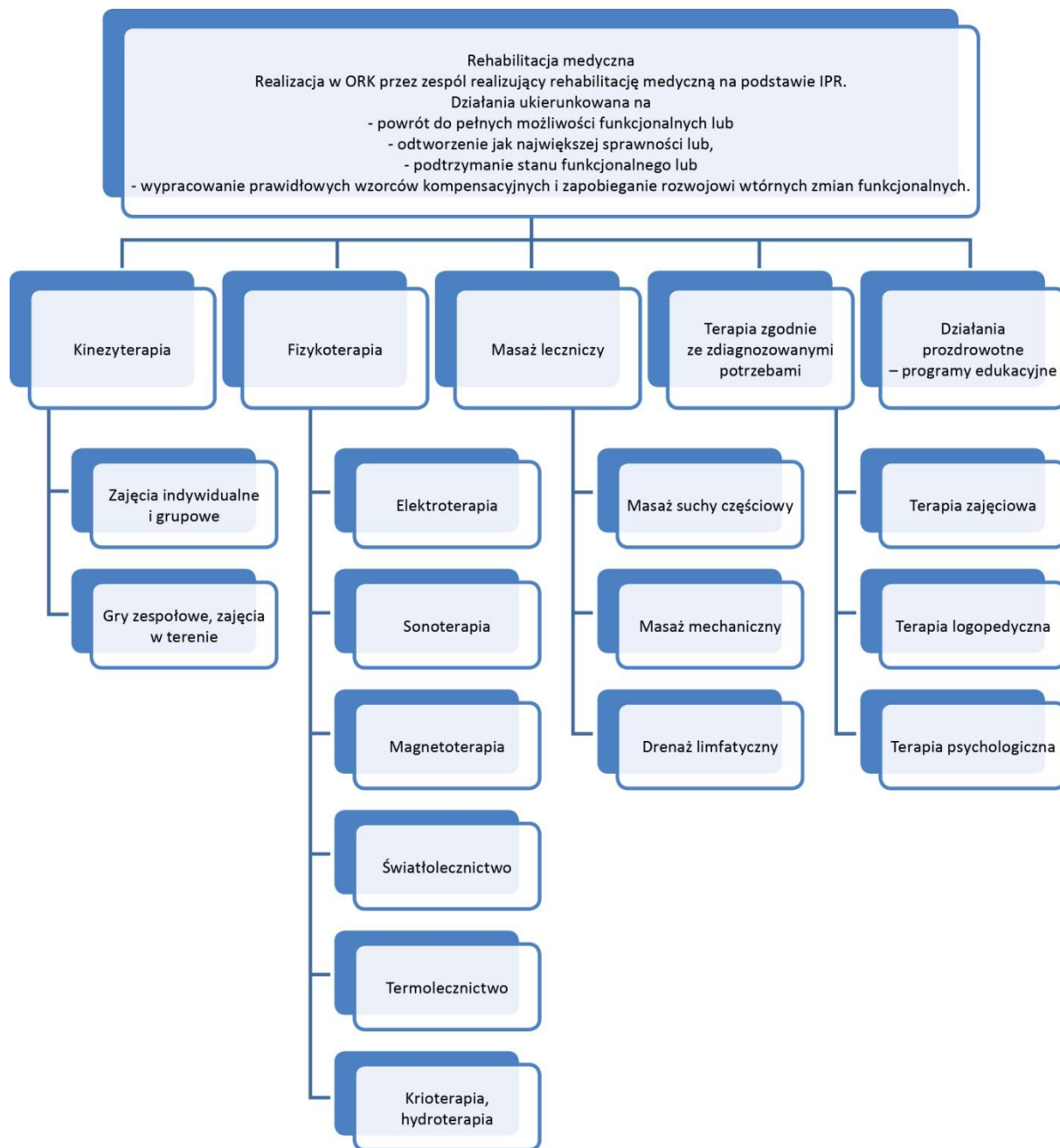
Organizacja procesu rehabilitacji medycznej (narzędzia i kadra)

3. Proces rehabilitacji medycznej będzie zawierał elementy stałe, takie jak sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, skład zespołu rehabilitacyjnego, zadania poszczególnych członków zespołu, narzędzia służące do realizacji celów terapeutycznych, miejsce i kolejność wykonywania poszczególnych czynności, częstotliwość przeprowadzania ocen etapowych (spotkań zespołu). Każdy uczestnik powinien być objęty opieką specjalisty ds. rehabilitacji, optymalnie tej samej osoby podczas realizacji całego programu rehabilitacji. Natomiast elementami zmiennymi, zależnymi od IPR, są: rodzaj i wymiar czasowy prowadzenia różnych form fizjoterapii, terapii zajęciowej, ćwiczeń w wodzie, zabiegów fizykalnych, psychoterapii, terapii logopedycznej.
4. Uczestnicy wymagający stosowania leków z powodu chorób przewlekłych, będą mieli dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy innych specjalności w celu zapewnienia ciągłości farmakoterapii (w ramach POZ).
5. Zakres rehabilitacji medycznej, ukierunkowanej na powrót do dotychczasowej pracy lub zdobycie nowego zawodu, uzależniony jest od możliwości przywrócenia stanu funkcjonalnego sprzed choroby lub urazu skutkujących wystąpieniem niepełnosprawności lub podtrzymania stanu funkcjonalnego lub potrzebą wytworzenia kompensacji utraconych możliwości w przypadku utrwalonych ubytków funkcjonalnych. Liczba zleconych procedur (zabiegów i interwencji), intensywność rehabilitacji leczniczej, długość trwania w ciągu dnia, częstotliwość w tygodniu musi być podyktowana potrzebami określonymi w IPR. Zaleca się, aby jedna sesja terapii indywidualnej trwała 60 minut.



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Rysunek 9. Proces rehabilitacji medycznej



Źródło: opracowanie własne

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

6. Do możliwych form terapii należą: fizjoterapia (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż), fizykoterapia, terapia zajęciowa, psychologiczna, logopedyczna. Każdemu uczestnikowi programu należy zlecić odpowiednią liczbę procedur z zakresu fizjoterapii, szczególnie z zakresu kinezyterapii. Należy mieć na uwadze, że fizykoterapia i masaż pełnią funkcje pomocnicze w stosunku do kinezyterapii.

Tabela. Formy terapii medycznej

Proces	Osoba realizująca	Zakres świadczeń	Czas trwania
Kinezyterapia	fizjoterapeuta (na podstawie zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej).	- indywidualna praca z uczestnikiem programu (ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje), ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne i zespołowe), inne formy usprawniania w ramach kinezyterapii, - ćwiczenia zespołowe, - gry zespołowe, - zajęcia w terenie.	minimum 40 minut w trakcie pojedynczej sesji
Fizykoterapia	fizjoterapeuta (na podstawie zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej).	- elektroterapia: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Trauberta, prądy Kotza, - sonoterapia: ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza, - magnetoterapia: impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej i niskiej częstotliwości, - światłolecznictwo: miejscowe naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym; - laseroterapia – skaner; laseroterapia punktowa, - termolecznictwo: ciepłe okłady żelowe, - krioterapia: krioterapia miejscowa parami ciekłego azotu lub dwutlenku węgla, zimne okłady żelowe, - hydroterapia: kąpiel wirowa kończyn górnych i kończyn dolnych.	Zgodnie z IPR
Masaż leczniczy	masażysta lub fizjoterapeuta (na podstawie zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej).	Masaż suchy – częściowy, masaż mechaniczny, drenaż limfatyczny.	Zgodnie z IPR
Terapia zajęciowa	terapeuta zajęciowy (na podstawie zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej).	Utrwalanie i wykorzystanie zdobytych umiejętności, uzyskanych przez indywidualnie dobraną fizjoterapię, w czynnościach codziennych jak również w nauce zawodu.	Zgodnie z IPR
Terapia logopedyczna	logopeda (na podstawie zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej).	Realizowana przez zespół rehabilitacji psychologicznej i społecznej.	Zgodnie z IPR
Terapia psychologiczna	psycholog (na podstawie zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej).	Realizowana przez zespół rehabilitacji psychologicznej i społecznej.	Zgodnie z IPR

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

7. Połączenie różnych form oddziaływań ma prowadzić do:

- zapobiegania ograniczeniom ruchomości w stawach,
- zapobiegania osłabieniu mięśni i ich zanikom,
- zapobiegania obrzękom,
- przywracania prawidłowej ruchomości w stawach oraz siły i wytrzymałości mięśni,
- poprawy w zakresie sprawności manualnej,
- reedukacji nerwowo-mięśniowej,
- poprawy koordynacji i równowagi,
- korekty zaburzeń postawy,
- poprawy czynności układu krążeniowo-oddechowego,
- pobudzania neuroplastyczności,
- zwiększenia wydolności organizmu i sprawności ogólnej,
- poprawy w zakresie sprawności lokomocyjnej,
- zmniejszenia dolegliwości bólowych,
- poprawy zdolności do komunikowania się,
- adaptacji do niesprawności,
- wypracowanie właściwych wzorców kompensacyjnych.

8. Ponadto powinny być prowadzone przez każdego członka zespołu rehabilitacyjnego **działania edukacyjne**. Program edukacyjny powinien być obligatoryjny dla każdego uczestnika programu i powinien obejmować:

- instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych,
- instruktaż w zakresie ergonomii,
- instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych,
- materiały edukacyjne.

9. **Kadrę ośrodka stanowić będą:**

Lekarze:

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej – (dopuszcza się lekarza w trakcie specjalizacji jeśli w ośrodku zatrudniony jest na pełnym etacie specjalista rehabilitacji medycznej i sprawuje nadzór merytoryczny nad lekarzem w trakcie specjalizacji), równoważnik 2 etatów
- lekarz POZ – zapewnienie dostępności na podstawie ubezpieczenia uczestników w NFZ

Pozostali członkowie zespołu rehabilitacyjnego:

- fizjoterapeuta (magister - równoważnik 7 etatów)
- terapeuta zajęciowy/fizjoterapeuta po przeszkoleniu w zakresie terapii zajęciowej (równoważnik 1 etatu)-
- psycholog/psychoterapeuta (równoważnik 2 etatów)
- logopeda (równoważnik 1/2 etatu)

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- pielęgniarka – zapewnienie dostępu
- oraz
- sekretarka medyczna (równoważnik 1 etatu)
- salowa/opiekun medyczny (równoważnik 1 etatu)

10. Praca poszczególnych członków zespołu rehabilitacyjnego będzie prowadzona przez sześć dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach przed południem i popołudniu; w soboty w jednym cyklu - przed południem.

Oczekiwane efekty rehabilitacji medycznej.

11. Oczekiwany efektem rehabilitacji medycznej u uczestników projektu jest uzyskanie w optymalnym, jak najkrótszym czasie takich zmian stanu funkcjonalnego, które zapobiegą niepełnosprawności wtórnej w środowisku zamieszkania oraz umożliwią powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym i zawodowym. Na te efekty składają się następujące wskaźniki:

- przywrócenie lub zwiększenie możliwości funkcjonalnych uszkodzonych struktur organizmu wg klasyfikacji ICF,
- wytworzenie właściwych mechanizmów kompensacyjnych (kompensacji wewnętrznej – siłami własnymi organizmu lub zewnętrznej – poprzez użycie sprzętu ortopedycznego lub dostosowanie miejsca pracy do możliwości uczestnika programu),
- zwiększenie poziomu sprawności fizycznej, (Pomiary testem Tinetti, testem, Timed Up and Go oraz na podstawie pomiaru siły ścisku globalnego ręki; pomiary dokonane będą minimum 2-krotnie)
- osiągnięcie optymalnego poziomu aktywności fizycznej, (pomiar aktywności fizycznej w oparciu o kwestionariusz aktywności fizycznej, dokonany minimum dwukrotnie, na początku i na końcu programu),
- poprawa jakości życia uczestników programu.

Lider Projektu



Partnerzy Projektu

V. WARUNKI PROWADZENIA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

Wymogi formalno – prawne

1. Realizacja działań w projekcie i zakres prowadzonych rehabilitacji oraz wybór dwóch modeli prowadzonej rehabilitacji kompleksowej determinuje warunki organizacyjno techniczne, jakie muszą spełniać ośrodki. To, że model zakłada działania w obszarze rehabilitacji medycznej warunkuje wymóg, by podmiot prowadzący ORK lub wchodzący w skład konsorcjum prowadzącego ORK był podmiotem leczniczym i działał w określonej przepisami formie - zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160). Prowadzenie rehabilitacji medycznej powoduje również konieczność spełnienia szczegółowych wymogów, jakie musi spełniać tego rodzaju ośrodek, w tym m.in.:

- pomieszczenia i urządzenia w ORK muszą odpowiadać wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739 z późn. zm.), oraz spełniać wymagania w zakresie dostosowania budynków dla potrzeb osób niepełnosprawnych określone w ustawie z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz.U. z 2017 r. poz. 1332, z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1422, z późn. zm.),
- wyroby wykorzystywane podczas rehabilitacji medycznej będą musiały spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 211 z późn. zm.),
- kwalifikacje kadry medycznej spełniające warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. Nr 192, poz. 1286),

Wymogi w zakresie pomieszczeń

2. Realizacja poszczególnych rodzajów rehabilitacji w ORK determinować będzie konieczność posiadania pomieszczeń spełniających m.in. wskazane normy i dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami oraz umożliwiających prowadzenie:

- a) rehabilitacji zawodowej – pomieszczenia do realizacji:
- grupowych i indywidualnych spotkań z doradcą zawodowym i w ramach pośrednictwa pracy – w tym sala do prowadzenia spotkań indywidualnych, sala do prowadzenia spotkań grupowych dla co najmniej 15 os.,
 - pomieszczenia szkoleniowego do realizacji szkoleń i kursów zawodowych, które będą mogły być prowadzone w ośrodku – w tym zajęć teoretycznych i praktycznych, nie wymagających posiadania dedykowanych maszyn i urządzeń (2 sale komputerowa z co najmniej 10 stanowiskami każda) dostosowanego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (m.in. brak barier architektonicznych),

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- pomieszczenia do prowadzenia szkoleń zawodowych muszą być przystosowane do realizacji procesu nauki zawodu również przez osoby z niepełnosprawnościami;
 - b) rehabilitacji psychospołecznej – pomieszczenia do realizacji terapii i zajęć grupowych i indywidualnych;
 - c) rehabilitacji medycznej – pomieszczenia do realizacji:
 - kinezyterapii - zajęcia indywidualne i grupowe;
 - fizykoterapii, elektroterapii, sonoterapii, magnetoterapii, światła i termolecznictwa jak i krioterapii i hydroterapii;
 - masażu leczniczego, mechanicznego;
 - terapii zajęciowej i logopedycznej.
3. Ośrodek będzie musiał posiadać wydzieloną część hotelową, umożliwiającą samodzielne funkcjonowanie, w tym samodzielne przygotowywanie posiłków oraz organizowanie czasu wolnego uczestnikom rehabilitacji. Obiekt pozbawiony barier architektonicznych oraz dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Ośrodek, w tym zaplecze hotelowe, będzie musiało posiadać odpowiednie pomieszczenia spełniające wymogi higieniczno-sanitarne umożliwiające wydawanie posiłków (w tym stosowanie zróżnicowanej diety) i zapewnienia warunków do higienicznego przechowywania żywności uczestników rehabilitacji.

Wymogi w zakresie dokumentacji ORK

4. Podczas przygotowywania modelu zostanie doprecyzowany zakres dokumentacji ORK, zarówno dotyczący realizacji poszczególnych rodzajów rehabilitacji, jak i dotyczącej zbierania odpowiednich danych dotyczących monitoringu i ewaluacji ośrodka i efektów prowadzonej rehabilitacji.

Dokumentacja obejmować będzie m.in.:

- a) Dokumentację dotyczącą kwalifikacji osób do ORK, w tym dokumentację z zakresu diagnozy z wykorzystaniem ICF;
- b) Indywidualny Program Rehabilitacji wraz z dokumentacją jego realizacji;
- c) Dokumentację dotyczącą nadzoru nad realizacją świadczeń realizowanych przez ORK na cele pilotażu,
- d) Obowiązujący regulamin Ośrodka, obejmujący prawa i obowiązki uczestników rehabilitacji,
- e) Dokumentacja związaną z oceną stanu uczestników projektu;
- f) Dokumentację związaną z ogólnym zarządzaniem ORK, w tym zasobami ludzkimi,
- g) Dokumentację związaną z zarządzaniem informacją i ochroną danych osobowych,
- h) Dokumentację medyczną;
- i) Dokumentację dotyczącą monitoringu i ewaluacji pracy ośrodka,

Lider Projektu

Partnerzy Projektu



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- j) Dokumentację dotyczącą efektów prowadzonej rehabilitacji,
- k) Dokumentację finansową,
- l) Dokumentację wynikającą z odrębnych przepisów prawa.

Lider Projektu



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Partnerzy Projektu



VI. MONITORING, EWALUACJA I BADANIE EFEKTYWNOŚCI MODELU

VI.1 System monitoringu

1. „Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” (Ministra Rozwoju i Finansów z 18 maja 2017 r.) określają zasady i zakres monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów, w tym w zakresie definiowania wskaźników rezultatu i produktu dla realizowanych interwencji.

Dla obecnego projektu we wniosku o dofinansowanie projektu przyjęto cztery wskaźniki podstawowe:

- wskaźnik rezultatu: (1) liczba ośrodków, które pilotażowo wdrożyły kompleksową rehabilitację,
- wskaźniki produktu: (1) liczba ośrodków uczestniczących w pilotażu kompleksowej rehabilitacji oraz (2) liczba osób objętych kompleksową rehabilitacją oraz (3) liczba instytucji, w których dokonano przeglądu pod kątem dostosowania się do postanowień Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

Projektowany w ramach obecnego opracowania system monitoringu nie odnosi się jednak do projektu, lecz do projektowanego i testowanego w ramach projektu modelu, wymaga więc odrębnego zdefiniowania.

2. **Monitoring** jest zwykle definiowany jako bieżąca analiza postępu rzeczowego i finansowego w realizacji przedsięwzięcia w odniesieniu do planowanych rezultatów, prowadzona w celu usprawnienia podejmowania decyzji w procesie zarządzania. Monitoring polega na systematycznym zbieraniu, analizowaniu i dostarczaniu informacji, dzięki której można identyfikować i rozwiązywać problemy, jak również oceniać postępy odnośnie tego, co zostało zaplanowane. Monitoring odnosi się do nakładów, produktów i wyników przedsięwzięcia, a nie do długoterminowych rezultatów i oddziaływania projektu. Monitorowanie programu/projektu jest integralną częścią codziennego zarządzania i należy do obowiązków zarządzającego programem czy zadaniem.
3. **Ramy czasowe systemu monitoringu** to okres od rekrutacji uczestników do zakończenia programu rehabilitacji – czyli wypisu z ośrodka i otrzymania przez uczestnika zaleceń po zakończeniu programu.

Zakończenie programu rehabilitacji w każdym zakresie rehabilitacji (medycznej, zawodowej i społecznej/psychologicznej) zostanie osiągnięte w momencie spełnienia określonych celów rehabilitacji. Zakładamy, że cele te zostaną ustanowione przy przyjęciu uczestnika do ośrodka (w okresie około 2-tygodniowego okresu adaptacyjnego) i można wstępnie przyjąć, że:

- w przypadku rehabilitacji medycznej będzie to osiągnięcie założonego poziomu sprawności funkcjonalnej uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF,
- w przypadku rehabilitacji zawodowej będzie to osiągnięcie zakładanego poziomu edukacji zawodowej,
- w przypadku rehabilitacji społecznej i psychologicznej będzie to osiągnięcie zakładanego poziomu integracji społecznej.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

4. Za system monitoringu będą odpowiedzialne następujące podmioty:

- ośrodki rehabilitacyjne prowadzące kompleksową rehabilitację – w zakresie prowadzenia systemu monitoringu oraz raportowania wyników,
- PFRON – jako podmiot finansujący i kontrolujący wykonywanie zadań zleconych ośrodkom – w zakresie oceny zgodności otrzymywanych informacji monitorujących z zasadami i procedurami oraz kontroli realizacji zaleceń (w wypadku odchyień od stanu wykonania wskaźników docelowych).

5. Zakres podmiotowy działań monitoringowych (trzy podstawowe grupy docelowe) to:

- uczestnicy programu rehabilitacji kompleksowej
(ocena będzie odbywała się poprzez ankiety satysfakcji uczestnika programu - co najmniej dwukrotne badanie w całym cyklu rehabilitacji - ocena rodzajów wsparcia, zrozumienie procesu przez uczestnika, poziom satysfakcji, ocena poziomu jakości życia, ocena wyników, wyniki edukacji uczestnika),
- lekarze orzekający o potrzebie na rehabilitacji kompleksowej,
- personel ośrodków rehabilitacyjnych (na różnych poziomach organizacyjnych – kierownictwo, koordynatorzy, lekarze i specjaliści ds. różnych form rehabilitacji).

6. Wskaźniki monitoringu zostaną ustalone z uwzględnieniem następujących podstawowych zasad:

- wskaźniki powinny reprezentować przekrój różnych płaszczyzn rehabilitacyjnych modelu (rehabilitacja medyczna, społeczna i psychologiczna i zawodowa),
- wskaźniki powinny być mierzone na poziomie indywidualnych odbiorców (ale bez pomiaru procedur medycznych) oraz zbiorczo - na poziomie ośrodków,
- wskaźniki na poziomie modelu powinny wykorzystywać dane zagregowane dla wszystkich ośrodków i umożliwiać dokonywanie porównań benchmarkingowych pomiędzy ośrodkami.

Podstawowe wskaźniki systemu monitorowania to:

- liczba uczestników (porównanie liczby wchodzących do programu/wychodzących z wynikiem pozytywnym (z uwzględnieniem sytuacji opuszczenia ośrodka przez uczestnika). Wskaźnik będzie monitorowany w przekroju poszczególnych form wsparcia (dla różnych ośrodków, w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, w podziale na płeć, grupy wiekowe, miejsce zamieszkania [miasto/teren wiejski], itp.),
- czas - np. relacja czasu wynikowego rehabilitacji do założeń sformułowanych w Indywidualnych Programach Rehabilitacji (IPR),
- średni koszt działań rehabilitacyjnych – w rozbiciu na strukturę rodzajów działań/kosztów związanych z poszczególnymi rodzajami rehabilitacji,
- przyczyny chorobowe będące powodem skierowania na rehabilitację kompleksową.
- oraz wskaźniki uzupełniające (przykłady poniżej - do wyboru z szerszego katalogu, który zostanie opracowany w następnym etapie prac):

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- liczba osób w wieku powyżej 50 lat objętych wsparciem w programie,
 - liczba osób usatysfakcjonowanych udziałem w programie,
 - liczba osób, u których stwierdzono wzrost/obniżenie natężenia dolegliwości bólowych na podstawie skali NRS,
 - liczba osób, u których stwierdzono osiągnięcie minimalnego poziomu aktywności fizycznej oraz liczba osób, u których stwierdzono poprawę aktywności fizycznej,
 - liczba osób, u których stwierdzono poprawę sprawności fizycznej (na podstawie testów Tinetti (Tinetti Test/TT; Performance Oriented Mobility Assessment/POMA), Timed Up and Go (TUG), pomiaru siły ścisku globalnego ręki - Hand Grip Strenght/HGS),
 - liczba osób, u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób, które były powodem skierowania na rehabilitację kompleksową,
 - realizacja celów wynikających z Indywidualnego Programu Rehabilitacji,
 - liczba lekarzy orzekających w stosunku do liczby lekarzy, którzy odbyli warsztaty szkoleniowe,
 - wskaźnik „kompletności rehabilitacji” – w odniesieniu do 4 płaszczyzn rehabilitacji.
7. Każdy wskaźnik (po wyborze docelowego katalogu wskaźników) zostanie **szczegółowo zdefiniowany** poprzez metryczkę wskaźnika zawierającą następujące informacje:
- nazwa i opis wskaźnika,
 - algorytm obliczania wskaźnika,
 - źródła i metody zbierania danych do wskaźnika,
 - odpowiedzialność za zbieranie wskaźników i ich komunikacja.
8. Niezwykle istotnym elementem systemu monitorowania jest **dostępność danych**. Zostanie stworzona baza danych do monitorowania. Baza powinna być w możliwie maksymalnym stopniu zasilana danymi z istniejących dokumentów (karta usług dla uczestnika, harmonogram rehabilitacji pokazujący ścieżkę postępów uczestnika z adnotacjami o postępach okresowych). Założenia do zaprojektowania podstawowych funkcjonalności przyszłej bazy zostaną opracowane w dalszym etapie prac.
9. **Dodatkowymi narzędziami systemu monitorowania** będą:
- opinie uczestnika (uzyskiwane np. w formie prostych ankiet papierowych po zakończeniu poszczególnych etapów procesu rehabilitacji),
 - ankiety monitorujące wypełniane przez personel ośrodków,
 - wizyty monitorujące przedstawicieli PFRON – wg ustalonych wcześniej zasad (cele, zakres, stosowane narzędzia/formularze/arkusze oceny).
10. **Częstotliwość** prowadzenia pomiarów będzie dostosowana do cyklu rehabilitacji:
- pomiar początkowy, pomiar w połowie cyklu rehabilitacji – specyficzny dla danej osoby
 - pomiar końcowy - pomiar punktów końcowych przy uwzględnieniu sytuacji opuszczenia ośrodka przez uczestnika w wyniku dyskwalifikacji (naruszenie regulaminu) lub rezygnacji z dalszego pobytu.

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

11. System monitorowania będzie uwzględniać **trzy płaszczyzny**:

- pomiar okresu adaptacji - okresu wstępnego pobytu uczestnika w ośrodku,
- ocenę samego procesu rehabilitacji – w relacji do założeń/planów/celów,
- pomiar sytuacji osób przed i bezpośrednio po rehabilitacji (rozumianej w tym kontekście jako zakończenie pobytu w ośrodku przez daną osobę).

12. Przebieg procesu monitorowania (odpowiedzialność za zbieranie danych, częstotliwość pomiaru, wykaz ról/wykonawców, system raportowania, komunikacja w zakresie wyników monitorowania) zostanie docelowo opisany w formie zasad/procedury.

VI.2 System ewaluacji

13. Ewaluacja to ocena programu/modelu z punktu widzenia przyjętych kryteriów, w celu jego usprawnienia. **Celem badania ewaluacyjnego będzie więc ocena modelu kompleksowej rehabilitacji z zastosowaniem następujących kryteriów:**

- Trafności - rozumianej jako dopasowanie oferowanego wsparcia do potrzeb odbiorców (osób poddawanych kompleksowej rehabilitacji) i personelu bezpośrednio pracującego z odbiorcami,
- Skuteczności - rozumianej jako osiąganie celów modelu, tj. powrotu lub wejścia na rynek pracy osób poddawanych kompleksowej rehabilitacji,
- Efektywności - rozumianej jako racjonalność kosztowa modelu³⁴, tj. ocena relacji między nakładami a efektami,
- Trwałości - rozumianej jako długookresowe trwanie rezultatów projektu, tj. utrzymanie zatrudnienia przez okres 6 i 12 miesięcy od wyjścia z modelu.

14. **Zakres badania** obejmuje następujące wymiary:

- Podmiotowy – badaniem objęte zostaną ośrodki pilotażowe (kierownictwo i personel oraz podmioty współpracujące jako konsorcjanci lub podwykonawcy), uczestnicy (osoby poddawane kompleksowej rehabilitacji) oraz ich rodziny;
- Przedmiotowy – przedmiotem badania jest model kompleksowej rehabilitacji;
- Czasowy – badaniem objęty będzie okres od momentu uruchomienia ośrodków pilotażowych do 24 miesięcy od zakończenia wsparcia przez ostatniego odbiorcę usług przy czym zgodnie z założeniami projektu co roku w okresie trwania projektu będą przeprowadzane ewaluacje śródkresowe (*mid-term*), a dodatkowo w okresie około 24 miesięcy po ostatnim badaniu zostanie dokonana ewaluacja podsumowująca.

15. **Odbiorcy badania** to:

- Partnerzy projektu - PFRON, ZUS, CIOP,
- Kierownictwo projektu,
- Instytucje finansujące projekt.

³⁴ Co wskazuje na bezpośrednie powiązanie badania efektywności z ewaluacją

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

16. **Obszary badawcze (cele szczegółowe badania)** będą następujące:

- Ocena ścieżki wsparcia, w tym trafności doboru poszczególnych usług, czas i intensywność ich trwania, wpływ użytkowników (uczestników i personelu) na indywidualizację wsparcia;
- Wpływ modelu kompleksowej rehabilitacji na sytuację uczestnika programu z uwzględnieniem sytuacji na rynku pracy, sytuacji rodzinnej, jakości życia;
- Ocena relacji koszty – korzyści;
- Trwałość zmian dotyczących sytuacji uczestnika na rynku pracy;
- Replikowalność modelu, w tym ocena modeli współpracy z partnerami i dostępność partnerów do oferowania usług rehabilitacji kompleksowej.

17. Na podstawie powyższych założeń zostanie opracowany wykaz pytań badawczych (nie więcej niż 10 pytań – ze względu na konieczność odniesienia się tylko do kluczowych kryteriów i obszarów badawczych). Poniżej przedstawiono **wstępną listę pytań badawczych**, które zostaną poddane weryfikacji i uzupełnione podczas dalszych prac.

- Jaki jest wpływ uczestnictwa w programie na sytuację uczestników na rynku pracy, sytuację rodzinną czy ogólną jakość życia? Jak kształtują się te procesy wg ośrodków i jednorodnych grup³⁵ uczestników?
- Jaka jest skuteczność modelu, rozumiana jako podjęcie trwałego zatrudnienia przez uczestnika programu bez dofinansowania SODiR w stosunku do innych interwencji/projektów/ programów aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami realizowanych w Polsce, w tym wg różnych ośrodków czy jednorodnych grup uczestników?
- Jaka jest trwałość zatrudnienia osób, które podjęły zatrudnienie w następstwie rehabilitacji w ramach programu w okresie roku i dwóch lat po zakończeniu uczestnictwa w projekcie? Jak kształtuje się trwałość wg ośrodków i jednorodnych grup uczestników?
- Jaka jest efektywność kosztowa modelu (rozumiana jako stosunek kosztów poniesionych na kompleksową rehabilitację do uzyskanych rezultatów) ogółem i w podziale na ośrodki i jednorodne grupy uczestników?
- Jaka jest struktura populacji osób, które odbyły rehabilitację kompleksową w podziale na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, pobierane świadczenia?
- Jaki powinien być kierunek dalszych zmian/działań poprawiających efektywność rehabilitacji kompleksowej – uwzględniając skuteczność modelu rozumianą jako podjęcie trwałego zatrudnienia przez uczestników programu?

18. W ramach ewaluacji zastosowane zostaną typowe **wskaźniki ewaluacyjne**, tj.:

- **Wskaźniki nakładu** - mierzone nakładami finansowymi (np. koszt uzyskania zatrudnienia przez jednego uczestnika);

³⁵ Przez jednorodne grupy uczestników rozumiemy analizowanie sytuacji w różnych przekrojach: wiek, płeć, zamieszkanie, wykształcenie, zawód, rodzaj niepełnosprawności, końcowy wynik ICF (poszczególne cechy i ich kombinacje)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- **Wskaźniki rezultatu**, których rolą jest opis zmiany w obszarze interwencji. W przypadku ewaluacji modelu kluczowym oczekiwanym rezultatem jest zatrudnienie³⁶ po zakończeniu procesu rehabilitacji i jego utrzymanie (przez okres min. 6 i 12 miesięcy). Kluczowymi wskaźnikami rezultatu będą więc:
 - liczba osób, które uzyskały zatrudnienie w okresie do 3 miesięcy od zakończeniu rehabilitacji w stosunku do wszystkich osób, które zakończyły rehabilitację,
 - liczba osób, które utrzymały zatrudnienie przez min. 6 miesięcy (a) w stosunku do wszystkich osób, które zakończyły rehabilitację oraz (b) w stosunku do osób, które uzyskały zatrudnienie,
 - liczba osób, które utrzymały zatrudnienie przez min. 12 miesięcy (a) w stosunku do wszystkich osób, które zakończyły rehabilitację oraz (b) w stosunku do osób, które uzyskały zatrudnienie.

Powyższe wskaźniki będą analizowane w różnych przekrojach – analogiczne jak w opisie dla systemu monitorowania.

19. Metodologia badania - w badaniach wykorzystane zostaną **metody**:

- **jakościowe** - analiza danych zastanych, indywidualne wywiady pogłębione, zogniskowane wywiady grupowe, studia przypadku
- **ilościowe** (CATI).

Poniżej wskazujemy syntetycznie zastosowanie każdej z wymienionych metod.

20. **Analiza danych zastanych** - będą to trzy rodzaje danych:

- dokumenty opisujące założenia modelu, stanowiące punkt odniesienia do oceny jego funkcjonowania,
- dane z systemu monitoringu, zbierane zgodnie z założeniami przedstawionymi powyżej w punkcie dotyczącym monitorowania³⁷,
- dane z ZUS, KRUS i PFRON, służące do weryfikacji skuteczności i efektywności modelu kompleksowej rehabilitacji (dane dotyczące zatrudnienia i osiąganego wynagrodzenia oraz dane o korzystaniu z SODiR lub innego wsparcia PFRON w ramach tego zatrudnienia).

Według wniosku o dofinansowanie projektu model będzie służył wsparciu osób korzystających z systemu zabezpieczenia społecznego PFRON, ZUS, KRUS, MON, MSWiA, a także osób nie posiadających prawa do świadczeń. Wydaje się, że większość populacji stanowiły będą osoby korzystające z ZUS i KRUS, co oznacza konieczność poddania analizie możliwości uzyskania odpowiednich danych co najmniej z obu instytucji. Możliwość uzyskania danych o wynagrodzeniach powinna być przedmiotem dalszej analizy.

³⁶ rozumiane jako zatrudnienie na otwartym rynku pracy, w tym bez korzystania z SODiR

³⁷ To sprawia, że system monitoringu nie może być tworzony w oderwaniu od założeń ewaluacji (tj. w przyszłości jakkolwiek zmiana w założeniach systemu monitoringu wymaga oceny wpływu na możliwość zrealizowania ewaluacji i odwrotnie – jakkolwiek zmiana w założeniach ewaluacji wymaga weryfikacji – czy system monitoringu dostarczy niezbędnych danych)

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

Dodatkowo w celu interpretacji uzyskanych wskaźników celowe będzie użycie danych GUS (Bank Danych Lokalnych) i MRPIPS (statystyka rynku pracy), charakteryzujących rynek pracy w obszarze działania ośrodków pilotażowych.

21. **IDI** - w ramach indywidualnego wywiadu pogłębionego moderator prowadzi rozmowę, w której dopytuje respondenta o pewne szczegóły istotne w badaniu, posługując się ustalonym wcześniej scenariuszem.

Badaniem tą metodą objęci zostaną uczestnicy programu, personel ośrodków, lekarze orzekający, kierownictwo ośrodków, partnerzy ośrodków.

22. **FGI** - w wywiadzie grupowym bierze udział od 6 do 8 osób, przy czym optymalnie powinna być to grupa jednorodna z punktu widzenia zdefiniowanych wcześniej cech. Wywiad prowadzony jest przez moderatora. Wywiady grupowe to metoda oparta na dialogu. Ich zaletą jest możliwość wykorzystania procesów grupowych uruchamianych w trakcie spotkania i wywołanie szeregu efektów:

- efektu spontaniczności – nasze opinie kształtują się w kontakcie z innymi ludźmi, a nie w odosobnieniu, stąd sytuacja grupowa jest bardziej naturalna dla wyrażania opinii i sprzyja naturalności wypowiedzi,
- efektu synergii – wspólny wysiłek grupy prowadzi do ujawnienia się dodatkowego potencjału jednostek, a co za tym idzie do powstania szerszej gamy opinii i pomysłów niż podczas rozmowy z pojedynczymi osobami,
- efektu kuli śnieżnej – wypowiedzi jednych uczestników grupy wywołują odpowiedzi kolejnych osób, co zwiększa ilość otrzymywanych informacji,
- efektu stymulacji – grupa zwiększa motywację do wykonania zadania, powoduje więc też większą skłonność do dyskusji.

Proponujemy przeprowadzenie w każdym z ośrodków cyklu wywiadów grupowych z personelem i dodatkowo jednego zbiorczego wywiadu z udziałem przedstawicieli czterech ośrodków (w każdym cyklu badania).

23. **Studium przypadku** - metoda studium przypadku pozwala na dokładne i precyzyjne zilustrowanie działania interwencji w praktyce. Metoda nie została przewidziana we wniosku o dofinansowanie projektu, proponujemy jednak jej uwzględnienie ze względu na dużą użyteczność, w szczególności dla przyszłego upowszechniania modelu.

Proponujemy w ramach każdego cyklu identyfikację i opisanie od 3 do 5 „przypadków” (osób), przez co rozumiemy historie uczestników kompleksowej rehabilitacji. Jako metoda, studium przypadku powinno obejmować analizę dokumentów i wywiady z uczestnikiem oraz jego rodziną, zakończone mini raportem. Najczęściej w ramach studium przypadku przedstawia się tzw. dobre praktyki, czasem jednak też są to tzw. złe praktyki.

24. **CATI** - we wniosku o dofinansowanie projektu przewidziano zastosowanie badania CATI, czyli wywiadów kwestionariuszowych telefonicznych wspomaganych komputerowo, podczas których ankieter przez telefon zadaje pytania ankietowanemu i wpisuje jego odpowiedzi do komputera. Ze względu na wygodę badanych i koszty realizacji badania i jednocześnie – biorąc pod uwagę szerokie upowszechnienie korzystania z komputerów, proponujemy rozważenie możliwości wykorzystania

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

również techniki CAWI, czyli ankiety internetowej, przeprowadzanej za pomocą sieci internetowej, wypełnianej bezpośrednio przez respondenta. Doświadczenie pokazuje, że zastosowanie tzw. *mix-mode design* (czyli w tym przypadku połączenie technik CAWI i CATI w taki sposób, że w pierwszej kolejności rozsyłana jest ankieta CAWI, a dopiero do osób, które mimo monitu jej nie wypełnią telefonuje ankietier z propozycją przeprowadzenia ankiety przez telefon) daje znakomite efekty jeśli chodzi o wielkość zwrotu wypełnionych ankiet (*response rate*). Wypełnienie ankiety CAWI jest dla respondenta znacznie bardziej komfortowe dzięki możliwości swobodnego definiowania momentu jej wypełniania (w tym robienia przerw) oraz czasu do namysłu i refleksji.

Ankiety skierowane będą do uczestników programu i ich rodzin. Proponujemy przyjęcie założenia o skierowaniu ankiety do wszystkich uczestników (200 osób w każdym cyklu badania głównego i dodatkowo 200 z pierwszego cyklu w ramach drugiego cyklu w ramach badania trwałości – i analogicznie w kolejnych) i drugiego założenia – o konieczności uzyskania min. 75% efektywnie wypełnionych kwestionariuszy.

Ważnym czynnikiem sprzyjającym udziałowi w badaniach będzie zawarcie w umowach z uczestnikami warunku dotyczącego obowiązku udziału w badaniach (warunek powszechny w projektach EFS), ale także zobowiązania do informowania o podjęciu i zmianach zatrudnienia przez okres 24 miesięcy od zakończeniu udziału w projekcie.

25. Wyniki każdego badania przedstawione zostaną w **raportach**. Ważnym elementem raportu będzie tzw. **streszczenie wykonawcze** sporządzone tak, by mogło funkcjonować jako samodzielny dokument, syntetycznie prezentujący wyniki badania.

Ważnym elementem każdego raportu będą **rekomendacje**, sporządzone wg następującego schematu:

Wniosek z badania	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia

Dodatkowym produktem badania będą prezentacje Power Point, przygotowane na użytek przedstawiania wyników różnym gremiom odbiorców.

26. W celu **wyłonienia wykonawcy badania konieczne jest określenie:**

- kryteriów formalnych, które weryfikują doświadczenie wykonawcy i jego zespołu w realizacji podobnych usług w podobnym obszarze (nie spełnienie tych kryteriów powoduje odrzucenie oferty),
- kryteriów jakościowych (merytorycznych), które dotyczą oceny jakości przyjętej koncepcji badawczej, metodologii badania i sposobu organizacji badania. W ramach tego kryterium najczęściej przedmiotem szczegółowej oceny jest adekwatność i innowacyjność podejścia badawczego do postawionego celu badania i pytań badawczych (w tym ew. zaproponowanie dodatkowych pytań badawczych). Oceniana jest również jakość zaproponowanych przez

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

wykonawcę metod i technik badawczych, wielkość prób badawczych czy sposoby radzenia sobie z ryzykiem mogącym wystąpić w trakcie realizacji badania,

- wagi kryterium ceny vs kryterium jakościowego (przy czym kryterium ceny nie powinno przekraczać 40%, a dobre efekty jakościowe w zakresie produktów badania daje określenie go na poziomie 30%).

VI.3 System badania efektywności modelu

27. Badanie efektywności modelu dotyczyć będzie następujących kwestii:

- **Analiza w ujęciu koszty - korzyści** - w tym ujęciu odniesiemy poniesione koszty związane z kompleksową rehabilitacją uczestników – zarówno w ujęciu ogólnym, jak na pojedynczego uczestnika, do efektów/korzyści, których podstawowym przejawem będzie aktywizacja zawodowa osób biorących udział w procesie rehabilitacji. Podstawową trudnością tego podejścia jest brak precyzyjnego punktu odniesienia przy ocenie tak zaproponowanej efektywności kosztowej. Innymi słowy, nie jest możliwe precyzyjne określenie, czy koszt kompleksowej rehabilitacji jest wysoki czy niski na tle analogicznych interwencji. Pierwszym powodem takiej sytuacji jest brak w Polsce wcześniejszych analogicznych projektów, które zakładały pełną i kompleksową rehabilitację, a więc brak punktu odniesienia. Przykłady zagraniczne mogą służyć jedynie jako ilustracja działania innych modeli o zbliżonym charakterze, jednak pełna analiza porównawcza w ujęciu nakłady – koszty nie jest możliwa ze względu na różny poziom kosztów, ich wycenę czy inny sposób rozliczania. Sytuację w tym względzie utrudnia także fakt, że różne elementy projektowanego obecnie modelu rehabilitacji były prowadzone dotychczas w różnym zakresie, co powoduje, że ocena kosztów części z nich jest stosunkowo ułatwiona – np. rehabilitacji leczniczej, natomiast w przypadku np. rehabilitacji społecznej – jej zakres oraz wycena świadczeń były różnie interpretowane i wyceniane.

Podsumowując, w ramach analizy koszty - korzyści przedstawione zostaną stosowne wyliczenia, które nie będą jednak podstawą porównań zewnętrznych, tj. z innymi modelami. Możliwe będą natomiast porównania o charakterze wewnętrznym, tj. pomiędzy ośrodkami, jednorodnymi grupami uczestników programu, itp.

- **Analiza skuteczności** - w tym ujęciu analiza dotyczyć będzie efektywności zatrudnieniowej, a więc skuteczności rozumianej jako podjęcie trwałego zatrudnienia przez uczestników programu. W tym przypadku możliwe będą analizy porównawcze o charakterze zewnętrznym i wewnętrznym. W ramach porównań zewnętrznych zestawiona będzie efektywność zatrudnieniowa w ramach modelu do innych projektów, programów, interwencji skierowanych na aktywizację osób niepełnosprawnych. W ramach porównań wewnętrznych dokonamy porównań efektywności zatrudnieniowej w ramach działania ośrodków/jednorodnych grup uczestników, itp.
- **Analiza historii zatrudnienia uczestników modelu** - na podstawie danych PFRON oraz ZUS i KRUS (o ile zostanie potwierdzona ich dostępność) możliwa będzie analiza historii zatrudnienia oraz pobierania różnego typu świadczeń z ZUS, KRUS i PFRON przez uczestników programu. Możliwa zatem będzie analiza porównawcza kosztów ponoszonych

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

przez państwo w ramach świadczeń na rzecz uczestników przez rozpoczęciem udziału w rehabilitacji i po jej zakończeniu, uwzględniając wpływy związane z zatrudnieniem. Analiza dotyczyć będzie zarówno poziomu indywidualnego, jak i całego systemu.

28. Ze względu na liczbę i różnorodność czynników wpływających na analizę efektywności modelu, badania należy dokonywać z szerokim **uwzględnieniem kontekstu społecznego, demograficznego i ekonomicznego wdrażanego modelu**.

Efektywność zatrudnieniową, która jest kluczowym pojęciem w analizie efektywności modelu należy rozumieć jako podjęcie i utrzymanie pracy przez uczestnika programu na otwartym rynku – tj. bez dofinansowania SODiR. Jest to fundamentalne założenie, które definiować będzie działania z zakresu aktywizacji zawodowej wraz z ich ewaluacją.

Analiza efektywności modelu jest elementem całościowej ewaluacji i w tym kontekście powinna być analizowana i interpretowana. Pozostałe elementy systemu ewaluacji oraz system monitoringu dostarczają danych, które powinny być interpretowane w kontekście całościowej oceny funkcjonowania modelu.

29. **Podstawowe wskaźniki efektywności:**to:

- Koszt ponownego zatrudnienia – wskaźnik ten liczony będzie jako iloraz sumy kosztów związanych z kompleksową rehabilitacją ponoszonych w modelu na wszystkich uczestników do liczby osób, które znalazły trwałe zatrudnienie (bez dofinansowania SODiR). Pomiar trwałości zatrudnienia w ramach modelu realizowany będzie w odstępie 1 roku (dla uczestników z pierwszego i drugiego roku wdrażania modelu) i dwóch lat od zakończenia działań rehabilitacyjnych (dla uczestników z roku pierwszego). Wskaźnik ten tworzony będzie na różnych poziomach agregacji, np. dla jednorodnych grup uczestników, dla ośrodków, itp.
- Porównanie poziomu kosztów - np. nakłady na działania rehabilitacyjne w stosunku do kosztów funkcjonowania modelu (koszty ogólne) – np. wg podziału na grupy uczestników kompleksowej rehabilitacji.

SIWZ dla ośrodków powinien zawierać wymaganie minimalnych standardów i określenia struktury poszczególnych rodzajów kosztów, a umowa na prowadzenie ośrodka pilotażowego powinna zawierać zobowiązanie do monitorowania poszczególnych typów kosztów (np. koszty osobowe, użytkowanie sprzętu, wyżywienie itp.).

- Skuteczność modelu – % osób po rehabilitacji, które podjęły pracę (bez dofinansowania z SODiR). Wskaźnik ten tworzony będzie na różnych poziomach agregacji, np. dla jednorodnych grup uczestników kompleksowej rehabilitacji, dla ośrodków, itp.
- i ewentualnie inne wskaźniki ustalone w dalszym toku prac.

30. **Źródła danych:**

- bazy danych tworzone w oparciu o system monitoringu i ewaluacji oraz w ramach działań podejmowanych w projekcie (np. pomiar uczestników wg ICF, badania ankietowe CATI uczestników),

Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy

- historia zatrudniania i pobierania świadczeń z ZUS, KRUS i PFRON (po dokonaniu weryfikacji ich dostępności),
 - IDI, FGI, studia przypadku w ramach analiz kontekstowych.
31. Zgodnie z założeniami, **ocena efektywności modelu prowadzona będzie na kilku przenikających się poziomach:**
- całość modelu - głównie w odniesieniu do porównań poziomu kosztów, czy analiz historii zatrudnienia uczestników modelu;
 - jednorodne grupy uczestników projektu- w tym przypadku chodzi o analizę kosztów ponownego zatrudnienia i analizę skuteczności. Analizy prowadzone będą w ujęciu grup wiekowych uczestników modelu, stopnia niepełnosprawności, wykształcenia, a także wcześniejszej historii zatrudniania. W razie potrzeby tworzona będzie struktura uczestników wg dodatkowych cech, które posłużą jako przekrój analiz efektywności;
 - ośrodki rehabilitacji – w tym przypadku analizy uwzględniać będą kontekst funkcjonowania poszczególnych ośrodków, biorąc pod uwagę zasoby instytucjonalne, zakres usług, poziom kompetencji pracowników, czy sprawność instytucjonalną. Ma to szczególne znaczenie w kontekście włączenia modelu do przyszłych zasad polityki publicznej w skali całego kraju.
32. **Interesariusze systemu oceny efektywności modelu** to przede wszystkim przedstawiciele instytucji zaangażowanych we wdrażanie modelu oraz instytucje zainteresowane ocenami efektywności modelu. Są to zatem:
- ośrodki rehabilitacji – zainteresowane oceną własnej efektywności na tle innych ośrodków,
 - PFRON – jako instytucja wspierająca osoby z niepełnosprawnościami i w największej mierze odpowiedzialna za realizację projektu dotyczącego wypracowania i wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji,
 - ZUS i CIOP – jako partnerzy projektu, zainteresowani ostatecznymi wynikami dotyczącymi zatrudniania osób z niepełnosprawnościami (ZUS) oraz tworzeniem odpowiednich warunków, w których osoby z niepełnosprawnościami mogą podjąć zatrudnienie zgodne ze swoimi możliwościami (CIOP).
33. Ocena efektywności modelu **dostarczy informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o upowszechnieniu modelu i jego włączeniu do polityki publicznej.** Głównym odbiorcą tych analiz będą zatem decydenci różnych szczebli.