

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

MODEL REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

Wersja wstępna



Lider Projektu

Partnerzy Projektu

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

MODEL REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

Wersja wstępna

Lider Projektu

Partnerzy Projektu

Niniejsze opracowanie stanowi wstępną wersję Modelu Rehabilitacji Kompleksowej¹ – nowego rozwiązania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego, mającego na celu ułatwienie podjęcia lub powrotu 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***².

Ostateczna wersja Modelu powstanie po przeprowadzeniu pilotażu wypracowanego rozwiązania.

¹ Prezentowana wersja Modelu stanowi wersję modelu z listopada 2019 roku.

² Realizowanego przez PFRON w partnerstwie z ZUS i CIOP

ISBN 978-83-942149-2-0

Łamanie i druk:
Oficyna Drukarska Jacek Chmielewski
ul. Sokołowska 12a, 01-142 Warszawa
info@oficyna-drukarska.pl, www.oficyna-drukarska.pl

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I. PRZESŁANKI I ZAŁOŻENIA	9
I. WPROWADZENIE – POTRZEBA ZMIAN W SYSTEMIE REHABILITACJI	11
II. ZAŁOŻENIA PILOTAŻOWEGO MODELU KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI	19
III. UCZESTNICY REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ – PROCES KWALIFIKOWANIA. ...	26
IV. ANALIZA INTERESARIUSZY.....	38
CZĘŚĆ II. PLAN FUNKCJONOWANIA OŚRODKA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ...	59
V. PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI W OŚRODKU	61
V.1. Ocena kompetencji zawodowych.....	63
V.2. Indywidualny Program Rehabilitacji	73
V.3. Moduł zawodowy	87
V.4. Moduł psychospołeczny.....	101
V.5. Moduł medyczny.....	108
VI. WARUNKI PROWADZENIA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ.....	118
VI.1. Zasady rekrutacji ośrodków pilotażowych	118
VI.2. Wymogi formalno-prawne dotyczące prowadzenia rehabilitacji kompleksowej w ORK	121
VI.3. Podstawowe zasady realizacji usług w ORK	123
VI.5. Wymogi w zakresie wyposażenia ORK i pomieszczeń	129
VI.6. Wymogi w zakresie kadry ośrodków.....	135
VI.7. Sposób finansowania ORK	140
VI.8. System monitoringu.....	140
CZĘŚĆ III. REKOMENDACJE	147
VII. SYSTEM EWALUACJI I OCENY EFEKTYWNOŚCI	149
VII.1. Ewaluacja.....	149
VII.2. System badania efektywności modelu	154
VIII. FINANSOWANIE ORK PO ZAKOŃCZONYM PILOTAŻU	
– wstępne rekomendacje	157

CZĘŚĆ IV. WYBRANE ZAŁĄCZNIKI.....	161
IX.1. Ocena kompetencji zawodowych	163
IX.2. Indywidualny Program Rehabilitacji.....	192
IX.3. Formularz cenowy.....	212
Wykaz skrótów	217
Spis rysunków.....	218
Spis tabel	219

Skład zespołu opracowującego model

„Mapa drogowa” Modelu rehabilitacji kompleksowej (wersja wstępna) została opracowana przez zespoły eksperckie w składzie:

Joanna Długokęcka – Kierownik projektu

Ewa Płodzień-Pałasz – Zastępca kierownika projektu

Prof. dr hab. n.med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – Koordynator merytoryczny ds. opracowania modelu rehabilitacji kompleksowej

I. Kwalifikacja uczestników do kompleksowej rehabilitacji

1. dr n. med. Grażyna Hart – Lider zespołu
2. Joanna Królak
3. Ewa Nurzyńska
4. dr n. med. Jolanta Ziółkowska
5. dr n. med. Anna Zwolan

II. Ocena kompetencji zawodowych i ocena efektów rehabilitacji

1. dr hab. n. med. Joanna Bugajska – Lider zespołu
2. dr inż. Joanna Kamińska
3. dr Anna Łuczak
4. Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Łukowicz
5. Andrzej Najmiec
6. dr Karol Pawlak
7. dr Tomasz Tokarski
8. dr Dorota Żołnierczyk-Zreda

III. Moduł medyczny

1. Prof. dr hab. n. med Krystyna Księżopolska-Orłowska – Lider zespołu
2. dr n. med. Krzysztof Czernicki
3. dr hab. n. med. Jacek Durmała
4. Elżbieta Szupień
5. dr n. med. Krzysztof Wasiak

IV. Moduł psychospołeczny

1. dr hab. profesor KUL Wojciech Otrębski – Lider zespołu
2. dr Katarzyna Mariańczyk
3. dr Izabela Nyka
4. dr Paulina Rosińska
5. dr Małgorzata Starzomska

V. Moduł zawodowy

1. Łukasz Żmuda – Lider zespołu
2. dr n. ekon. Andrzej Barczyński
3. dr inż. Grażyna Dębicka-Ozorkiewicz
4. Dorota Igielska
5. Piotr Pawłowski
6. Krzysztof Rowiński

VI. Warunki prowadzenia rehabilitacji kompleksowej

1. Jolanta Poniedziałek – Lider zespołu
2. dr n. med. Lidia Darda-Ledzion
3. dr hab. n. med. Jacek Durmała
4. dr inż. Łukasz Dymek
5. Prof. dr hab. n. med. Krystyna Księżopolska-Orłowska
6. Maciej Miłkowski
7. Katarzyna Orlińska
8. dr Paulina Roicka-Gruca
9. Anna Sójka

VII. Monitoring, ewaluacja i badanie efektywności modelu

1. Bohdan Turowski – Lider zespołu
2. dr n. med. Krzysztof Czernicki
3. dr hab. n. med. Jacek Durmała
4. dr Izabela Grabowska
5. dr n. o zdrowiu Małgorzata Lipowska
6. Irena Wolińska

CZĘŚĆ I.

PRZESŁANKI I ZAŁOŻENIA

I. WPROWADZENIE – POTRZEBA ZMIAN W SYSTEMIE REHABILITACJI

1. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za IV kwartał 2018 r. spośród **1 592 tys. osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym aż 71,9% osób było biernych zawodowo**³, 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**.
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 życia** dzięki posiadaniu dochodów i aktywnemu 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 wykorzystania zasobów ludzkich – zaangażowanie osób niepełnosprawnych w gospodarce nie tylko poprawia ich sytuację finansową, ale też przyczynia się do wzrostu PKB.
3. Tylko w 2018 roku ZUS wypłacił:
 - blisko **780 000 rent z tytułu niezdolności do pracy**: 194 000 rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (stałych i okresowych), 486 000 rent z tytułu częściowej niezdolności do pracy (stałych i okresowych) w tym 168 300 rent z tytułu niezdolności do pracy wypadkowych. **Wydatki z tego tytułu wyniosły 16,5 miliarda zł** przy średniej wysokości rent z tytułu całkowitej i częściowej niezdolności do pracy 1 762 zł i renty z tytułu niezdolności do pracy wypadkowej – 3 028 zł,
 - **280 500 rent socjalnych** na ogólną kwotę **3,2 miliarda zł**, przy średniej wysokości świadczenia 945 zł⁴,

³ Dane BAEL GUS – I kw. 2018

⁴ Dane łącznie ze świadczeniami wypłacanymi przez komórki RUM, MON, MSWiA oraz KRUS

- **86 000 świadczeń rehabilitacyjnych** na ogólną kwotę **1,7 miliarda zł** (w średniej wysokości 1 674 zł w przypadku świadczeń z ubezpieczenia chorobowego i 2 012 zł w przypadku świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego).
4. Dodatkowo KRUS wypłacił:
- **199 700 rent** z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – łącznie 2,6 miliarda zł (przy średniej wysokości 1 098 zł), w tym **13 123 rent** z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym spowodowanej wypadkiem lub chorobą zawodową.
5. Ponadto biura emerytalno-rentowe MON i MSWiA wypłaciły około **0,97 miliarda zł na renty inwalidzkie 27 100 osobom** (MON 12,8 tys., MSWiA – 12,1 tys., MS – 2,2 tys.).
6. **Oznacza to wykluczenie (okresowe, długotrwałe) z rynku pracy ponad ok. 1 400 000 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.
7. **Każdego roku w wyniku wypadków przy pracy ponad 85 tys. pracowników doznaje urazów ciała powodujących czasową lub długotrwałą niezdolność do pracy, w tym do pracy w dotychczasowym zawodzie, ale rokujących odzyskanie zdolności do pracy w tym samym lub nowym zawodzie (po przekwalifikowaniu)⁵.** 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 (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 2014⁶. 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 1 000 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 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.

⁶ Raport roczny ZUS 2016 r., ZUS 2017.

8. 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 oświatowe⁷. **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 wskutek braku ciągłości wsparcia – **istniejące rozwiązania nie zapewniają stabilności wsparcia w perspektywie długookresowej.**

9. Rehabilitacja jest realizowana przez kilka rodzajów instytucji publicznych w oparciu o odrębne przepisy prawa, a uprawnienie do korzystania z określonych świadczeń zależy 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 i pobierają rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, ale rokuje 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;
- **Rehabilitację społeczną i zawodową** finansuje głównie **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)**.

10. **Funkcjonujące w Polsce ramy prawne w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy oceniane są przez ekspertów jako „ograniczone”⁸.** Raport sporządzony przez Eu-

⁷ Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, MSK na zlecenie PFRON, maj 2017 r.

⁸ 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

ropejską 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.

11. **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 2018 roku tylko w obszarze działań ZUS (osób objętych ubezpieczeniem ZUS) wydatki na świadczenia pieniężne związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie **36,8 mld zł**⁹, wykazując tendencję rosnącą w stosunku do lat poprzednich. Blisko 37,2% tej kwoty to wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy ogółem, z czego ponad 10,8% dotyczy niezdolności spowodowanej wypadkami przy pracy, 7,5% to renty socjalne, nieco ponad 4,7% to świadczenia rehabilitacyjne, zaledwie 0,5% – wydatki na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, zaś pozostała kwota to wydatki z tytułu absencji chorobowej.
12. **Wydatki na usługi rehabilitacyjne stanowią ok. 3,5% wszystkich wydatków na zdrowie, z czego:**
 - koszty zrealizowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji w ramach NFZ w 2018 roku to 2,46 miliarda zł dla 3 361,1 tys. osób (dotyczy rehabilitacji ambulatoryjnej, domowej, dziennej i stacjonarnej),
 - koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2018 r. wynosiły 190,3 miliona zł (rocznie rehabilitacji przez ZUS poddawanych jest ponad 90 tys. osób),
 - koszty rehabilitacji leczniczej w ramach KRUS wyniosły w 2018 roku 29,8 miliona zł – działaniami objęto 14,6 tys. osób,
 - wydatki PFRON w 2018 r. na rehabilitację zawodową i społeczną wyniosły ponad 5,1 miliarda zł, z tego ponad 3,3 miliarda zł przeznaczone było na dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.
13. Rozwiązania w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ są **niewystarczające dla zaspokojenia wszystkich potrzeb** – przepisy ściśle określają rodzaj świadczeń gwarantowanych, a także ich limity jakościowe, ilościowe i czasowe.

⁹ Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego IV kwartał/Okres I - XII 2017 r. ZUS, Warszawa 2018; podana kwota obejmuje wydatki ZUS, budżetu państwa oraz pracodawców; te ostatnie dotyczą absencji chorobowej

Niewystarczające są także środki finansowe. **W efekcie pacjenci oczekują w długich kolejkach na rozpoczęcie rehabilitacji.**

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 wczesniej 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.

14. W badaniu potrzeb, oczekiwań i barier w zakresie systemu orzekania o niepełnosprawności i o kompleksowej rehabilitacji¹⁰ 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).**
15. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych ONZ¹¹ 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 ich pełnego uczestnictwa we wszystkich aspektach życia”.**
16. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowana przez Polskę w 2012 roku¹² (KPN), w art. 26 zobowiązuje Państwa Strony **do organizacji, wzmoc-**

¹⁰ Przeprowadzone przez CIOF 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.

¹¹ Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 (Rezolucja 48/96)

¹² 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

nienia, 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.

17. W artykule 27. KPN „[...] uznaje prawo osób niepełnosprawnych do pracy na zasadzie równości z innymi osobami; obejmuje to prawo do możliwości zarabiania na życie poprzez pracę swobodnie wybraną lub przyjętą na rynku pracy oraz w otwartym, integracyjnym i dostępnym dla osób niepełnosprawnych środowisku pracy”. Ponadto KPN 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.**
18. 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.**
19. Wg Światowego raportu o niepełnosprawności opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia i Bank Światowy (2012)¹³ „**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”.
20. 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 kon-

¹³ Światowy Raport o Niepełnosprawności (WHO, Bank Światowy 2012)

cepcji, 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).¹⁴

21. 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 ni-
niejszy 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 medyczną, społeczną i psychologiczną; kluczowe znaczenie ma tutaj wykorzystanie przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabilitacji kompleksowej, zmierzających do przywrócenia zdolności do pracy zarobkowej lub znacznej poprawy tej zdolności osobom niepełnosprawnym lub zagrożonym niepełnosprawnością,
- zwiększenie **efektywności zastosowania już istniejących instrumentów**, m.in. takich jak renta szkoleniowa, której celem jest umożliwienie przekwalifikowania osobie niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie, które pozwoli na zatrudnienie mimo naruszonej sprawności organizmu. 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,

¹⁴ 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)

- 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 i zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, połączonej z monitoringiem i kontrolą orzeczeń w oparciu o ICF.

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 Niepełnosprawności¹⁵ „[...] 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 WHO¹⁶ 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, pielęgniarka i inni¹⁷.

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 profesowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki ich

¹⁵ Światowy Raport o Niepełnosprawności, WHO i Bank Światowy, 2011 – za: Kwartalnik Niepełnosprawność I/2013/(6)

¹⁶ Za: Kwartalnik Niepełnosprawność I/2017/(22)

¹⁷ Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Raport opracowany przez Sekcję Lekarzy Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów /UEMS, 2018

zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy, uznawanej na całym świecie, powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na 4 zasadach¹⁸:

- **powszechności** – rehabilitacja powinna być dostępna dla każdego, kto jej wymaga i musi obejmować wszystkie dyscypliny,
 - **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 odzyskaniem 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 rehabilitację środowiskową. Niezwykle ważne jest więc 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

¹⁸ Wilmowska-Pietruszyńska A., Czechowski K., O potrzebie rehabilitacji kompleksowej, [w:] Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2016(19), PFRON, Warszawa 2016, s. 38.

warsztaty oraz indywidualne porady psychologiczne zarówno dla osoby uczestniczącej w procesie kompleksowej rehabilitacji, jak również dla jej otoczenia,

- medycznej: polegającej na stosowaniu różnych form fizjoterapii, tj. kinezyterapii indywidualnej i grupowej, 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 niepełnosprawnościami możliwie optymalnej sprawności.

5. Tak opisana rehabilitacja realizowana będzie w **Ośrodku Rehabilitacji Kompleksowej (ORK)**. Osoba, która zostanie skierowana do ORK przez lekarza, komisję lub zespół orzekający przejdzie **kompleksową ocenę 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 połączony 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.

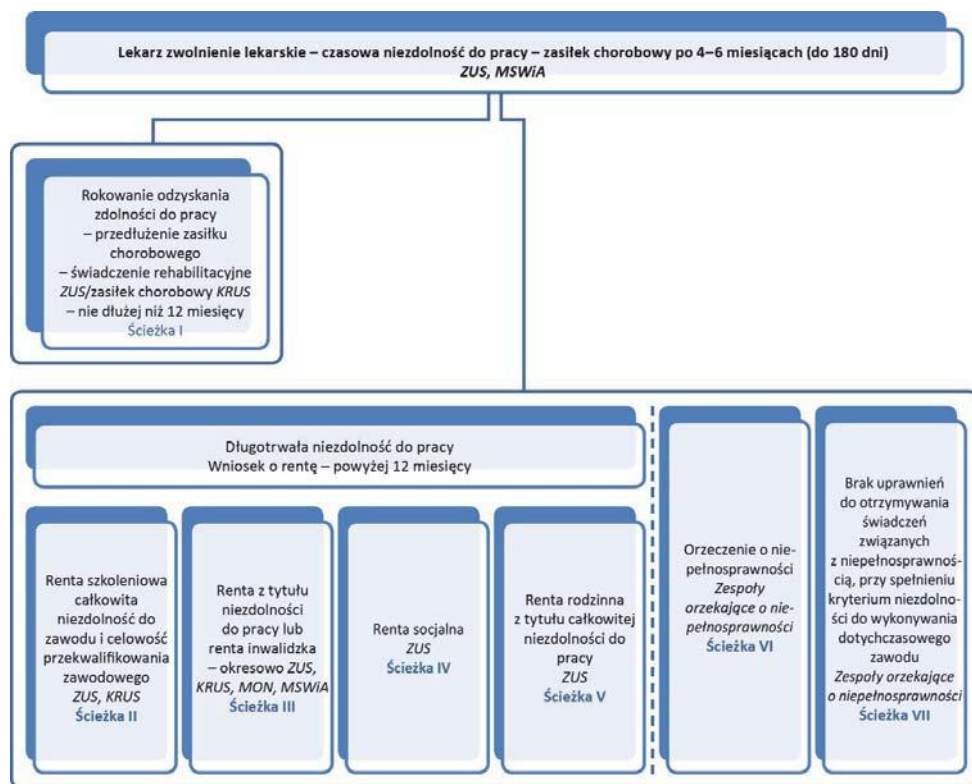
6. **Jednym z głównych założeń rehabilitacji kompleksowej prowadzącej do aktywizacji zawodowej jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie** po zakończeniu leczenia choroby czy skutków urazu. Jednak nie wyklucza ona żadnej osoby z niepełnosprawnościami, u której stwierdza się pozytywne rokowanie aktywizacji 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 została zakończona 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 lub 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 (zasilek chorobowy),
 - osoby czasowo niezdolne do pracy pobierające świadczenie rehabilitacyjne (ZUS), przedłużony zasiłek chorobowy (KRUS),
 - osoby pobierające rentę szkoleniową (ZUS, KRUS),
 - osoby pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy lub rentę inwalidzką (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 stopniu niepełnosprawności (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) oraz osoby nieposiadające uprawnień do otrzymywania świadczeń związanych z niepełnosprawnością ale spełniające kryterium niezdolności do wykonywania dotychczasowego zawodu, rokujące możliwości aktywizacji zawodowej.
8. **Wstępna kwalifikacja do ORK** będzie następowała na poziomie **lekarzy, komisji lub zespołów 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 będą wsparte przez psychologa, który pomoże przełamać bariery wewnętrzne związane z lękiem przed powrotem do aktywności społecznej i zawodowej¹⁹.

¹⁹ Szczegółowo kwestia kwalifikowania uczestników została przedstawiona w kolejnym rozdziale.

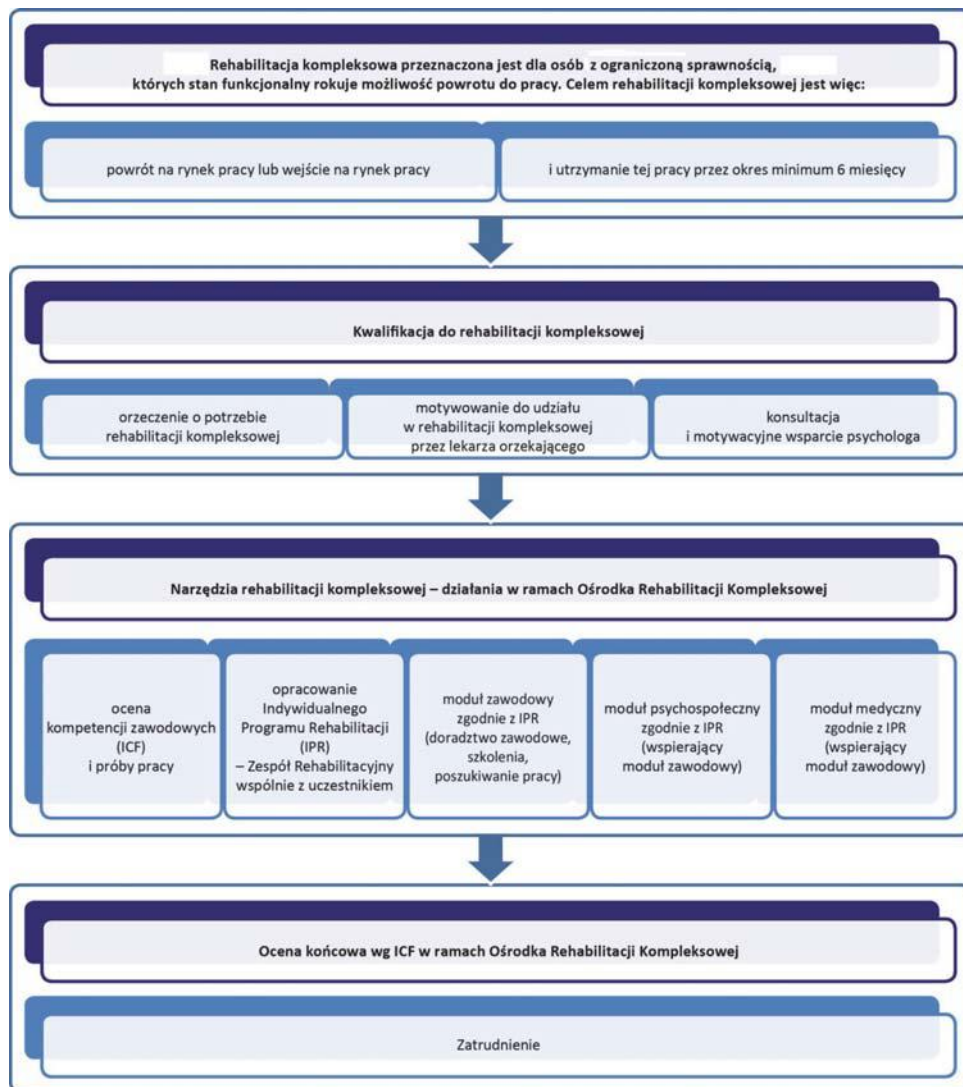
Rysunek 1. Ścieżki rekrutacji do kompleksowej rehabilitacji w ORK



Źródło: opracowanie własne.

9. Schemat postępowania w ramach modelu kompleksowej rehabilitacji przedstawiono na następnej stronie.

Rysunek 2. Schemat postępowania w ramach modelu rehabilitacji kompleksowej



Źródło: opracowanie własne.

- Informacja o projekcie oraz jego zakresie zostanie rozpowszechniona poprzez miejsca, w których potencjalni uczestnicy mogą szukać wsparcia (NGO, OPS, PCPR, gabinety lekarzy POZ oraz szpitale).
- W ramach projektu program kompleksowej rehabilitacji zostanie **pilotażowo wdrożony w czterech Ośrodkach Rehabilitacji Kompleksowej**, zorganizowanych na

bazie podmiotów wyłonionych w procedurze przetargowej. Działaniami objętych zostanie łącznie co najmniej 600 osób (150 os. na ośrodek/50 os. rocznie).

12. Rozmieszczenie pilotażowych ośrodków kompleksowej rehabilitacji wynika z dokonanego na potrzeby 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.

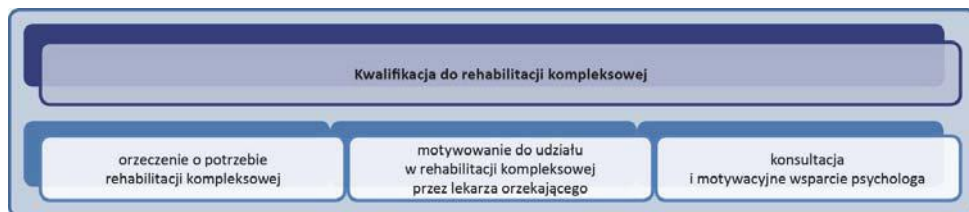
Rysunek 3. Zasięg terytorialny pilotażowych ORK



Źródło: opracowanie własne.

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 nie ma 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.

III. UCZESTNICY REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ – PROCES KWALIFIKOWANIA



Metodyka procesu

1. Uczestnicy kwalifikowani do pilotażu – to osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu klasyfikacji ICF. Niepełnosprawność (wg Klasyfikacji ICF) jest szerokim pojęciem obejmującym upośledzenie, ograniczenie aktywności i restrykcje uczestniczenia. Określa ono negatywne aspekty interakcji pomiędzy jednostką (z określonym stanem chorobowym) a czynnikami wpływającymi z kontekstu, w którym znajduje się jednostka (czynniki środowiskowe i osobowe). Osoba zakwalifikowana do pilotażu nie musi legitymować się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności.
2. Kwalifikacja uczestników do pilotażu rehabilitacji kompleksowej będzie dokonywana w ramach postępowań prowadzonych z wniosku o ustalenie uprawnień do świadczeń pieniężnych z zabezpieczenia społecznego (postępowania prowadzone w ZUS, KRUS, MON i MSWiA) – przede wszystkim z uwagi na potrzebę zabezpieczenia socjalnego w okresie wielomiesięcznego procesu rehabilitacji, albo z wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (postępowania prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności). Ponadto osoby, które nie posiadają uprawnień do świadczeń z tytułu niepełnosprawności będą również mogły wystąpić do zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności o wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej.
3. Kwalifikację uczestników do pilotażu rehabilitacji kompleksowej przeprowadzą lekarze 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);
- Komisjach lekarskich Ministerstwa Obrony Narodowej (w postępowaniach o woj-skową rentę inwalidzką);
- Zespołach orzekania o niepełnosprawności (w postępowaniach o wydanie orzecz-e
nia o stopniu niepełnosprawności oraz dla osób, które nie posiadają uprawnień do
świadczeń z tytułu niepełnosprawności)

oraz psychologowie – współpracujący z poszczególnymi instytucjami/podmiotami.

4. Zastosowane zostaną następujące reguły **wyboru lekarzy orzekających/zespołów orzekających/ psychologów do kwalifikowania uczestników do pilotażu rehabilita-cji kompleksowej**:

- rozmieszczenie – lekarze orzekający/zespoły orzekające zostaną wybrani w porów-nywalnej liczbie w każdym z 4 makroregionów, w których zostaną zlokalizowane ORK,
- współpraca z psychologiem – w ZUS, KRUS, MON, MSWiA zostaną wybrani psycho-logowie (w tych samych lokalizacjach co lekarze orzekający) współpracujący z tymi instytucjami, w zespołach do spraw orzekania o niepełnosprawności – zostaną wy-brane zespoły w składzie: lekarz i psycholog,
- liczba lekarzy orzekających – będzie proporcjonalna do skali wydawanych orze-czeń (w postępowaniach prowadzonych w sprawach świadczeń z zabezpieczenia społecznego lub o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności), w ramach których uczestnicy mogą zostać zakwalifikowani do pilotażu w poszczególnych instytucjach/podmiotach (tj. ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz w zespołach do spraw orzekania o niepełnosprawności),
- kwalifikacje – lekarze orzekający powinni być specjalistami i posiadać kwalifikacje wynikające z wymagań określonych przez instytucje/podmioty, w których te osoby są zatrudnione/ wykonują zadania związane z orzekaniem; pożądane jest posiadanie:
 - 3-letniego doświadczenia w realizacji zdań związanych z orzecznictwem lekar-skim dla potrzeb zabezpieczenia społecznego,
 - znajomości zagadnień z zakresu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

5. Przed **przystąpieniem do kwalifikacji uczestników do pilotażu lekarze, psycholo-gowie i inni specjaliści orzekający, zostaną przeszkoleni**. Program szkolenia będzie obejmował zagadnienia z zakresu:

- celu i głównych założeń modelu rehabilitacji kompleksowej,
- organizacji funkcjonowania ośrodków rehabilitacji kompleksowej, w tym programu rehabilitacji kompleksowej,

- systemu pojęciowego Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełności 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,
 - trybu postępowania przy orzekaniu o potrzebie rehabilitacji kompleksowej,
 - rekomendowanej dokumentacji procesu kwalifikacji uczestników, w szczególności:
 - sporządzania „Formularza oceny niezdolności do pracy w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”, „Karty oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej”, „Formularza opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”, „Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej”,
 - zasad obiegu dokumentacji w sprawach osób zakwalifikowanych do pilotażu.
6. W postępowaniach związanych z kwalifikowaniem uczestników do pilotażu wykorzystane zostaną zasoby (w szczególności: gabinety lekarskie, ich wyposażenie, sprzęt, pokoje biurowe), którymi dysponują instytucje / podmioty uczestniczące w procesie kwalifikowania uczestników do pilotażu.
7. Podstawowe **kryteria kwalifikowania do pilotażu rehabilitacji kompleksowej** są następujące:
- stwierdzenie takiego stopnia naruszenia sprawności organizmu, który istotnie **ogranicza zdolność do pracy**, ale jednocześnie pozwala **na uczestniczenie w rehabilitacji**.
 - **rokowanie powrotu do pracy po odbyciu procesu rehabilitacji kompleksowej** w zakresie przywrócenia 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,
 - zdiagnozowanie **motywacji** 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,
 - wiek nie jest kryterium wykluczającym osoby kierowane na rehabilitację kompleksową, biorąc jednak pod uwagę jeden z ważniejszych celów tej rehabilitacji, jakim jest aktywizacja zawodowa, głównym adresatem są **osoby w tzw. wieku produkcyjnym**,

- deklarowanie **chęci podjęcia pracy** w wymiarze co najmniej 0,5 etatu lub **prowadzenia działalności gospodarczej**.

8. Lekarze orzekający/komisje/zespoły orzekające, kwalifikując uczestników do pilotażu, dokonają oceny niezdolności do pracy, poprzez przeprowadzenie szczegółowego badania, umożliwiającego określenie sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej do wykonywania pracy oraz ocenę możliwości poprawy tej sprawności po przeprowadzeniu rehabilitacji kompleksowej.

9. Przy wydawaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej będą brane pod uwagę: rodzaj schorzenia, przebyte urazy i choroby, dynamika procesu chorobowego, stopień uszkodzenia struktur i funkcji organizmu i ich wpływ na aktywność i uczestnictwo we wszystkich obszarach życia osoby badanej, z uwzględnieniem czynników osobniczych i środowiskowych, takich jak warunki życiowe, sytuacja społeczna, rodzinna i zawodowa oraz aktywności w czasie wolnym.

10. **Ocena niezdolności do pracy oraz zachowanych sprawności będzie prowadzona z zastosowaniem metodologii opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji 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.

11. Klasyfikacja ICF należy do grupy międzynarodowych klasyfikacji opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia i powstała z potrzeby stworzenia uniwersalnego języka, służącego do opisanego stanu zdrowia i stanów z nim związanych.

ICF składa się z dwóch części.

Część pierwsza to **Funkcjonowanie i niepełnosprawność** 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).

Składnik **Aktywności i uczestniczenie** zawiera listę dziedzin dotyczących funkcjonowania człowieka – zarówno z perspektywy pojedynczej osoby, jak i jej życia w społeczeństwie.

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.

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.

12. W kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej do oceny sprawności badanego wybrano 3 obszary, tj.:

- komunikację,
- aktywność w życiu codziennym,
- podstawowe umiejętności i przystosowanie.

Zachowanie niezbędnej 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.

Wynik badania powinien być zapisany w postaci liczby punktów, gdzie:

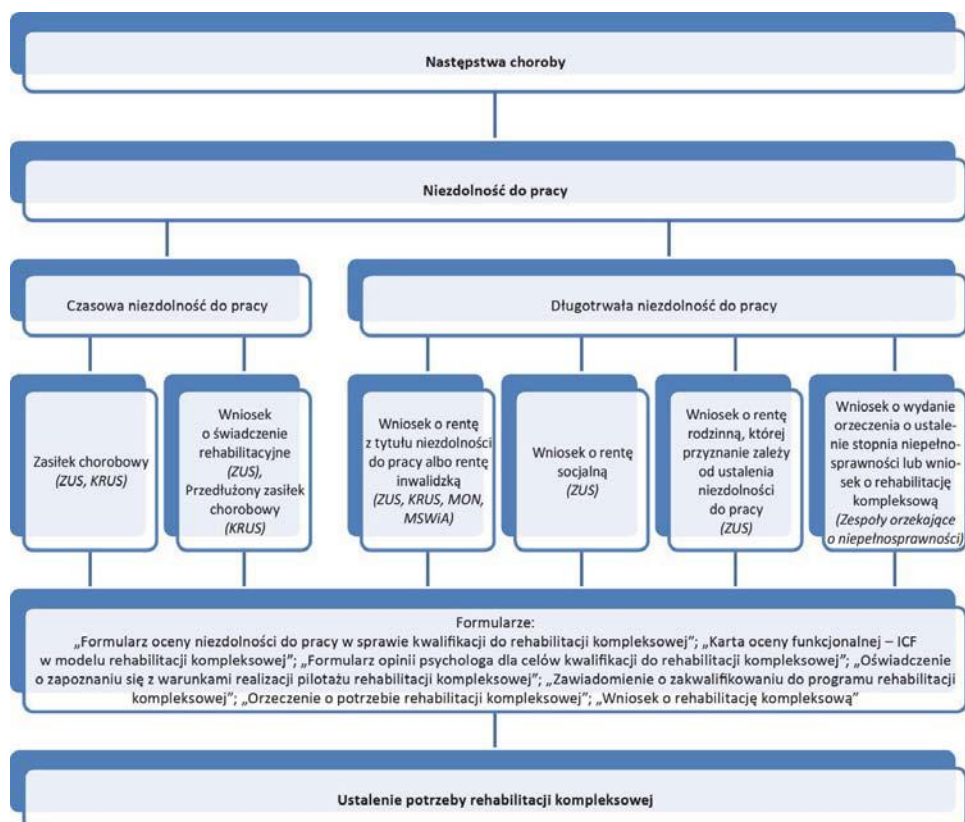
- 0 punktów to BRAK problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)
- 1 punkt to NIEZNACZNY problem (niewielki, mały)
- 2 punkty to UMIARKOWANY problem (średni, spory)
- 3 punkty to ZNACZNY problem (wielki, silny)
- 4 punkty to SKRAJNIE DUŻY problem (zupełny).

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 mimo to lekarze orzekający/zespół orzekający ustalą wskazania do rehabilitacji kompleksowej, to powinni wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej wraz z uzasadnieniem.

13. Do zakwalifikowania osoby do rehabilitacji kompleksowej niezbędna jest opinia psychologa obejmująca ocenę:

- potencjału umysłowego/intelektualnego,
- osobowości/akceptacji obecnego stanu, gotowości do zmiany, celów jakie uczestnik chce osiągnąć uczestnicząc w kompleksowej rehabilitacji,
- motywacji uczestnika do zaangażowania w program kompleksowej rehabilitacji.

Rysunek 4. Uczestnicy rehabilitacji kompleksowej



Źródło: opracowanie własne.

Organizacja procesu

14. Proces rozpoczyna się od złożenia przez osobę zainteresowaną wniosku o ustalenie uprawnień do świadczeń pieniężnych z zabezpieczenia społecznego (postępowania prowadzone w ZUS, KRUS, MON i MSWiA) albo od złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (postępowania prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności). Do powiatowych zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności będą mogły się zgłaszać osoby, które chcą wziąć udział w rehabilitacji kompleksowej z własnej inicjatywy nawet jeśli nie posiadają uprawnień do otrzymywania świadczenia związanego z niepełnosprawnością.
15. Lekarze orzekający/zespoły orzekające, wydając orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, po przeprowadzeniu szczegółowego badania i zapoznaniu się z przedstawioną dokumentacją, dokonują oceny niezdolności do pracy przy pomocy „Formularza oceny niezdolności do pracy w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”.
16. 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.
17. Po ustaleniu, że osoba badana jest niezdolna do pracy, rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji kompleksowej, jest zdolna do nauki nowego zawodu oraz wykazuje motywację do uczestnictwa w pilotażu rehabilitacji kompleksowej lekarz orzekający/zespół orzekający zapoznaje badanego z Regulaminem rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji, przekazuje do wypełnienia formularz zgłoszeniowy do udziału w rehabilitacji kompleksowej oraz oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej i wyrażeniu zgody na przekazanie jego danych osobowych do ORK i PFRON.
18. Po odebraniu podpisanych dokumentów kieruje tę osobę na badanie do psychologa celem oceny:
 - potencjału umysłowego/intelektualnego (do uczenia się nowej wiedzy i umiejętności),
 - osobowości/akceptacji stanu, gotowości do zmiany, celów jakie uczestnik chce osiągnąć uczestnicząc w kompleksowej rehabilitacji,
 - motywacji uczestnika do zaangażowania w program kompleksowej rehabilitacji.Psycholog dokonuje tej oceny przy pomocy „Formularza opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”.

19. Lekarz orzekający/zespół orzekający – po zapoznaniu się z opinią psychologa i dokonaniu ostatecznej kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej wpisuje wnioski w sekcji III **Karty oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej** i wydaje **orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej** oraz przekazuje osobie „Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej”.
20. Wytworzona dokumentacja w postępowaniu związanym z zakwalifikowaniem do pilotażu kompleksowej rehabilitacji, tj.:
 - „Wniosek o rehabilitację kompleksową”;
 - „Formularz oceny niezdolności do pracy w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”;
 - „Karta oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej”;
 - „Formularz opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej”;
 - „Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej”;
 - „Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej”;
 - „Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej”zostanie przekazana do odpowiedniego ośrodka rehabilitacji kompleksowej.
21. W postępowaniach prowadzonych w ramach kwalifikacji uczestników do pilotażu kompleksowej rehabilitacji będą miały zastosowanie przepisy, które regulują postępowania o ustalenie uprawnień do świadczeń z zabezpieczenia społecznego lub o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz przepisy o ochronie danych osobowych, w szczególności:
 - Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. z 2017 r., poz. 2336 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, Dz. U. z 2017 r., poz. 2225 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, Dz. U. z 2018 r. poz. 132 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. z 2017 r., poz. 1778, z późn. zm.

- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. z 2017 r., poz. 1383 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. z 2017 r., poz. 1368.
- Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz. U. z 2017 r., poz. 1773 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej, Dz. U. z 2013 r., poz. 982 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Dz. U. z 2018 r., poz. 481 z późn. zm.
- Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE L z 2016 r. nr 119/1.

Efekty procesu

22. Zakwalifikowanie do rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnościami, niezdolnych do zarabkowania, rokujących odzyskanie/podjęcie pracy po odbyciu tej rehabilitacji;
23. Przekazanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej osoby z niepełnosprawnościami do PFRON.

Schemat procesu

Nr	Operacja	Realizator	Krótki opis
	Przyjęcie wniosku o ustalenie uprawnień do świadczeń pieniężnych z zabezpieczenia społecznego lub wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub przyjęcie wniosku o rehabilitację kompleksową.	– ZUS – KRUS – MON – MSWiA – zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności	1. Proces rozpoczyna się w dniu złożenia w instytucjach ubezpieczenia lub zabezpieczenia społecznego przez potencjalnego uczestnika programu, wniosku o: • przyznanie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w następstwie choroby lub urazu (ZUS, KRUS, MSWiA, MON) lub • wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) lub • rehabilitację kompleksową (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) Realizator: ZUS, KRUS, MON, MSWiA, Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności. Forma: weryfikacja poprawności złożonego wniosku, wyznaczenie terminu badania.

1.1			a) Załącznik zewnętrzny: wniosek o ustalenie uprawnień do świadczeń pieniężnych z zabezpieczenia społecznego (ZUS, KRUS, MSWiA, MON) lub wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) lub wniosek o rehabilitację kompleksową (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności). 2. Po wpływie wniosku i pozytywnej weryfikacji warunków formalnych wyznaczony zostaje termin badania przez podmioty orzekające. O terminie badania wnioskodawca jest zawiadamiany listownie.
1.2	Ocena przez lekarzy/komisje/ zespoły orzekające i psychologa.	Lekarze /komisje/ zespoły orzekające i psycholog	1. W ustalonym terminie odbywa się badanie przez lekarza orzekającego, komisję lub zespół orzekający (psycholog w składzie), który ustala czy potencjalny uczestnik: • jest niezdolny do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie), • jest zdolny do nauki nowego zawodu, • rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji kompleksowej. Lekarz orzekający, komisja lub zespół orzekający zapoznaje badanego z Regulaminem rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji, przekazuje do wypełnienia formularz zgłoszeniowy do udziału w rehabilitacji kompleksowej oraz oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej i wyrażeniu zgody na przekazanie jego danych osobowych do ORK i PFRON. Realizator: Podmiot orzekający. Forma: • Badanie, • Weryfikacja spełnienia warunków uczestnictwa w rehabilitacji kompleksowej. 2. Po ustaleniu, że wyżej wskazane warunki są spełnione, potencjalny uczestnik jest kierowany na badanie przez psychologa, który ocenia: funkcje poznawcze/ intelektualne, elementy osobowości oraz motywację. Realizator: Psycholog Forma: • Badanie W trakcie procesu oceny podmiot orzekający wypełnia: • Załącznik: Formularz oceny niezdolności do pracy/niepełnosprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej; • Załącznik: Karta oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej.

			Psycholog wypełnia: • Załącznik: Formularz opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej Uczestnik podpisuje i wypełnia: • Załącznik: Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej, wraz z Formularzem zgłoszeniowym oraz Warunkami rekrutacji i udziału w rehabilitacji kompleksowej. Na potrzeby wewnętrznej dokumentacji lekarz orzekający/komisja/zespół orzekający może wypełnić inne dokumenty właściwe dla danej jednostki.
1.3	Wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej.	Lekarz/komisja zespół orzekający i psycholog	1. Po pozytywnej opinii psychologa i uzyskaniu pisemnej zgody uczestnika, lekarz/komisja/zespół orzekający wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej i przekazuje je potencjalnemu uczestnikowi. Realizator: Podmiot orzekający Forma: Pisemna a) Załącznik: Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej. b) Załącznik: Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej.
1.4	Przekazanie informacji i dokumentacji do PFRON.	Obsługa administracyjna ww. jednostek	1. Przekazanie do PFRON za pośrednictwem poczty elektronicznej (w wyjątkowych sytuacjach pocztą tradycyjną) orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej. Informacja ta powinna zostać przekazana tego samego dnia lub najpóźniej następnego dnia roboczego przypadającego po dniu wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej. 2. Przekazanie kopii dokumentacji (w wersji elektronicznej gwarantującej poufność przekazywanych informacji lub w wyjątkowych sytuacjach kurierem), powstałej w trakcie oceny wykonywanej przez podmiot orzekający do PFRON, nie później niż 3 dni po dniu wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej. Realizator: Podmiot orzekający Forma: Przekazanie kopii dokumentacji
1.5	Skierowanie do ORK.	PFRON – Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK ORK – Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz	1. Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK po otrzymaniu Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, po weryfikacji dostępności miejsc i terminów przyjęć do poszczególnych ORK zawiadamia Uczestnika o terminie przyjęcia do ORK i przygotowuje Skierowanie do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej. Dokument wysłany jest w formie elektronicznej i/lub listownie

		monitorowania postępów uczestników	za potwierdzeniem odbioru, do potencjalnego uczestnika rehabilitacji w ORK. Realizator: PFRON – Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK Forma: Przygotowanie i wysyłka skierowania do ORK a) Załącznik: Skierowanie do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej 2. Informacja o przekazaniu skierowania kierowana jest również do ORK wraz z kopią dokumentacji powstałej w trakcie Oceny wykonywanej przez lekarza/komisję/zespół orzekający i psychologa (w wersji elektronicznej gwarantującej poufność przekazywanych informacji lub w wyjątkowych sytuacjach listownie). Realizator: Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK Forma: Przekazanie informacji wraz z kopią dokumentacji do ORK.
1.6	Archiwizacja dokumentacji	Obsługa administracyjna ww. jednostek	Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce orzekającej.
	Zakończenie procesu		

IV. ANALIZA INTERESARIUSZY

1. Jednym z kluczowych aspektów projektowania nowego modelu rehabilitacji będzie także identyfikacja instytucji i organizacji mogących mieć wpływ na docelowy system rehabilitacji kompleksowej tzw. interesariuszy, w kontekście już funkcjonujących różnych wymiarów rehabilitacji, różnych źródeł finansowania oraz podstaw prawnych procesu rehabilitacji. W ramach pilotażu zostaną przetestowane niektóre rozwiązania w tym zakresie, zaś w ramach rekomendacji dla systemu, które zostaną określone po zakończeniu pilotażu, zostaną sformułowane szczegółowe zadania i role poszczególnych grup interesariuszy, w kontekście sposobu finansowania, systemu zarządzania i regulacji prawnych dotyczących wdrożenia nowego modelu rehabilitacji kompleksowej.
2. Interesariuszy ze względu na ich rolę w ramach systemu można podzielić na wewnętrznych i zewnętrznych. Do wewnętrznych należą wszystkie osoby bezpośrednio zaangażowane w przebieg pilotażu modelu rehabilitacji kompleksowej, natomiast interesariusze zewnętrzni należą do grona osób, bądź grupy instytucji, na które może mieć wpływ zarówno przebieg pilotażu modelu, jak i jego końcowy rezultat.
3. Z założenia, interesariusze wewnętrzni w większości przypadków podejmują działania mające na celu wspieranie projektu pilotażu pod kątem osiągnięcia zaplanowanych założeń. Interesariusze zewnętrzni mogą natomiast w sposób pozytywny lub negatywny oddziaływać zarówno na pilotaż modelu, jak i powodzenie w osiągnięciu zakładanych celów.

Interesariusze wewnętrzni

4. Na potrzeby pilotażu modelu założono, iż interesariusze wewnętrzni to osoby, wobec których odpowiedzialność za realizację procesu rehabilitacji kompleksowej ponosi osoba zarządzająca tym procesem:
 - Uczestnik – uczestnik rehabilitacji kompleksowej;
 - Osoby z najbliższego otoczenia uczestnika;
 - ORK – zespół rehabilitacyjny;
 - ORK – kierownictwo ORK;
- a) Uczestnik – Uczestnik rehabilitacji kompleksowej:
 - osoba pracująca, która w następstwie choroby lub urazu stała się niezdolną do pracy, ale rokująca powrót do pracy (praca w tym samym, innym zakładzie pracy; samozatrudnienie),
 - osoba niepełnosprawna, niepracująca (wejście na rynek pracy);

- b) Osoby z najbliższego otoczenia uczestnika – rodzina, osoby z najbliższego otoczenia uczestnika procesu rehabilitacji kompleksowej; są to osoby, dla których zaplanowano część działań w module psychospołecznym;
- c) Zespół rehabilitacyjny ORK – Interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny; jest to zespół Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej prowadzący rehabilitację w modułach zawodowym, medycznym i psychospołecznym. Zespół w składzie: lekarz, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, doradca zawodowy, pośrednik pracy, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją i inni;
- d) Kierownictwo ORK – osoby zarządzające ośrodkiem i nadzorujące proces rehabilitacji kompleksowej.

Interesariusze zewnętrzni

5. Interesariusze zewnętrzni to osoby, jednostki i organizacje **wywierające wpływ** na proces rehabilitacji kompleksowej poprzez działania w otoczeniu Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej. Są to:

- pracodawcy,
 - instytucje szkoleniowe,
 - Powiatowe Urzędy Pracy,
 - PFRON,
 - CIOP,
 - ZUS, KRUS, MON, MSWiA,
 - NFZ,
 - Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności,
 - organizacje pozarządowe,
 - firmy ubezpieczeniowe,
 - administracja samorządowa,
 - społeczeństwo;
- a) **Pracodawcy** – najważniejszy interesariusz zewnętrzny. W kontekście celu głównego pilotażu zakładającego powrót na rynek pracy uczestnika kompleksowej rehabilitacji stanowią końcowy etap udziału w rehabilitacji i stanowią o sukcesie całego procesu;
 - b) **Instytucje szkoleniowe** – jednostki, w których realizowana jest część modułu zawodowego rehabilitacji kompleksowej prowadząca do przekwalifikowania/nabycia nowych kwalifikacji zawodowych. Udział jako interesariusz realizowany w przypadku, gdy zaistnieje konieczność wyboru realizacji kursów przekwalifikujących poza ORK. Kursy realizowane będą przez:

- Instytucje Szkoleniowe – realizacja kursów nadających nowe kwalifikacje, uprawnienia zawodowe,
 - Izby Rzemieślnicze – realizacja kursów czeladniczych;
- c) **Powiatowe Urzędy Pracy** – PUP stanowiąc będą ważny element wsparcia procesu związanego z poszukiwaniem zatrudnienia i wejściem na rynek pracy uczestników projektu. Współpraca z ORK i udział w procesie rehabilitacji kompleksowej będą miały wielowymiarowy charakter. Z jednej strony urzędy będą pełniły rolę instytucji przekazujących informacje: o ofercie ORK i o sytuacji na lokalnym/regionalnym rynku pracy i możliwych ofertach zatrudnienia. Z drugiej strony będą pełniły funkcje instytucji wspomagających proces rehabilitacji poprzez finansowanie działań wspierających zatrudnienie uczestnika rehabilitacji na otwartym rynku pracy takich jak:
- przyznawanie środków na przystosowanie stanowiska pracy,
 - przyznawanie środków na założenie samodzielnej działalności gospodarczej;
- d) **PFRON** – instytucja inicjująca i realizująca projekty systemowe zmieniające podejście do rehabilitacji; zapewnia wsparcie w procesie tworzenia modelu skutecznej rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnościami. Poprzez system finansowania umożliwia wsparcie pośrednie uczestników rehabilitacji np. w formie dofinansowania do wyposażenia stanowiska pracy dla uczestnika rehabilitacji. Podejmowane działania poprzez wykorzystanie dostępnych instrumentów wsparcia osób z niepełnosprawnościami możliwe będą także w formie:
- przekazywania środków finansowych do Powiatowych Urzędów Pracy na działania w obszarze aktywizacji zawodowej,
 - realizacji programów wspierających funkcjonowanie systemu rehabilitacji kompleksowej,
 - współfinansowania systemu rehabilitacji;
- e) **CIOP** – w ramach projektu instytucja odpowiedzialna za przygotowanie skutecznego systemu diagnozy w obszarze zdolności do wykonywania pracy i oceny potencjału zawodowego uczestnika rehabilitacji, która jest kluczowym elementem w procesie naboru do ORK. Nowe, zmienione podejście do diagnozy osoby z niepełnosprawnościami w ocenie możliwości funkcjonalnych i możliwości podjęcia zatrudnienia ma wpłynąć na skuteczność procesu rehabilitacji kompleksowej. Podejmowane działania obejmą również system szkoleń osób zajmujących się orzekaniem i kierowaniem osób do Ośrodków Kompleksowej Rehabilitacji i efektywną diagnozą potencjału zawodowego uczestnika rehabilitacji;

- f) **ZUS, KRUS, MON, MSWiA** – instytucje dla których działania projektowe i powodzenie wdrożenia systemu są ważne w kontekście przyszłości systemu zabezpieczenia społecznego. To także instytucje, z których systemów pochodzić może znaczna część uczestników programów rehabilitacji kompleksowej. Rola instytucji obejmie zarówno udział w tworzeniu systemu rehabilitacji kompleksowej, jak i orzekania o potrzebie rehabilitacji kompleksowej osób ubiegających się o świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w następstwie choroby lub urazu rokujących powrót do pracy;
- g) **NFZ** – instytucja w obecnym systemie finansująca rehabilitację medyczną. NFZ odpowiada za finansowanie działań w obszarze rehabilitacji medycznej i finansowania sprzętu kompensującego dysfunkcje osób z niepełnosprawnościami. Stanowić będzie ważny element przyszłego modelu w zakresie finansowania części działań związanych z obszarem rehabilitacji medycznej. Rola instytucji obejmie wsparcie w tworzeniu systemu rehabilitacji kompleksowej;
- h) **Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności** – rola zespołów jako interesariuszy zewnętrznych jest bardzo istotna. Miejsce kwalifikacji uczestników do Ośrodków pozwala wyselekcjonować osoby, dla których realizowany w ORK proces będzie najbardziej efektywny i pozwoli na wejście/powrót na rynek pracy, tj. osoby niepracujące ubiegające się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dla podjęcia pracy lub osoby nieposiadające uprawnień do świadczenia związanego z niepełnosprawnością;
- i) **Organizacje pozarządowe** – ważny element systemu wspierający powrót uczestnika projektu do społeczności oraz wejście/powrót na rynek pracy. Działania wspierające i uzupełniające wsparcie realizowane w miejscu zamieszkania uczestników – realizacja np. poprzez pomoc w dostępie do asystenta osoby niepełnosprawnej, trenera pracy, wsparcia w powrocie na rynek pracy, współpracy z pracodawcami. Może stanowić ważny element systemu przy rekrutacji do ORK. Ważny element modelu ze względu na wiedzę i działania realizowane w stosunku do potencjalnych uczestników wsparcia (programy aktywizujące);
- j) **Firmy ubezpieczeniowe** – instytucje z rynku ubezpieczeniowego stanowić mogą przyszły element systemu finansowania rehabilitacji kompleksowej;
- k) **Administracja samorządowa** – instytucje wchodzące w skład systemu administracji samorządowej to element wspierający proces rehabilitacji kompleksowej w wielu wymiarach, przede wszystkim w obszarze wsparcia uczestników rehabilitacji kompleksowej m.in. poprzez:
- wsparcie w zabezpieczeniu finansowym uczestników projektu podczas długotrwałej niezdolności do pracy (zabezpieczenie finansowe, pomoc społeczna),

- wsparcie pośrednie poprzez wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny (dofinansowanie w zakupie protez itp.);
- l) **Społeczeństwo** – interesariusz mający wpływ na akceptację społeczną podejmowanych działań i zmiany postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnościami oraz odbiór społeczny podejmowanych działań. Bez akceptacji społeczeństwa dla proponowanego modelu trudno będzie uzyskać pozytywny efekt w postaci wdrożenia modelu i osiągnięcia zakładanych celów oraz aktywizację zawodową uczestników rehabilitacji.

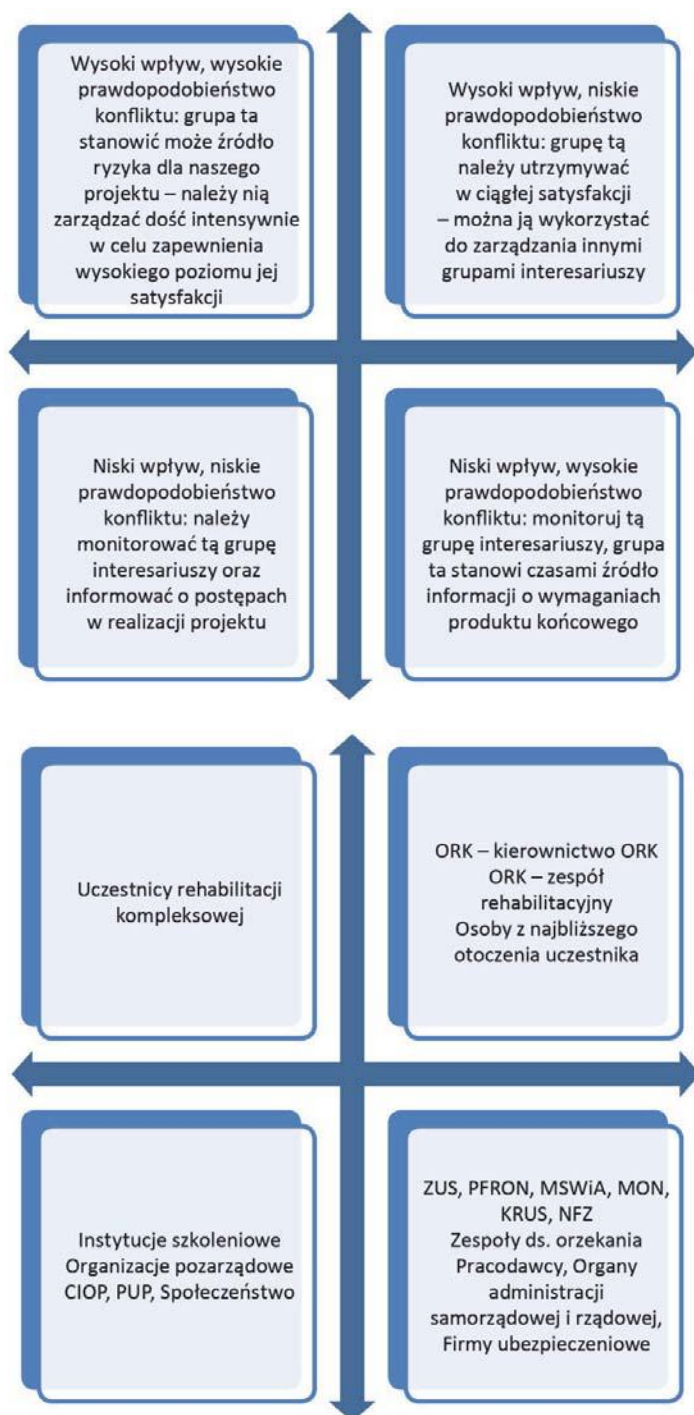
Interesariusze – ocena czynników

6. Wprowadzenie skutecznego systemu rehabilitacji kompleksowej wymaga precyzyjnego określenia interesów, problemów oraz potencjału każdej z grup interesariuszy. Ocena interesariuszy objęła zdefiniowanie oczekiwań poszczególnych grup interesariuszy i sposobów ich realizacji. Dokonano także oceny interesariuszy pod kątem dwóch czynników mających wpływ na podejmowane wobec tych grup działania:

- **Zainteresowanie/Prawdopodobieństwo konfliktu** – rozumiane jako zainteresowanie sukcesem/porażką projektu;
- **Wpływ** – rozumiany jako siły oddziaływania interesariusza na projekt.

W ujęciu graficznym ocenę tę można przeprowadzić w oparciu o macierz. Na pierwszym schemacie pokazano znaczenie poszczególnych pól macierzy, na drugim – wyniki analizy.

Rysunek 4. Uczestnicy rehabilitacji kompleksowej



Źródło: opracowanie własne.

Interesariusze i oczekiwania w projekcie

Interesariusz	Oczekiwania	Sposób realizacji	Odpowiedzialny	Priorytet
Uczestnik	Rehabilitacja, która pozwoli na wejście/ powrót na rynek pracy i integrację społeczną. Osoby podejmujące decyzję o udziale w rehabilitacji kompleksowej wykazują wysoki poziom motywacji do pełnego wejścia/ powrotu na rynek pracy. Pozwoli to na poprawę jakości życia, a także zwiększy szansę na integrację społeczną osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym.	Program rehabilitacji kompleksowej adekwatny do potencjału i możliwości Uczestnika. Program rehabilitacji ujęty w Indywidualnym Programie Rehabilitacji zawiera zintegrowane rozwiązania (moduł zawodowy, psychospołeczny i medyczny), pozwalające na ukształtowanie: – kompetencji zawodowych, prowadzących do uzyskania nowego zawodu, – kompetencji społecznych (umiejętności współpracy w grupie, – kompetencji osobistych (zdolność do komunikowania własnych potrzeb, zdolność do akceptowania własnych ograniczeń, asertywność, radzenie sobie ze stresem).	Zespół rehabilitacyjny	Wysoki
		Program rehabilitacji kompleksowej uwzględni aspekt integracji społecznej. Aktywny powrót uczestnika do roli jaką pełnił dotychczas w społeczeństwie wymaga efektywnego oddziaływania na sferę psychiczną i społeczną, dlatego oprócz opieki psychologicznej na każdym z etapów realizacji kompleksowej rehabilitacji zostanie uwzględniony zespół działań społecznych przygotowujących do pełnej integracji społecznej Uczestnika.	Zespół rehabilitacyjny	Wysoki
		Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji pod kątem predyspozycji zawodowych Uczestnika i oczekiwań rynku pracy/pracodawcy. Działania związane z kwalifikacją i diagnozą potencjału zawodowego Uczestnika będą przygotowane w sposób umożliwiający precyzyjne przygotowanie IPR i realizację rehabilitacji kompleksowej w modułach medycznym, zawodowym i psychospołecznym. W IPR zostaną także określone realne cele procesu rehabilitacji kompleksowej.	Zespół rehabilitacyjny	Wysoki
	Realizacja usług w ORK na wysokim poziomie merytorycznym i organizacyjnym. Uczestnik oczekuje od Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji zaangażowania oraz wsparcia w adaptacji do nowych	Zapewnienie wysokiego standardu usług świadczonych przez ORK poprzez sformułowanie warunków jakie musi spełniać jednostka. Jednostka, która realizować będzie zadania Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji będzie musiała spełnić warunki dotyczące zarówno personelu realizującego rehabilitację, jak i posiadać odpowiednie zaplecze organizacyjno-	PFRON/ Kierownictwo ORK	Wysoki

	warunków i realizacji określonych celów rehabilitacji. Możliwy okres rehabilitacji w ORK może wynieść nawet 12 miesięcy i z tego względu realizowane usługi muszą wykazywać się wysokim standardem realizacji i jakością obsługi.	-techniczne do realizacji zadań. Na etapie wyboru jednostki sformułowane zostaną wymagania odnoszące się zarówno do kadry (wykształcenie, doświadczenie zawodowe itp.) jak i programu działań zapewniających wysoką jakość obsługi. Realizacja zadań w ramach ORK poddana zostanie także okresowej ewaluacji poziomu zadowolenia wśród Uczestników na każdym etapie realizacji usług w ORK.		
	Wyposażenie i infrastruktura, adekwatna do zaplanowanych działań w ramach rehabilitacji kompleksowej. Uczestnik w ORK oczekuje dostępu do wyposażenia i infrastruktury, która odpowiada zaplanowanym działaniom w ramach poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej.	Precyzyjne sformułowanie minimalnych wymagań w zakresie wyposażenia ORK. Model zawiera wykaz minimalnych wymagań w zakresie wyposażenia jakie musi spełnić jednostka, aby poziom realizowanych usług był odpowiedni do planowanego procesu rehabilitacji kompleksowej. Kierownictwo ORK zapewni najwyższy możliwy standard świadczonych usług z punktu widzenia prawidłowości prowadzonych działań rehabilitacyjnych.	PFRON/ Kierownictwo ORK	Wysoki
	Rehabilitacja adekwatna po potrzeb i możliwości Uczestnika. Uczestnik oczekuje realizacji procesu rehabilitacji dopasowanej do jego potrzeb i możliwości, które mogą być ograniczone skutkami niepełnosprawności i jego stanem funkcjonalnym oraz pozytywnych efektów rehabilitacji już w trakcie pobytu w ORK. Jest to warunkiem utrzymania wysokiego poziomu motywacji do udziału w kompleksowej rehabilitacji w ORK oraz późniejszego zatrudnienia.	Zapewnienie wysokiego poziomu procesu rehabilitacji Uczestnika. W trakcie pobytu Uczestnika w ORK zostanie zapewniony stały monitoring prowadzonej rehabilitacji pod kątem zgodności z potrzebami w formule cyklicznych spotkań zespołu rehabilitacyjnego z Uczestnikiem. W ramach realizacji procesu rehabilitacji kompleksowej będą dokonywane okresowe przeglądy i analizy postępów prowadzonej rehabilitacji. Zadaniem PFRON jako jednostki monitorującej będzie analiza poprawności wykonywania tych czynności przez ORK.	Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją/ PFRON	Wysoki
	Podniesienie poziomu samooceny Uczestnika. Rodzina akceptując warunki rehabilitacji kompleksowej i możliwy długi okres	Monitorowanie lokalnego i regionalnego rynku pracy. Osoby odpowiedzialne za czynności wspomagające zatrudnienie Uczestnika na bieżąco monitorują rynek pracy oraz współpracują z IRP zgodnymi z miejscem zamieszkania uczestnika.	Pośrednik pracy	Wysoki
Rodzina i najbliższe otoczenie uczestnika		Zapewnienie wysokiego poziomu rehabilitacji kompleksowej w module psychospołecznym. Realizacja modułu psychospołecznego będzie realizowana w sposób umożliwiający podniesienie samooceny Uczestnika rehabilitacji, w tym poprzez	Zespół rehabilitacyjny/ Specjalista ds. zarządzania	Wysoki

ORK – Kierownictwo ORK	pobytu w ORK (rośląka, ograniczenia w kontaktach itp.) oczekuje podniesienia i utrzymania wysokiej samooceny Uczestnika.	zapewnienie mu możliwości stałego kontaktu z jego bliskimi i bieżącego dzielenia się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi obecności w ORK. Systematycznie zbierane i analizowane będą informacje od członków rodziny na temat spełniania ich oraz Uczestnika oczekiwani w trakcie pobytu w ORK i na ich podstawie w razie potrzeby będą dokonywane korekty działań.	rehabilitacja/ PFRON	Wysoki
	Ograniczenie czasu pobytu Uczestnika poza miejscem zamieszkania. Najbliżsi Uczestnika oczekują rozwiązania, które w możliwie najmniejszym stopniu wpłynę na osłabienie ich wspólnych więzi i relacji.	Ustalenie jasnego i precyzyjnego planu rehabilitacji oraz jego akceptacja przez Uczestnika. Uczestnik oraz jego najbliżsi znają zasady uczestnictwa w rehabilitacji kompleksowej w ORK. Zasady i warunki realizacji IPR będą sformalizowane i będą miały formę pisemną.	Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją/ Zespół rehabilitacyjny	Wysoki
		Możliwie krótki czas pobytu stacjonarnego Uczestnika w ORK. Realizacja rehabilitacji powinna być prowadzona w sposób umożliwiający wysoką jakość działań w jak najkrótszym okresie czasu. Skrócenie czasu pobytu stacjonarnego ma na celu minimalizację negatywnych skutków rozłąki z rodziną (np. rozpad więzi).	Zespół rehabilitacyjny	Wysoki
	Pozyskanie nowego produktu w ramach usług świadczonych na rynku. ORK oczekuje możliwości pozyskania nowego produktu, który może być świadczony także w formule komercyjnej na rynku.	Określenie precyzyjnych warunków, jakie musi spełniać jednostka, która będzie pełniła rolę ORK. Zostaną precyzyjnie ustalone warunki, jakie musi spełniać jednostka pod kątem obsługi procesu rehabilitacji kompleksowej (personel jednostki i program rehabilitacji), jak również wyposażenia i infrastruktury.	PFRON/ZUS/ CIOP-PIB	Wysoki
	Pozyskanie środków na rozwój jednostki. Realizacja nowego procesu rehabilitacji kompleksowej, który nie był wcześniej realizowany przez jednostkę (ORK) może wymagać przeprowadzenia inwestycji angażującej środki finansowe	Zapewnienie formy finansowania adekwatnej do stawianych wymagań i koniecznych do poniesienia nakładów inwestycyjnych. Forma finansowania jednostki kompensująca możliwe koszty poniesione przez jednostkę dla spełnienia wysokich wymagań wobec przyszłego ORK (niezbędne zakupy i inwestycje).	PFRON	Wysoki
	Rekrutacja odpowiedniej liczby uczestników kompleksowej rehabilitacji. ORK oczekuje zapewnienia dopływu określonej w umowie liczby uczestników rehabilitacji kompleksowej w ORK.	Zapewnienie odpowiedniej promocji wśród potencjalnych Uczestników kompleksowej rehabilitacji. Intensywna akcja upowszechniająca model (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach	PFRON/ZUS/ CIOP-PIB	Wysoki

ORK – zarządzanie kompleksową rehabilitacją.		zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołów orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej). Upowszechnienie wiedzy na temat możliwości udziału w projekcie wśród organizacji i instytucji zrzeszających lub pomagających osobom niepełnosprawnym.		
	Współpraca specjalistów prowadzących rehabilitację kompleksową w ramach zespołów rehabilitacyjnych.	ORK prowadząc działania rehabilitacyjne zapewni współpracę osób prowadzących rehabilitację Uczestnika.	Wysoki	Kierownictwo ORK/Kierownik zespołu rehabilitacyjnego/CIOP-PIB
	Precyzyjne wytyczne w zakresie zarządzania rehabilitacją kompleksową. Specjaliści ds. zarządzania rehabilitacją oczekują wytycznych odnośnie do wymagań, jakie mają spełnić w trakcie realizacji procesu rehabilitacji kompleksowej.		Wysoki	Kierownictwo ORK/ Kierownik zespołu rehabilitacyjnego
ORK – zespół rehabilitacyjny.	Zapewnienie wysokiego poziomu rehabilitacji kompleksowej.	Członkowie zespołu rehabilitacyjnego oczekują możliwości realizacji zadań w ramach rehabilitacji kompleksowej zgodnie z posiadaną wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem.	Wysoki	Kierownictwo ORK/ Kierownik zespołu rehabilitacyjnego
		Zapewnienie wysokiej wydajności i efektywności systemu organizacji procesu rehabilitacji. Realizowane będą działania rehabilitacyjne adekwatne do potrzeb Uczestnika, które w możliwie najlepszy sposób wpłyną na poprawę jego stanu. Efektywność procesu rehabilitacji kompleksowej zostanie zapewniona m.in. poprzez: • Koordynację procesu rehabilitacji kompleksowej przez specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją; • Zastosowanie podejścia procesowego do opisu działań realizowanych na poszczególnych etapach realizacji IPR; • Okresową weryfikację i przegląd IPR.	Wysoki	Kierownictwo ORK/ Kierownik zespołu rehabilitacyjnego

	Realizacja procesu rehabilitacji kompleksowej w odpowiadającej potrzebie infrastruktury. Członkowie zespołu rehabilitacyjnego, realizujący zadania w ramach rehabilitacji kompleksowej oczekują zapewnienia przez ORK wyposażenia i infrastruktury, która pozwala na realizację rehabilitacji zgodnie z posiadaną wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem.	Zapewnienie adekwatnego doboru członków zespołu rehabilitacyjnego pod kątem jakości ich kwalifikacji. Kierownictwo ORK zapewni, że zadania w ramach ORK będą wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, adekwatnie do potrzeb Uczestnika oraz wymagań zawartych w modelu.	Kierownik zespołu rehabilitacyjnego	Wysoki
	Informacja na temat terminów, miejsc i zasad prowadzenia rehabilitacji w ORK. Członkowie zespołu rehabilitacyjnego realizujący zadania w ramach rehabilitacji kompleksowej oczekują jasnych zasad prowadzenia rehabilitacji, aby możliwe było zaplanowanie z odpowiednim wyprzedzeniem wykonywanych przez nich czynności.	Zapewnienie dostępu do odpowiedniej infrastruktury w ORK. Kierownictwo ORK zapewnia dostęp do infrastruktury i wyposażenia, które jest adekwatne do potrzeb prowadzonej rehabilitacji Uczestnika. Pewną wskazówką w tym zakresie powinny być wytyczne stawiane przez PFRON.	Kierownictwo ORK	Wysoki
Instytucje szkoleniowe	Pozykskanie zlecenia na świadczenie usług w zakresie szkoleń/kursów zawodowych. Instytucje zewnętrzne świadczące usługi szkoleniowe związane z przekwalifikowaniem zawodowym liczą na możliwość włączenia się w realizację rehabilitacji kompleksowej w module zawodowym.	Zapewnienie możliwości włączania się instytucji szkoleniowych w proces rehabilitacji kompleksowej. Zapewniony zostanie dostęp do szkoleń/kursów zawodowych prowadzonych przez instytucje szkoleniowe posiadające odpowiednie doświadczenie z punktu widzenia możliwości realizacji działań w zakresie przekwalifikowania zawodowego.	Kierownictwo ORK	Średni

	Prowadzenie zajęć w grupach gwarantujących opłacalność zleceń. Oczekiwaniem jednostki szkoleniowej jest prowadzenie kształcenia w sposób najbardziej efektywny finansowo (dobór odpowiednio licznej grupy szkoleniowej).	Prowadzenie właściwej i efektywnej organizacji procesu kształcenia zawodowego. Zapewnienie współpracy na warunkach partnerskich pomiędzy OKR a instytucją szkoleniową, przy równoczesnym uwzględnieniu potrzeb minimalizowania czasu pobytu Uczestnika w OKR.	Kierownictwo OKR	Średni
Pracodawcy	Pozysskanie kompetentnego i wartościowego pracownika. Pracodawca oczekuje pracownika, któremu bez obaw może powierzyć realizację określonych zadań.	Efektywne przygotowanie Uczestników rehabilitacji kompleksowej i ich wysokie kwalifikacje. Uczestnik uzyska adekwatne do potrzeb rynkowych kwalifikacje zawodowe, co jest możliwe przez dobór najbardziej odpowiedniego dla niego zawodu na podstawie procesu oceny kompetencji zawodowych, z uwzględnieniem ICF.	Zespół rehabilitacyjny	Wysoki
		Odpowiednie prezentowanie umiejętności Uczestnika na lokalnym rynku pracy. Popularyzacja informacji o kompetencjach Uczestnika wśród potencjalnych pracodawców na lokalnym rynku pracy (z uwagi na miejsce zamieszkania Uczestnika).	Pośrednik pracy	Średni
	Wiedza na temat ewentualnego dostosowania, jakie musi spełnić, aby zatrudnić Uczestnika. Pracodawca przed zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej oczekuje informacji o tym, w jakim stopniu jej dysfunkcja może wpłynąć na pracę (miejsce pracy, relacje z innymi pracownikami itp.).	Skuteczny monitoring sytuacji na lokalnym rynku pracy. Monitoring lokalnego (z uwagi na potrzeby Uczestników) rynku pracy pod kątem zapotrzebowania na określone kompetencje oraz stała komunikacja z potencjalnymi pracodawcami, ze wskazaniem na korzyści wynikające z zatrudnienia Uczestnika.	Pośrednik pracy	Wysoki
	Wiedza na temat korzyści i kosztów związanych z zatrudnieniem Uczestnika. Pracodawca oczekuje jasnego przekazu na temat bilansu kosztów i korzyści związanych z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej.	Odpowiednia prezentacja umiejętności Uczestnika na rynku pracy. Upowszechnienie informacji na temat bilansu kosztów i korzyści związanych z zatrudnieniem Uczestnika. Przedstawiciel OKR zapewnia komunikację z potencjalnymi pracodawcami jeszcze w momencie trwania rehabilitacji kompleksowej.	Pośrednik pracy	Średni

PFRON	Prowadzenie działań statutowych i realizacja misji. PFRON oczekuje dzięki realizacji projektu zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych wykluczonych społecznie i zawodowo.	Realizacja pilotażowego projektu testującego model kompleksowej rehabilitacji. Działania mające na celu weryfikację i modyfikację przyjętych założeń (3 cykle ewaluacji mid-term, po każdym roku pilotażu), co pozwoli na sformułowanie właściwych wniosków i rekomendacji do zmian systemu rehabilitacji.	PFRON	Wysoki
		Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej). Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	PFRON	Wysoki
	Wylonienie ORK, które spełnią wymagania instytucjonalne i organizacyjne. Zadaniem PFRON jako lidera projektu jest zapewnienie wyboru ORK w taki sposób, aby możliwe stało się prawidłowe przetestowanie rozwiązania modelowego, które następnie posłuży wypracowaniu rozwiązań systemowych zmieniających system rehabilitacji w Polsce.	Odpowiednie sformalizowanie wymagań stawianych ORK. Wylonienie podmiotu, który będzie spełniał wysokie wymagania jakościowe. Równocześnie wyłonione jednostki będą reprezentantami grupy podmiotów, które w skuteczny sposób są w stanie zapewnić zatrudnienie Uczestnika.	PFRON	Wysoki
	Koordynacja działalności instytucji biorących udział w projekcie. PFRON oczekuje ścisłej współpracy wszelkich podmiotów zaangażowanych w realizację pilotażu w celu jego terminowej i efektywnej realizacji.	Odpowiedni przepływ informacji pomiędzy jednostkami. Aktywne włączenie wszystkich podmiotów zaangażowanych w realizację projektu poprzez zapewnienie im przydziału zadań, zgodnie z ich kompetencjami i profilem działalności.	PFRON	Wysoki

CIOP PIB	Możliwość prowadzenia badań statutowych i realizacji misji Instytutu. CIOP-PIB oczekuje możliwości przetestowania przyjętych rozwiązań oraz aktywnego wpływu na kształt prowadzonej rehabilitacji.	Realizacja pilotażowego projektu testującego wypracowany Model Rehabilitacji Kompleksowej. Zapewnienie możliwości udziału przedstawicieli CIOP-PIB w ocenie kompetencji zawodowych – ocenie początkowej i końcowej oraz procesie rehabilitacji.	PFRON/ Kierownictwo ORK	Wysoki
	Kompleksowa i weryfikowalna ocena Uczestnika pod kątem predyspozycji zawodowych. CIOP-PIB oczekuje możliwości prowadzenia badań w zakresie wykorzystania ICF do diagnozy i oceny potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami.	Utrzymanie wysokiego standardu i wysokiego poziomu oceny potencjału zawodowego Uczestników. Standaryzowane badania i oceny Uczestników we wszystkich ORK.	CIOP PIB	Wysoki
	Wysoki poziom orzeczeń pod kątem kwalifikacji zawodowych Uczestników kierowanych do ORK. CIOP-PIB oczekuje kwalifikacji osób, które mogą nabyć odpowiadające ich zdolnościom i umiejętnościom kwalifikacje zawodowe.	Realizacja szkoleń dla lekarzy orzekających na wysokim poziomie. Zostały przeprowadzone szkolenia dla lekarzy orzekających (ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespoły orzekania o niepełnosprawności) pod kątem przeprowadzania diagnozy z wykorzystaniem ICF.	CIOP PIB	Wysoki
ZUS	Możliwość prowadzenia badań statutowych i realizacji misji Zakładu. ZUS oczekuje możliwości wpływania na system rehabilitacji realizowany w kraju.	Realizacja pilotażowego projektu testującego wypracowany Model Rehabilitacji Kompleksowej. Działania mające na celu weryfikację i modyfikację przyjętych założeń (3 cykle ewaluacji md-term, po każdym roku pilotażu), co pozwoli na sformułowanie właściwych wniosków i rekomendacji do zmian systemu rehabilitacji.	ZUS	Wysoki
	Wysoka jakość orzeczeń o potrzebie kompleksowej rehabilitacji. ZUS oczekuje orzeczeń, które pozwolą na kwalifikację osób, które spełniają warunki: – niezdolności do pracy,	Zapewnienie wysokiego poziomu szkoleń dla lekarzy orzekających. Działania informacyjne mające na celu wskazanie, jakie warunki powinien spełnić Uczestnik i kryteria rekrutacji oraz wymagania stawiane zespołom kwalifikującym do kompleksowej rehabilitacji.	ZUS	Wysoki

[illegible]

	wypłacanych osobom niezdołnym do pracy i pobierających świadczenia z systemu ubezpieczeń społecznych.	MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.		
	Zmniejszenie liczby osób pozostających poza rynkiem pracy. Jednostki te oczekują zwiększenia liczby osób niepełnosprawnych, które podjęły zatrudnienie.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/PFRON	Średni
Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności	Wzrost wskaźnika aktywności zawodowej wśród osób z niepełnosprawnościami. Jednostki te oczekują, że w wyniku realizacji projektu zmniejszy się liczba świadczeń wypłacanych osobom pozostającym bez pracy.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/PFRON	Średni
PUP	Wzrost wskaźnika aktywności zawodowej wśród osób z niepełnosprawnościami, zmniejszenie liczby osób z niepełno-	Zadbać o odpowiednią prezentację umiejętności Uczestnika na rynku pracy. W ramach modułu zawodowego zostaną podjęte działania w zakresie rozwoju umiejętności Uczestnika rehabilitacji w zakresie aktywnego poruszania się po	Pośrednik pracy, specjalista ds. ergonomii,	Średni

Firmy ubezpieczeniowe	sprawnościami pozostających w reje-strach PUP. Obecny rynek pracy ma charakter rynku pracownika i urzędy pracy mają często wię-ciej ofert pracy niż osób, które są w stanie ją podjąć. Jako podmiotom aktywnie zaangażowanym w politykę rynku pracy zależy im na zmniejszaniu liczby osób, które nie pracują.	rynku pracy. Przygotowanie warunków, opisanie barier i możliwości zatrudnienia uczestnika. Współpraca z IRP.	specjalista ds. zarządzania rehabilitacją	Niski
	Zmniejszenie wysokości świadczeń pie-niężnych wypłacanych jako odszkodowa-nia dla osób, które uległy wypadkom. Instytucjom tym zależy na zmniejszeniu wysokości środków finansowych wypła-canych osobom niepełnosprawnym, które utraciły możliwość wykonywania zawodu w wyniku wypadku.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacji 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/PFRON	Niski
	Poprawa wizerunku wśród społeczeństwa i klientów. Firmom ubezpieczeniowym zależy na par-tycypowaniu jako współfinansujący świadczenia dla ubezpieczonych.	Aktywny udział w konsultacjach ostatecznej wersji modelu. Przy ustalaniu ostatecznej wersji modelu oraz propozycji w zakresie źródeł finansowania modelu po zakończeniu projektu grupa zostanie włączona do zespołu pracującego nad wypracowaniem propozycji systemowych.	PFRON	Średni
		Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacji 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/PFRON	Niski

		Przygotowanie propozycji w zakresie sposobu finansowania świadczeń w ORK dla osób objętych ubezpieczeniem. Przy ustalaniu ostatecznej wersji modelu oraz propozycji w zakresie źródeł finansowania systemu rehabilitacji kompleksowej po zakończeniu projektu grupa zostanie włączona do zespołu pracującego nad wypracowaniem rozwiązań systemowych w tym obszarze.	PFRON	Niski
	Weryfikacja stawek związanych z rehabilitacją osób po utracie zdolności do wykonywania pracy w wyniku wypadków. Podmioty oczekują możliwości zweryfikowania stawek ponoszonych na rehabilitację, które są zamawiane na rynku.	Udział w konsultacjach ostatecznej wersji modelu. Przy ustalaniu ostatecznej wersji modelu oraz propozycji w zakresie źródeł finansowania systemu rehabilitacji kompleksowej po zakończeniu projektu grupa zostanie włączona do zespołu pracującego nad wypracowaniem rozwiązań systemowych w tym obszarze.	PFRON	Niski
Samorząd terytorialny (powiatowy, gminny)	Zmniejszenie wysokości świadczeń pieniężnych wypłacanych osobom z niepełnosprawnościami. Instytucje te oczekują, że w wyniku realizacji projektu zmniejszy się liczba świadczeń wypłacanych osobom niepełnosprawnym.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/PFRON	Niski
	Realizacja zadań samorządu wobec osób z niepełnosprawnościami. Samorządowi zależy na aktywne włączenie osób niepełnosprawnych pozostających bez pracy do społeczności.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej	ZUS/PFRON	Niski

		i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju. Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/PFRON	Niski
NFZ	Ograniczenie i bardziej efektywne wydatkowanie środków na rehabilitację NFZ zależy na obniżeniu wydatków na świadczenia rehabilitacyjne i wydatki dla osób z niepełnosprawnościami.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju. Należy zadbać o popularyzację i wysoki poziom akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu na wielu płaszczyznach. Im większa wiedza i akceptacja dla podejmowanych działań, tym większe prawdopodobieństwo zmian w systemie rehabilitacji.	ZUS/PFRON	Średni
Administracja rządowa	Zmniejszenie obciążenia kosztami świadczeń pieniężnych oferowanych osobom, które mogą powrócić na rynek pracy.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do	ZUS/PFRON	Średni

	Urzędowi zależy na wypracowaniu rozwiązania systemowego, które pozwoli na bardziej adekwatny i efektywny transfer środków publicznych dla osób niepełnosprawnych.	potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.		
Organizacje pozarządowe	Włączenie społeczne osób, które mogą pracować. Organizacjom zależy na rozwiązaniu pozwalającym na efektywną integrację osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i zawodowym.	Zapewnienie organizacjom pozarządowym udziału w procesie kompleksowej rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	PFRON	Średni
Społeczeństwo	Potwierdzenia, że pieniądze płacone w składkach, podatkach służą celom społecznym. Społeczeństwo oczekuje, że środki, którymi zarządza państwo służą minimalizacji ważnych problemów społecznych.	Upowszechnienie Modelu Kompleksowej Rehabilitacji. Popularyzacja idei projektu oraz jego rezultatów (artykuły w prasie specjalistycznej, reklamy radiowe i telewizyjne, wydruk i dystrybucja modelu do potencjalnych interesariuszy – 1000 sztuk, dystrybucja materiałów promocyjnych w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON, MSWiA oraz zespołach orzekania o niepełnosprawności oraz organizacja 4 seminariów regionalnych i 1 podsumowującego w celu prezentacji modelu – wersji wstępnej i końcowej) i zapewnienie wysokiego poziomu akceptacji założeń, celów i planowanych rezultatów projektu. Im większa popularność modelu, tym większe prawdopodobieństwo zmian systemowych w zakresie działań rehabilitacyjnych prowadzonych w kraju.	ZUS/ PFRON	Średni

CZĘŚĆ II.
PLAN FUNKCJONOWANIA
OŚRODKA REHABILITACJI
KOMPLEKSOWEJ

V. PROGRAM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI W OŚRODKU

1. Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej będzie realizował zadania zgodnie z następującą formułą:

1.1. Dwutygodniowy okres próbny:

1.1.1. Przyjęcie Uczestnika do ORK

1.1.2. Ocena kompetencji zawodowych każdego Uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF

1.1.3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) dla każdego Uczestnika i podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej

1.1.4. Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego

1.2. Realizacja rehabilitacji kompleksowej:

1.2.1. Moduł zawodowy

1.2.2. Moduł psychospołeczny

1.2.3. Moduł medyczny

1.2.4. Wsparcie porehabilitacyjne

1.2.5. Świadczenia opcjonalne

1.2.6. Świadczenia towarzyszące

2. W ramach dwutygodniowego okresu próbnego przeprowadzone zostaną:

2.1. Przyjęcie Uczestnika do ORK

2.2. Ocena kompetencji zawodowych każdego Uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF

2.3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) dla każdego Uczestnika i podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej

2.4. Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego

5.1.1. Przyjęcie Uczestnika do ORK

1. Proces rozpoczyna się po przekazaniu przez PFRON informacji o zakwalifikowaniu uczestnika do ORK. Wraz z informacją ORK otrzymuje kopię dokumentacji, która po-

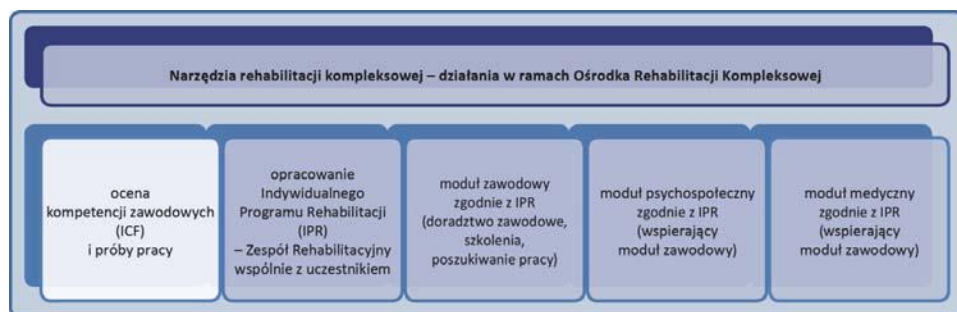
wstała w trakcie oceny dokonywanej przez podmioty orzekające (ZUS, KRUS, MON, MSWiA, zespoły orzekania o niepełnosprawności) w procesie kwalifikowania do kompleksowej rehabilitacji. Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników wstępnie wypełnia Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR) w części stanowiącej wnioski z oceny wykonywanej przez lekarza/komisję/zespół orzekający. Przekazane przez PFRON dokumenty w wersji kompletnej stanowią załącznik do IPR.

2. ORK uzgadnia z PFRON termin przeprowadzenia Diagnostyki na wejściu – oceny kompetencji zawodowych (termin ten jest ustalany w porozumieniu z CIOP-PIB). ORK prowadzi ewidencję terminów, w których potencjalni Uczestnicy poddani zostaną ocenie początkowej.
3. PFRON informuje potencjalnego Uczestnika o terminie i miejscu przyjęcia do ORK oraz prowadzenia oceny początkowej. W przypadku zastrzeżeń co do terminu, po uzgodnieniu z ORK, ustalany jest kolejny termin, akceptowany przez potencjalnego Uczestnika.
4. Przed terminem oceny początkowej Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników w ORK telefonicznie i/lub mailowo kontaktuje się z potencjalnym Uczestnikiem i potwierdza terminy. W przypadku wystąpienia problemów z obecnością potencjalnego Uczestnika w umówionym terminie, pracownik ORK ustala z potencjalnym Uczestnikiem nowy termin oceny. Informacja o tym przekazywana jest do PFRON.
5. W ustalonym terminie potencjalny Uczestnik zgłasza się do ORK. Po przybyciu Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników zapoznaje Uczestnika ze szczegółowym harmonogramem oceny kompetencji zawodowych.
6. Informacja o przybyciu nowego Uczestnika przekazywana jest do zespołu prowadzącego ocenę kompetencji zawodowych.
7. W przypadku, kiedy potencjalny Uczestnik został zakwalifikowany do rehabilitacji w trybie stacjonarnym kwaterowany jest do pokoju na terenie ORK.
8. Uczestnicy są zapoznawani ze strukturą i bazą ORK celem prezentacji obiektu i miejsc świadczenia usług.
9. Realizacja pierwszego z rodzajów wsparcia, tj. oceny kompetencji zawodowych powinna być rozpoczęta nie później niż dnia następnego po przyjęciu Uczestnika do ORK.

10. Następnego dnia po dniu przyjęcia Uczestników, ORK prześle do PFRON raport z listą osób przyjętych do ORK, w tym listą osób korzystających z zakwaterowania i podaniem pozostałych wolnych miejsc. PFRON po weryfikacji skieruje kolejne osoby do ORK, tak aby w ośrodku przebywało maksymalnie do 30 osób w trybie stacjonarnym, a łącznie około 50 osób (chyba że ORK zadeklaruje przyjęcie większej grupy w trybie niestacjonarnym).

Uczestnik ma możliwość zrezygnowania z realizacji IPR po tym okresie. Rezygnacja po podpisaniu IPR będzie skutkowała zwrotem dotychczas poniesionych kosztów na rehabilitację danej osoby. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy przyczyną nieukończenia rehabilitacji kompleksowej było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. W nagłych sytuacjach losowych Kierownik Projektu na wniosek kierownictwa ORK może odstąpić od kary finansowej.

V.1. Ocena kompetencji zawodowych



Cele procesu

1. Celem przeprowadzenia **wieloaspektowej oceny kompetencji zawodowych** u osoby, u której orzeczono potrzebę kompleksowej rehabilitacji i którą skierowano na taką rehabilitację do jednego z 4 ośrodków jest określenie:
 - 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 na bazie potencjału fizycznego, psychicznego oraz intelektualnego, możliwego do wykorzystania w celu powrotu do funkcjonowania społeczno-zawodowego.

Założenia procesu

2. 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 dla przeprowadzenia pogłębionej oceny sprawności i możliwości psychofizycznych badanych osób do wykonywania pracy.
3. Do przeprowadzenia oceny kompetencji zawodowych wykorzystany zostanie **model oceny zdolności do pracy** zawierający profil kategoryalny 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.
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 profil kategoryalny oparty na profilu kategoryalnym dla rehabilitacji zawodowej (Vocational 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, praktyczne

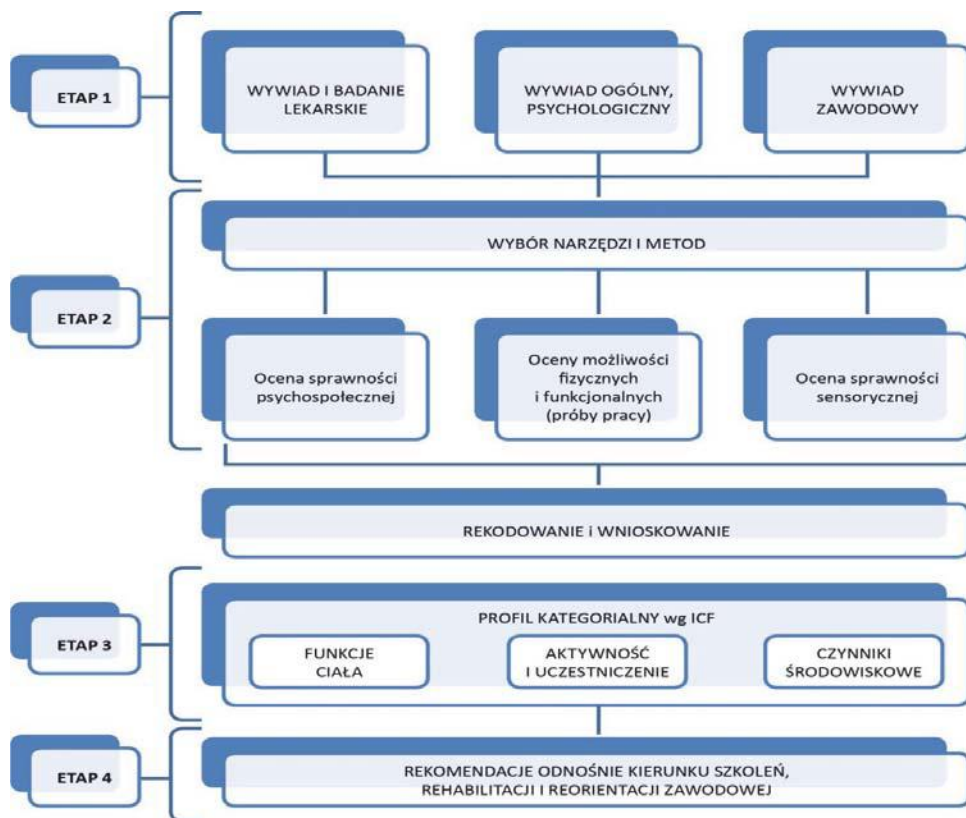
- techniczne, praktyczno-estetyczne, opiekuńczo-usługowe, kierowniczo-organizacyjne, biologiczne, motywacja do osiągnięć, e-kompetencje),
- sprawności umysłowej (m.in. poziom inteligencji, pamięć, koncentracja i podzielność uwagi, spostrzegawczość),
- osobowości i temperamentu (m.in. neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość, sumienność, ruchliwość, hamowanie i równowaga procesów nerwowych, żwawość, perseweratywność, wrażliwość sensoryczna, reaktywność emocjonalna, wytrzymałość, aktywność, impulsywność, skłonność do ryzyka),
- 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:
 - zakresu ruchomości w stawach, siły mięśniowej, równowagi i chodu, tolerancji wysiłku fizycznego,
 - 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 zrozumiałość mowy),
 - ostrości wzroku (w tym ostrości widzenia przy obniżonym kontraście), widzenia barw.

Organizacja procesu

6. Przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych zakłada **4 etapy działań diagnostycznych** wskazanych na rysunku 6.
7. **Etap 1** – w pierwszym etapie oceny kompetencji przeprowadzone zostaną wywiad i badanie lekarskie, wywiad ogólny psychologiczny oraz wywiad zawodowy. Na tej podstawie zespół specjalistów (m. in. lekarz/psycholog/doradca zawodowy) dokona wyboru narzędzi i metod oceny. Zakres ocenianych możliwości fizycznych, funkcjo-

nalnych, 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.

Rysunek 6. Etapy oceny kompetencji zawodowych



Źródło: opracowanie własne.

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

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, z 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 kategorialnym 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.

Realizatorem tej części badania będzie CIOP-PIB przy udziale specjalistów z ORK (lekarz/fizjoterapeuta/psycholog/doradca zawodowy).

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 kategorialnego 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.

Realizacja tej części badania będzie prowadzona przez połączone zespoły CIOP-PIB i ORK (lekarz/fizjoterapeuta/psycholog/doradca zawodowy).

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 kategorialnego w zakresie kompetencji zawodowych tych osób.

Realizacja tego etapu badania będzie prowadzona przez połączone zespoły CIOP-PIB i ORK (lekarz/fizjoterapeuta/psycholog/doradca zawodowy).

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 osoby, które będą poddane rehabilitacji dłużej niż 6 miesięcy, po upływie 6 miesięcy zostaną poddane dodatkowej ocenie.

Efekty procesu

12. Wynikiem oceny kompetencji zawodowych na początku pobytu w ośrodku będzie profil kategorialny ICF wraz z **rekomendacjami dla zespołu rehabilitacyjnego opracowującego Indywidualny Program Rehabilitacji**, dotyczącymi kierunku rehabilitacji, przekwalifikowania zawodowego i szkoleń zawodowych. Wynik oceny kompetencji zawodowych przeprowadzonej na końcu pobytu w ośrodku będzie wskaźnikiem efektywności procesu kompleksowej rehabilitacji w procesie nabywania kompetencji zawodowych umożliwiających powrót do pracy.

Schemat procesu²⁰

Nr	Operacja:	Realizator:	Krótki opis:
2.1	Przyjęcie informacji o zakwalifikowaniu potencjalnego Uczestnika	PFRON – Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK ORK – Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników	1. Proces rozpoczyna się po przekazaniu przez PFRON informacji o zakwalifikowaniu uczestnika do ORK. Wraz z informacją Ośrodek otrzymuje kopię dokumentacji, która powstała w trakcie oceny dokonywanej przez podmioty orzekające. Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników wstępnie wypełnia Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR) w części stanowiącej wnioski z oceny wykonywanej przez lekarza/komisję/zespół orzekający. Przekazane przez PFRON dokumenty w wersji kompletnej stanowią załącznik do IPR. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: Wypełnienie IPR w części stanowiącej wnioski z oceny a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji 2. ORK uzgadnia z PFRON termin przeprowadzenia Diagnostyki na wejściu – oceny kompetencji zawodowych (termin jest ustalany w porozumieniu z CIOP-PIB). ORK prowadzi ewidencję terminów, w których potencjalni Uczestnicy poddani zostaną ocenie. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: Przekazanie informacji o terminie oceny 3. PFRON informuje potencjalnego Uczestnika o terminie i miejscu przyjęcia do ORK i prowadzenia oceny początkowej. W przypadku zastrzeżeń

²⁰ W ostatnim rozdziale zamieszczono wzory podstawowych dokumentów, stosowanych w ramach procesu oceny kompetencji zawodowych.

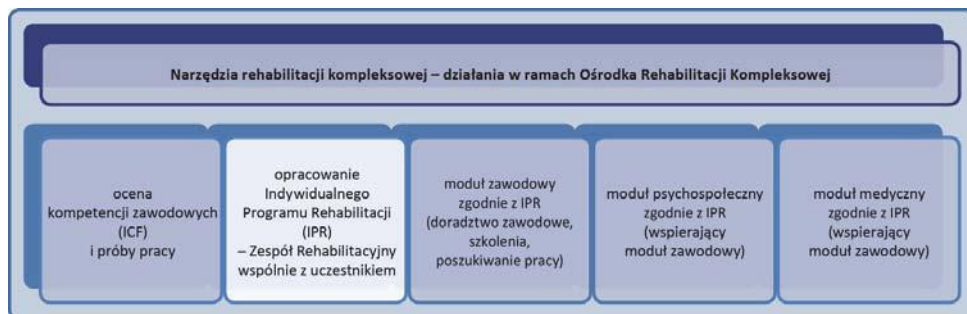
			co do terminu, po uzgodnieniu z ORK, ustalany jest kolejny termin, akceptowany przez potencjalnego Uczestnika. Realizator: PFRON – Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK Forma: Przekazanie informacji do potencjalnego Uczestnika 4. Przed terminem oceny początkowej Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników telefonicznie i/lub mailowo kontaktuje się z potencjalnym Uczestnikiem i potwierdza termin. W przypadku wystąpienia problemów z obecnością potencjalnego Uczestnika w umówionym terminie, pracownik ORK ustala z potencjalnym Uczestnikiem nowy termin oceny. Informacja o tym przekazywana jest do PFRON. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: Weryfikacja terminu oceny początkowej
2.2	Rejestracja potencjalnego Uczestnika	Jednostka administracyjna ORK: – specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników	1. W ustalonym terminie potencjalny Uczestnik zgłasza się do ORK. Po przybyciu zostaje zapoznany ze szczegółowym harmonogramem oceny kompetencji zawodowych. W przypadku, gdy potencjalny Uczestnik został zakwalifikowany do rehabilitacji w trybie stacjonarnym kwaterowany jest do pokoju na terenie ORK. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: Informacja dla uczestnika kompleksowej rehabilitacji. 2. Informacja o przybyciu nowego uczestnika przekazywana jest do zespołu prowadzącego ocenę kompetencji zawodowych. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: Powiadomienie zespołu prowadzącego ocenę kompetencji zawodowych. 3. Uczestnicy są zapoznawani ze strukturą i bazą ORK celem prezentacji obiektu i miejsc świadczenia usług. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: zapoznanie ze strukturą i bazą ORK.
2.3	Ocena początkowa	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP):	1. W wyznaczonym terminie potencjalny Uczestnik rozpoczyna ocenę początkową prowadzoną przez połączone zespoły: rehabilitacyjny (ORK) oraz oceny kompetencji zawodowych (CIOP).

		– psycholog (CIOP, ORK) – doradca zawodowy (CIOP, ORK) – fizjoterapeuta (ORK) – lekarz (ORK)	Celem oceny jest określenie: • 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 – na bazie potencjału fizycznego, psychicznego oraz intelektualnego, możliwego do wykorzystania w celu powrotu do funkcjonowania społeczno-zawodowego. W ramach oceny dokonywana jest diagnoza prowadzona przez: • Lekarza (ORK) • Psychologów (CIOP, ORK) • Doradców zawodowych (CIOP, ORK) • Fizjoterapeutę (ORK) 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. Przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych zakłada 4 etapy działań diagnostycznych Realizator: Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) Forma: Badanie zgodnie z modelem oceny zdolności do pracy Załączniki: zgodnie z etapami oceny
2.3.1	Ocena początkowa – Etap I	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	1. W pierwszym etapie oceny kompetencji przeprowadzone zostaną: wywiad ogólny, wywiad psychologiczny, wywiad zawodowy oraz badanie lekarskie. I Etap: • badanie lekarskie, wywiad ogólny Realizator – Lekarz (ORK)/Fizjoterapeuta (ORK) a) Załącznik: Karta Oceny Medycznej • Wywiad psychologiczny Realizator – Psycholog (ORK), Psycholog (CIOP) b) Załącznik: Kwestionariusz Wywiadu Psychologicznego • Wywiad zawodowy Realizator – Doradca zawodowy (ORK), Doradca zawodowy (CIOP) c) Załącznik: Kwestionariusz Wywiadu Zawodowego

			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.
2.3.2	Ocena początkowa – Etap II	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	1. W oparciu o sprecyzowany w I Etapie zakres badań, dokonana zostanie ocena sprawności psychospołecznych, możliwości fizycznych i funkcjonalnych i sprawności sensorycznych. Uczestnik przechodzi do II Etapu badań prowadzonego przez Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP). 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. 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 kategorialnym wg klasyfikacji ICF. Realizator: Zespoły CIOP i ORK Forma: Badanie zgodnie z modelem oceny zdolności do pracy Wyniki z tego etapu wraz z wcześniejszymi diagnozami stanowią podstawę do dokonania oceny indywidualnego profilu kategorialnego wg. ICF.
2.3.3	Ocena początkowa – Etap III i IV	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	1. Na podstawie wywiadów i obserwacji specjaliści prowadzący diagnozę dokonają 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 dokonuje oceny indywidualnego profilu kategorialnego (Etap III). Realizator: Zespoły CIOP i ORK Forma: Rekodowanie ocen oraz wniosków z obserwacji 2. Ostatni etap oceny kompetencji zawodowych badanych osób przewiduje opracowanie rekomendacji odnośnie kierunku rehabilitacji i przekwalifikowania zawodowego, które wynikają bezpośrednio z indywidualnego profilu kategorialnego w zakresie kompetencji zawodowych tych osób (Etap IV).

			Efektom prac zespołu jest dokument w postaci Oceny kompetencji zawodowych wg ICF zawierający rekomendacje odnośnie kierunków rehabilitacji kompleksowej w poszczególnych modułach. Realizator: Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) Forma: Przygotowanie Indywidualnego profilu kategorialnego oraz ocena kompetencji zawodowych (wg ICF). a) Załącznik: Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF b) Załącznik: Ocena kompetencji zawodowych – wg ICF
2.4	Ocena końcowa	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	1. Po zakończeniu procesu rehabilitacji kompleksowej Uczestnik poddany zostanie ocenie końcowej. Na podstawie wyników rehabilitacji, IPR i obserwacji zespół prowadzący ocenę końcową dokona oceny indywidualnego profilu kategorialnego, a wyniki zostaną zagregowane do formularza Oceny kompetencji zawodowych (w części oceny końcowej). Realizator: Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) Forma: – Przygotowanie Indywidualnego profilu kategorialnego oraz ocena kompetencji zawodowych (wg. ICF). – Przygotowanie arkusza oceny końcowej. a) Załącznik: Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF b) Załącznik: Ocena kompetencji zawodowych – wg ICF c) Załącznik: Arkusz oceny końcowej IPR Wyniki oceny końcowej będą stanowiły jeden z elementów oceny skuteczności procesu kompleksowej rehabilitacji.
2.5	Archiwizacja dokumentacji	Obsługa administracyjna ww. jednostek	Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce.
	Zakończenie procesu		

V.2. Indywidualny Program Rehabilitacji



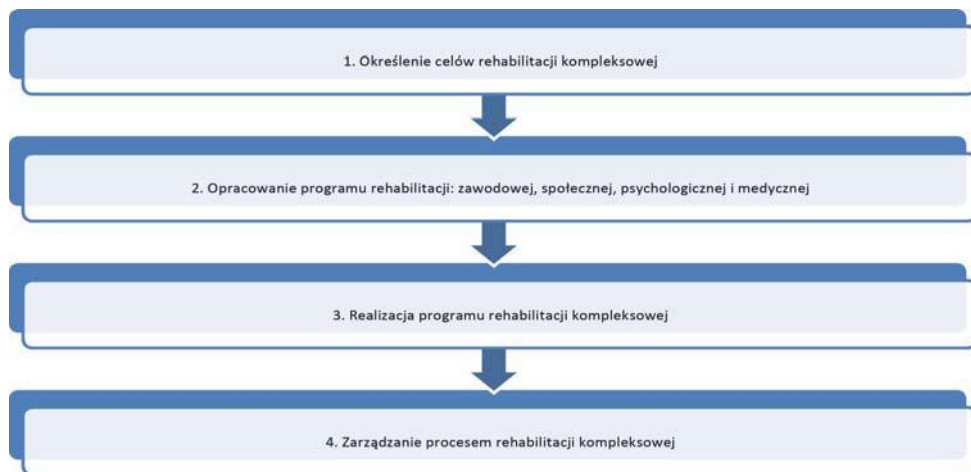
Cele procesu

1. Opracowanie **Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR)** ma na celu zapewnienie spójnego i ustrukturyzowanego podejścia do realizacji procesu rehabilitacji kompleksowej poprzez określenie ścieżki wsparcia uczestnika rehabilitacji.

Założenia procesu

2. IPR będzie tworzony dla każdego Uczestnika, przy jego aktywnej współpracy, po przeprowadzeniu diagnozy z uwzględnieniem klasyfikacji ICF i uzyskaniu rekomendacji dla zespołu rehabilitacyjnego dotyczących kierunku szkoleń i reorientacji zawodowej. IPR obejmuje wszystkie moduły rehabilitacji kompleksowej: medyczny, psychospołeczny i zawodowy.
3. Proces opracowywania Indywidualnego Programu Rehabilitacji składa się z następujących elementów:
 1. Określenie celów rehabilitacji kompleksowej;
 2. Opracowanie programu rehabilitacji zawodowej, medycznej oraz psychospołecznej;
 3. Realizacja programu rehabilitacji kompleksowej wraz z okresową oceną i weryfikacją prowadzonych działań;
 4. Zarządzanie procesem rehabilitacji kompleksowej.
4. IPR zostanie przygotowany przez **zespół rehabilitacyjny wspólnie z Uczestnikiem**, w formie pisemnej z wykorzystaniem opracowanych formularzy, specyficznych dla poszczególnych modułów (modułu zawodowego, psychospołecznego i medycznego). W procesie tworzenia IPR zostaną określone harmonogram i sekwencja działań do realizacji przez Uczestnika procesu rehabilitacji. Uczestnik programu akceptuje **IPR poprzez złożenie podpisu na oświadczeniu potwierdzającym zapoznanie się z dokumentem**.

Rysunek 7. Proces opracowywania Indywidualnego Programu Rehabilitacji



Źródło: opracowanie własne.

Organizacja procesu

5. **Określenie celów rehabilitacji kompleksowej** będzie następowało w oparciu o rekomendacje dotyczące rehabilitacji, ewentualnego przekwalifikowania zawodowego i kierunku szkoleń zawodowych. Cele te zostały podzielone na cel główny i cele szczegółowe.
6. **Celem głównym** rehabilitacji kompleksowej jest uzyskanie przez osobę, która zakończy udział w programie, zatrudnienia na otwartym rynku pracy lub założenie działalności gospodarczej. Z tak zdefiniowanego celu wynika, iż celem wspólnym rehabilitacji medycznej oraz psychospołecznej jest wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej.
7. **Cele szczegółowe** odnoszą się do poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej:
 - (1) Moduł zawodowy:
 - przygotowanie do wejścia/powrotu na rynek pracy,
 - przekwalifikowanie zawodowe;
 - (2) Moduł psychospołeczny:
 - wzmocnienie motywacji do podjęcia pracy,
 - przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych, umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych,

- wsparcie wspomagające dla osób z najbliższego otoczenia uczestników programu;

(3) Moduł medyczny:

- przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie w jak największym, możliwym do osiągnięcia, stopniu,
- podtrzymanie/poprawa stanu funkcjonalnego,
- wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych,
- zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych.

8. **Opracowanie ścieżki prowadzenia rehabilitacji, czyli sposobu postępowania terapeutycznego** polega na doborze właściwych dla każdego Uczestnika, form i metod realizacji rehabilitacji kompleksowej nastawionej na przywracanie lub rozwój jego zdolności psychospołecznych i fizycznych oraz umiejętności zawodowych istotnych z punktu widzenia konkretnego zawodu. Projektowanie ścieżki prowadzenia rehabilitacji wymaga uwzględnienia następujących elementów:

- (1) Programu i wymiaru czasowego poszczególnych składowych rehabilitacji (zawodowego, psychospołecznego, medycznego);
- (2) Harmonogramu realizacji, w tym przewidywanego terminu realizacji programu;
- (3) Osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań;
- (4) Częstotliwości przeprowadzania oceny etapowej;
- (5) Wystandaryzowanej dokumentacji IPR.

9. **Programy i wymiar czasowy poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej** (zawodowego, psychospołecznego, medycznego) będą określone, z uwzględnieniem następujących zasad:

- Program rehabilitacji kompleksowej będzie tworzony dla każdego uczestnika projektu, przy **jego aktywnej współpracy**, w oparciu o rekomendacje dla zespołu rehabilitacyjnego dotyczące rehabilitacji, kierunku szkoleń i reorientacji zawodowej;
- Program będzie zawierał wykaz procedur zaplanowanych do realizacji u Uczestnika, w zakresie każdego modułu;
- Wymiar czasowy procedur z zakresu modułu medycznego i psychospołecznego będzie określany w skali dnia i najbliższego miesiąca (następnie aktualizowany cyklicznie w zależności od zmian stanu funkcjonalnego uczestnika), natomiast z zakresu modułu zawodowego będzie ustalony zgodnie z programem szkolenia zawodowego;
- Usługi z zakresu doradztwa i pośrednictwa pracy będą realizowane do dnia podpisania umowy o pracę (lub rozpoczęcia działalności gospodarczej), jednak nie dłużej niż 3 miesiące po uzyskaniu dokumentu o ukończeniu kształcenia zawodowego

(zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego/o ukończeniu kursu umiejętności zawodowych), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1632).

10. Harmonogram realizacji, w tym przewidywany termin realizacji programu
– harmonogram realizacji programu wymaga uwzględnienia następujących wytycznych:

- Procedury z zakresu modułu medycznego, psychospołecznego i wybrane z zawodowego, jak np. zajęcia komputerowe rozpoczynają się w dniu roboczym następującym po dniu, w którym opracowano IPR i uzyskano pisemną zgodę Uczestnika na formularzu „Oświadczenie dotyczące IPR”;
- Nauka zawodu będzie rozpoczynała się nie później niż w ciągu 21 dni od dnia, w którym opracowano IPR i uzyskano pisemną zgodę Uczestnika na Oświadczeniu dotyczącym IPR;
- Średni przewidywany czas pozostawania w ORK o 9 miesięcy. Maksymalny czas pozostawania w ORK to 12 miesięcy;
- Rehabilitacja kompleksowa będzie prowadzona od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–18.00;
- W przypadku realizacji poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej poza ORK niezbędne będzie:
 - dla osób uczestniczących w rehabilitacji kompleksowej w trybie stacjonarnym – podanie godziny wyjazdu do wskazanej placówki i godziny wyjazdu z tej placówki,
 - dla osób uczestniczących w rehabilitacji kompleksowej w trybie niestacjonarnym – podanie godziny rozpoczęcia zajęć;
- Organizacja świadczeń kompleksowej rehabilitacji w taki sposób, aby zapewniona była ich ciągłość.

11. Osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań – IPR będzie tworzony przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny, w którego skład wchodzi:

- lekarz
- specjalista ds. zarządzania rehabilitacją
- psycholog
- doradca zawodowy
- pośrednik pracy
- fizjoterapeuta
- terapeuta zajęciowy

- logopeda
- pielęgniarka
- dietetyk.

Kwalifikacje i zakres zadań poszczególnych członków zespołu rehabilitacyjnego zostały określone w części VI.4 Tabela *"Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie personelu dla ORK."*

12. Kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego będzie lekarz specjalista rehabilitacji. Natomiast specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie odpowiedzialny za koordynację działań rehabilitacyjnych w ORK, organizację współpracy między uczestnikiem a jego rodziną, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.
13. Zadania członków zespołu rehabilitacyjnego kształtują się w następujący sposób:
 - Udział w ocenie kompetencji zawodowych, zgodnie z ICF, opracowywaniu i realizacji IPR – lekarz specjalista, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, doradca zawodowy, psycholog i fizjoterapeuta;
 - Udział w opracowywaniu i realizacji IPR – lekarz specjalista, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, doradca zawodowy, psycholog i fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pośrednik pracy, pielęgniarka oraz w razie potrzeby logopeda, dietetyk, inni specjaliści.
14. **Częstotliwość przeprowadzania oceny etapowej** – IPR będzie poddawany regularnej weryfikacji i aktualizacji przez zespół rehabilitacyjny, przy aktywnym udziale Uczestnika, stanowiąc tym samym podstawę komunikowania się zespołu w celu osiągnięcia założonych celów rehabilitacji. Spotkania zespołu rehabilitacyjnego będą odbywały się cyklicznie co 14 dni w dni robocze oraz niezwłocznie po wystąpieniu sytuacji wymagających modyfikacji IPR (czynniki związane z Uczestnikiem, jak np. zmiany stanu zdrowia, niestosowanie się do regulaminu Ośrodka, zdarzenia losowe, czynniki związane z zespołem rehabilitacyjnym, jak np. odstępstwa od procesu realizacji programu).
15. **Wystandaryzowana dokumentacja IPR** – dokumenty wchodzące w skład IPR zostały podzielone na 3 części odpowiadające etapom jego realizacji:
 - Diagnostyczno-planistyczną – Indywidualna Karta Oceny Początkowej (3 moduły – medyczny, psychospołeczny, zawodowy), Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF, Dokument zawierający cele IPR, Plan realizacji IPR, Oświadczenie uczestnika potwierdzające zapoznanie się i akceptację IPR;
 - Realizacyjną – Formularz realizacji IPR oraz Indywidualna Karta Obserwacji (3 moduły – medyczny, psychospołeczny, zawodowy);

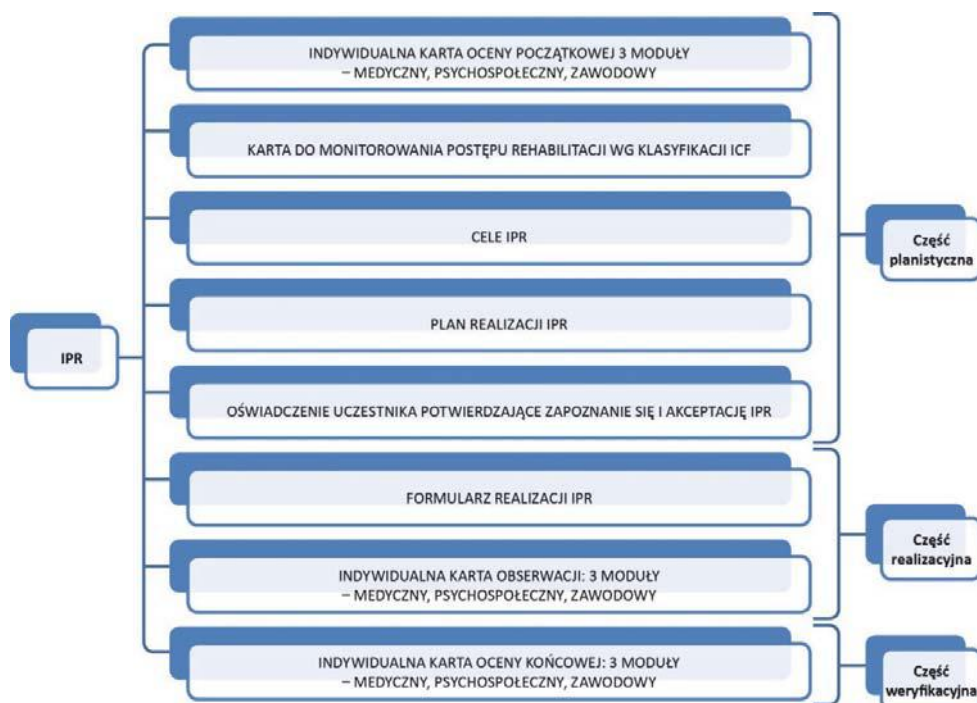
- Weryfikacyjną – Indywidualna Karta Oceny Końcowej (3 moduły – medyczny, psychospołeczny, zawodowy).

Szczegółowe informacje dotyczące zawartości dokumentów znajdują się w ich wzorach stanowiących załączniki do IPR.

16. Realizacja programu rehabilitacji kompleksowej wymaga:

- Zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego;
- Wskazania osób realizujących poszczególne zadania indywidualnie dla każdego uczestnika programu;
- Monitorowania i ewentualnej aktualizacji;
- Aktywnego udziału uczestnika programu.

Rysunek 8. Struktura IPR



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 9. Przykładowy plan realizacji IPR

Nazwa procedury	Czas trwania, częstotliwość powtórzeń (dzień, tydzień.)	Łączny czas w tygodniach	Data rozpoczęcia świadczenia	Osoba realizująca	Miejsce	Uwagi
Kinezyterapia indywidualna	30 minut (5 × w tygodniu)	4	2018-08-30	A.B.	K	
Kinezyterapia grupowa/ na przyrządach	30 minut (3 × w tygodniu)	4	2018-09-01	A.B.	K	
Fizykoterapia	30 minut (5 × w tygodniu)	2	2018-09-01	C.D.	F	
Masaż	30 minut (2 × w tygodniu)	2	2018-09-14	E.F.	M	
Terapia zajęciowa indywidualna	30 minut (2 × w tygodniu)	4	2018-09-01	G.H.	TZ	
Terapia zajęciowa grupowa	30 minut (3 × w tygodniu)	8	2018-09-17	I.J.	TZ	
Terapia psychologiczna indywidualna	30 minut (2 × w tygodniu)	8	2018-09-01	K.L.	GP	
Terapia psychologiczna grupowa	30 minut (1 × w tygodniu)	4	2018-09-01	K.L.	GP	
Nauka zawodu – księgowy	4 godziny (5 × w tygodniu)	24	2018-10-01	M.N.	ORK+ Ośrodek zewnętrzny	
			data, podpis, pieczęć zlecającego			

17. 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,
 - pomoc w poszukiwaniu pracy.
18. IPR będzie realizowany dla każdego Uczestnika przez wyznaczonych członków Zespołu, w miarę możliwości w niezmiennym składzie w celu zapewnienia ciągłości opieki i obserwacji postępów rehabilitacji.
19. **Zarządzanie procesem rehabilitacji** na poziomie ORK wymaga zapewnienia I współpracy na wszystkich poziomach:
- kierownictwa ośrodka,
 - kierownika zespołu rehabilitacyjnego,
 - specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.
20. Zarządzanie procesem rehabilitacji na poziomie kierownictwa ORK obejmuje wszelkie aspekty organizacyjno-prawne niezbędne do realizacji kompleksowej rehabilitacji. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, będący kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego, koordynuje jego działania. Koordynator/specjalista ds. zarządzania rehabilitacją ma za zadanie koordynację działań rehabilitacyjnych w ORK, organizację współpracy między uczestnikiem a jego rodziną, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.

Efekty procesu

21. Zarządzanie procesem rehabilitacji w ORK poprzez zastosowanie ustrukturyzowanego podejścia do opracowania i realizacji IPR powinno przełożyć się na efektywność rehabilitacji kompleksowej i zapewnić osiągnięcie jej celów, tj. uzyskanie zatrudnienia lub uruchomienie własnej firmy przez Uczestników rehabilitacji kompleksowej.
22. Wynik oceny kompetencji zawodowych przeprowadzanej na końcu pobytu w ośrodku będzie wskaźnikiem efektywności kompleksowej rehabilitacji w procesie nabywania kompetencji zawodowych umożliwiających powrót do pracy.

Schemat procesu²¹

Nr	Operacja:	Realizator:	Krótki opis:
3.1	Przyjęcie informacji o zakwalifikowaniu potencjalnego Uczestnika	Jednostka administracyjna ORK: specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników, PFRON: Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK	Opis w procesie 2 – 2.1
3.2	Rejestracja potencjalnego Uczestnika	Jednostka administracyjna ORK: – specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników	Opis w procesie 2 – 2.2
3.3	Ocena początkowa	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	Opis w procesie 2 – 2.3
3.4	Przygotowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji	Zespół rehabilitacyjny ORK	1. Na podstawie wyników diagnozy (proces 2) oraz rekomendacji dla zespołu rehabilitacyjnego (zw. dalej Zespół) dotyczących rehabilitacji, kierunku szkoleń i reorientacji zawodowej zostaje przygotowany Indywidualny Program Rehabilitacji. Kierownikiem Zespołu jest lekarz, wchodzący w jego skład. Koordynatorem rehabilitacji jest Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją. Pierwsze spotkanie zespołu rehabilitacyjnego odbywa się najpóźniej w następnym dniu roboczym po uzyskaniu rekomendacji dotyczących szkolenia zawodowego. Podczas pierwszego posiedzenia Zespół przygotowuje Indywidualny Program Rehabilitacji w części diagnostyczno-planistycznej. Wypełnienie IPR polega na opracowaniu ścieżki prowadzenia rehabilitacji kompleksowej uczestnika: • Program i wymiar czasowy poszczególnych składowych kompleksowej rehabilitacji. • Harmonogram realizacji, w tym przewidywany termin zakończenia programu.

²¹ W ostatnim rozdziale zamieszczono obowiązujące wzory głównej dokumentacji IPR.

			• Osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań. • Częstotliwość przeprowadzania oceny etapowej. W trakcie realizacji, wypełniony zostaje IPR w części diagnostyczno-planistycznej. Całość IPR autoryzują członkowie zespołu rehabilitacyjnego – każdy w zakresie swoich kompetencji. Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK Forma: Przygotowanie IPR a) Załącznik: IPR – Indywidualna Karta Oceny Początkowej 3 moduły – medyczny, psychospołeczny, zawodowy, b) Załącznik: IPR – Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF, c) Załącznik: IPR – Dokument zawierający cele IPR d) Załącznik: IPR – Plan realizacji IPR 2. Po uzupełnieniu IPR, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją organizuje spotkanie z Uczestnikiem rehabilitacji, podczas którego kierownik zespołu prezentuje mu założenia IPR. Po zapoznaniu uczestnika z IPR, na formularzu „Oświadczenia w ramach Indywidualnego Programu Rehabilitacji” lekarz potwierdza to składając czytelny podpis z datą, a Uczestnik wyraża świadomą zgodę na realizację program poprzez zamieszczenie daty i czytelnego podpisu. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: – Zapoznanie Uczestnika rehabilitacji z IPR. – Przyjęcie IPR do realizacji. a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji – Oświadczenie Uczestnika potwierdzające zapoznanie się i akceptację IPR
3.5	Realizacja IPR	Zespół rehabilitacyjny ORK	1. Po przyjęciu IPR do realizacji rozpoczyna się realizacja procesu rehabilitacji w ORK, w ramach 2-tygodniowego okresu próbnego, zgodnie z warunkami określonymi w „Warunkach rekrutacji i udziału w rehabilitacji kompleksowej”. Proces rehabilitacji kompleksowej odbywał się będzie zgodnie z przyjętym planem i harmonogramem działań określonym w IPR i będzie realizowany poprzez: • pracę zespołu rehabilitacyjnego nastawioną na przywracanie lub rozwój zdolności psychospołecznych i fizycznych oraz umiejętności zawodowych istotnych z punktu widzenia konkretnego zawodu;

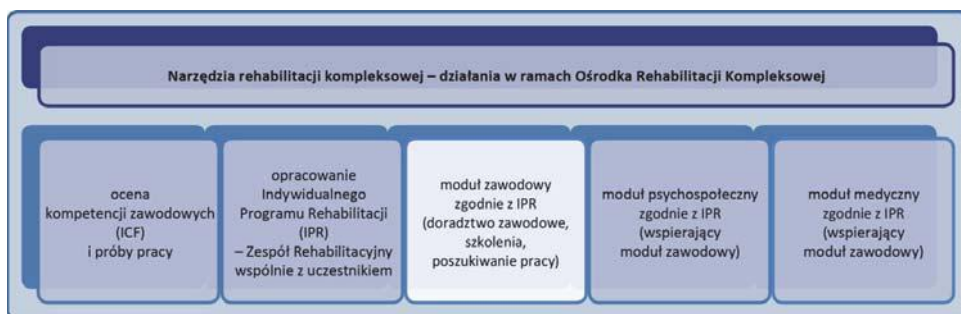
		• działania psychospołeczne, w tym wzmocnienie motywacji do uczestnictwa w rynku pracy poprzez poprawę adaptacji społecznej, umiejętności pracy zespołowej, trening zarządzania sytuacjami konfliktowymi, wykorzystanie narzędzi komunikacji społecznej; • praktyczne przygotowanie do pracy zawodowej; • kursy/szkolenia zawodowe nadające nowe kwalifikacje (przekwalifikowanie zawodowe lub zdobywanie nowego zawodu); • przygotowanie do poruszania się po rynku pracy i wsparcie w poszukiwaniu i podjęciu zatrudnienia. Rehabilitacja kompleksowa, w modułach medycznym, zawodowym i psychospołecznym, prowadzona jest przez osoby wyznaczone do realizacji poszczególnych działań w składzie: • lekarz, • specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, • psycholog, • doradca zawodowy, • pośrednik pracy, • fizjoterapeuta, • terapeuta zajęciowy, • logopeda, • pielęgniarka, • dietetyk, • inne osoby zaangażowane w proces rehabilitacji zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami. Opis działań i procesów w ramach poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej zamieszczony jest w poszczególnych podprocesach. W trakcie realizacji procesu kompleksowej rehabilitacji uzupełniany jest w części realizacyjnej IPR oraz powstają załączniki prowadzone przez członków zespołu rehabilitacyjnego. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji – Formularz realizacji IPR, b) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji – Indywidualna Karta Obserwacji 3 moduły – medyczny, psychospołeczny i zawodowy, c) Załącznik: Inne załączniki do IPR związane z prowadzeniem rehabilitacji w poszczególnych modułach rehabilitacji kompleksowej. 2. Opiekę nad Uczestnikiem w ramach rehabilitacji prowadzi specjalista ds. zarządzania rehabilitacją. Jego zadania związane będą z:
--	--	---

			• zarządzaniem procesem rehabilitacji Uczestników projektu – weryfikacją czy proces rehabilitacji prowadzony jest zgodnie z IPR, okresową weryfikację kart realizacji IPR, współpracą z poszczególnymi członkami Zespołu, • prowadzeniem Uczestnika przez wszystkie etapy rehabilitacji – udział w spotkaniach Zespołu, pełnienie roli łącznika pomiędzy Uczestnikiem, a członkami Zespołu, • zwiększaniem osobistej motywacji Uczestnika do aktywnego uczestniczenia w rynku pracy, wsparciem wspólnie z pośrednikiem pracy we współpracy z aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi, • motywowaniem środowiska rodzinnego w zakresie pomocy Uczestnikowi w procesie rehabilitacji kompleksowej, • prowadzeniem rehabilitacji społecznej i wsparciem Uczestnika w poszukiwaniu pracy. Realizator: Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją Forma: Wsparcie Uczestnika w procesie rehabilitacji kompleksowej 3. W przypadku stwierdzenia nieścisłości pomiędzy planem rehabilitacji a jego częścią realizacyjną lub w przypadku zgłoszenia zastrzeżeń lub uwag od uczestnika w zakresie rehabilitacji, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją zawiadamia kierownika Zespołu i niezwłocznie zwołuje spotkanie Zespołu celem określenia propozycji działań zmierzających do rozwiązania powstałego problemu. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Nadzór nad realizacją IPR a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji
3.6	Aktualizacja zapisów IPR	Zespół rehabilitacyjny ORK	1. Zespół monitoruje przebieg realizacji rehabilitacji kompleksowej i w razie potrzeby dokonuje aktualizacji zapisów IPR. Spotkania Zespołu odbywają raz na 2 tygodnie lub częściej (tzw. spotkania ad-hoc), w razie potrzeby. Modyfikacja zapisów IPR może wynikać m.in. z następujących przyczyn: • zmiany stanu zdrowia uczestnika, • braku efektów rehabilitacji, • absencji uczestnika, • potrzeby wyznaczenia innej osoby realizującej działania, • zmiany miejsca wykonywania procedur, • zmiany zakresu i rodzaju procedur rehabilitacji. Zmiany w IPR dokonywane są na podstawie systematycznej oceny stanu zdrowia przeprowadzanej przez lekarza, stanu funkcjonalnego – przez lekarza, psychologa, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowe-

			go, postępów w zakresie szkolenia zawodowego przez nauczyciela zawodu. Zmiany są autoryzowane przez członków zespołu – każdy w zakresie wprowadzonych zmian. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Modyfikacja zapisów IPR a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji. 2. Uczestnik zapoznawany jest z wprowadzonymi zmianami przez Specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją. Uczestnik jest informowany przez kierownika Zespołu o wprowadzonych zmianach dotyczących procedur medycznych, zawodowych i psychospołecznych, zaś przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją o zmianach organizacyjnych. Uczestnik potwierdza przyjęcie zmian własnoręcznym podpisem. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Zapoznanie uczestnika ze zmianami w IPR. a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji
3.7	Monitorowanie postępów uczestnika	Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników (ORK)	1. Pobyt uczestnika w ORK jest dodatkowo monitorowany przez Specjalistę ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników. Osoba ta pełni rolę łącznika pomiędzy PFRON (oraz jego partnerami), a ORK i uczestnikiem. Do zadań specjalisty należy: • obsługa przyjęć do ośrodka (monitorowanie terminów przyjęć, rejestracja, przydzielanie pokoi), • współpraca z partnerami projektu (PFRON, CIOP PIB, ZUS), • przygotowywanie sprawozdań z realizacji umowy z PFRON, • zbieranie danych niezbędnych do wypełniania i przetworzenie, formularza sprawozdawczego, • prowadzenie badań satysfakcji uczestników i personelu, • współpraca z zespołem PFRON prowadzącym wizyty monitorujące w ORK, • raportowanie wyników działań do kierownictwa ORK i PFRON, • analiza wyników działań monitorujących, • inicjowanie działań naprawczych i udoskonalających prowadzenie dokumentacji dla tych działań. Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników Forma: Monitoring procesu rehabilitacji kompleksowej a) Załącznik: Arkusz sprawozdawczy ORK\ b) Załącznik: Sprawozdanie z realizacji umowy dla PFRON c) Załącznik: Analizy ankiet satysfakcji uczestników i pracowników

3.8	Ocena końcowa Uczestnika	Zespół rehabilitacyjny ORK oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	1. Na zakończenie okresu realizacji rehabilitacji kompleksowej Uczestnik poddawany jest ocenie końcowej obejmującej: • w modułach medycznym i psychospołecznym: – badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarskie, – badanie fizjoterapeutyczne, w tym ocena wg ICF, – badanie terapeuty zajęciowego, – badanie psychologiczne, – badanie logopedyczne (jeżeli dotyczy) – konsultacja dietetyczna (jeżeli dotyczy) • w module zawodowym: – podsumowanie realizacji programu nauczania zawodu, – podsumowanie realizacji procesu zatrudnienia. Ocena końcowa dokonywana jest przez członków zespołu ORK we współpracy z zespołem dokonującym oceny indywidualnego profilu kategorialnego. Na podstawie wyników rehabilitacji, IPR i obserwacji zespół prowadzący ocenę końcową dokona oceny indywidualnego profilu kategorialnego, a wyniki zostaną zagregowane do formularza Oceny kompetencji zawodowych (w części oceny końcowej). Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: – Przygotowanie Indywidualnego profilu kategorialnego oraz ocena kompetencji zawodowych (wg ICF). – Przygotowanie arkusza oceny końcowej. d) Załącznik: Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF e) Załącznik: Ocena kompetencji zawodowych – wg. ICF f) Załącznik: Arkusz oceny końcowej IPR 2. Wnioski i zalecenia końcowe prezentowane są Uczestnikowi przez Zespół podczas spotkania zamykającego proces rehabilitacji w ORK. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Wnioski i zalecenia końcowe g) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji – Indywidualna Karta Oceny Końcowej
3.9	Archiwizacja dokumentacji	Obsługa administracyjna ww. jednostek	Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce.
	Zakończenie procesu		

V.3. Moduł zawodowy



Cele procesu

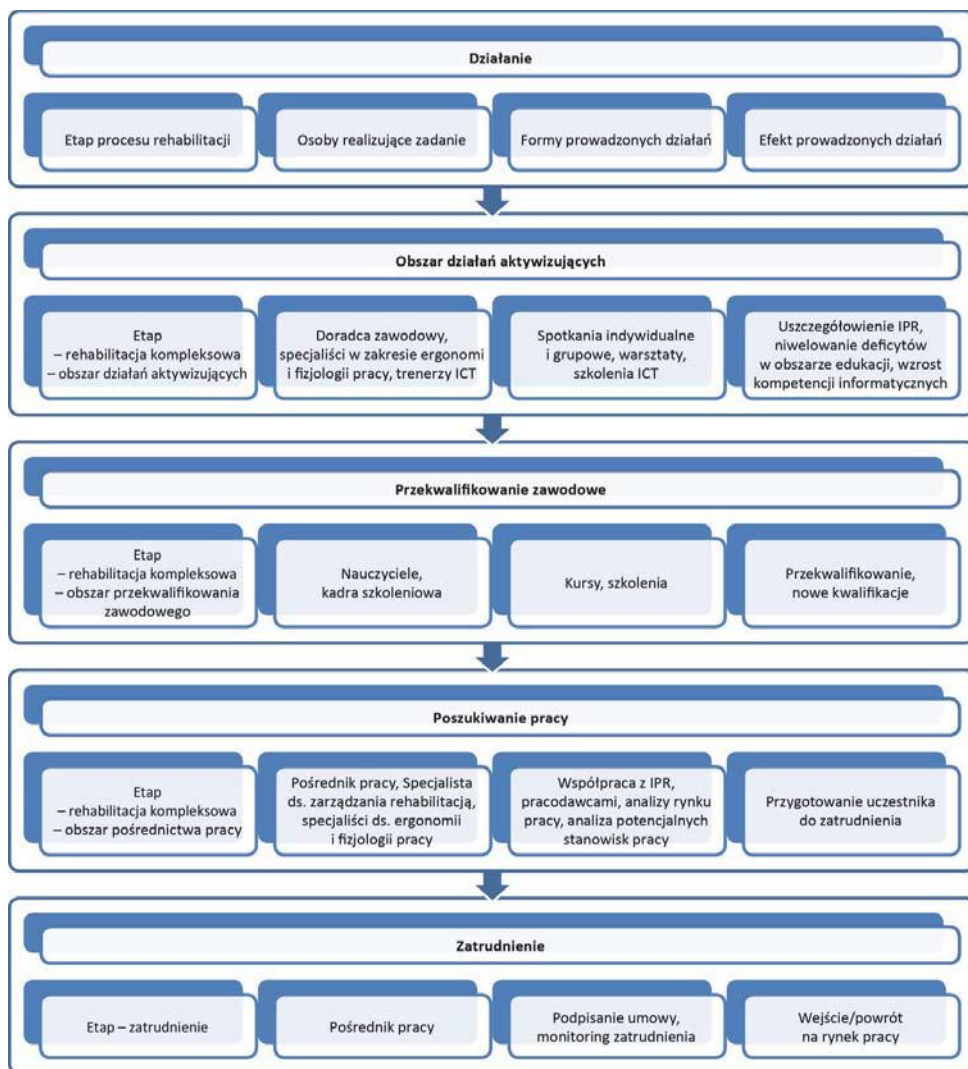
1. Celem modułu zawodowego w rehabilitacji kompleksowej jest **przygotowanie uczestnika procesu do zatrudnienia w zgodzie z jego wiedzą, kwalifikacjami i doświadczeniem, z uwzględnieniem przekwalifikowania zawodowego.**
2. **Cele pośrednie** modułu odnoszą się do poszczególnych etapów procesu – przygotowania, realizacji procesu przekwalifikowania i poszukiwania pracy. Są one następujące:
 - niwelowanie obszarów deficytowych w edukacji,
 - wzrost kompetencji informatycznych,
 - aktualizacja lub nabycie kompetencji/kwalifikacji zawodowych,
 - nabycie umiejętności poruszania się po rynku pracy.

Założenia procesu

3. Działania w ramach modułu zawodowego oparte będą o zapisy Indywidualnego Programu Rehabilitacji. Zapisy IPR w części dotyczącej potencjału zawodowego, nowych kwalifikacji czy możliwości zatrudnienia i dostosowania potencjalnego stanowiska pracy do potrzeb uczestnika zostaną uszczegółowione w trakcie realizacji wsparcia, a efekty rehabilitacji będą sukcesywnie badane po każdym etapie realizacji zapisów IPR w tym zakresie.
4. Moduł zawodowy kompleksowej rehabilitacji podzielony został na trzy główne obszary działań:
 - Obszar działań aktywizujących;
 - Obszar przekwalifikowania zawodowego;
 - Obszar pośrednictwa pracy.

5. W poszczególnych obszarach uwzględnione będą następujące formy wsparcia uczestnika:
- a) Obszar działań aktywizujących
 - doradztwo zawodowe,
 - wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym – przygotowanie do realizacji procesu szkolenia zawodowego,
 - wzmocnienie kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP);
 - b) Obszar przekwalifikowania zawodowego
 - przekwalifikowanie zawodowe, nabycie nowych kompetencji zawodowych;
 - c) Obszar pośrednictwa pracy
 - wsparcie w zakresie powrotu/wejścia na rynek pracy.
6. Zadania w ramach **obszaru działań aktywizujących** będą koncentrowały się na przygotowaniu uczestnika do przekwalifikowania zawodowego oraz możliwości zatrudnienia poprzez:
- a) Doradztwo zawodowe, przygotowujące do wejścia/powrotu na rynek pracy (wiedza o rynku pracy i rządzących nim mechanizmach, poszukiwanie pracy, przygotowanie CV, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej itp.);
 - b) Zdefiniowanie potrzeb w zakresie wsparcia bezpośredniego (obejmującego przystosowanie stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery) i pośredniego (dotyczącego przystosowania środowiska pracy i eliminację lub ograniczenie barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnościami);
 - c) Określenie (potencjalne) rodzajów wsparcia pośredniego oraz uruchomienie procedur realizacji wsparcia poprzez zewnętrzne programy funkcjonujące w systemie wsparcia rehabilitacji społecznej i zawodowej;
 - d) Przygotowanie propozycji dotyczących przystosowania stanowiska pracy do specyficznych potrzeb Uczestnika rehabilitacji kompleksowej;
 - e) Identyfikację i podjęcie działań zmierzających do wyrównywania deficytów w obszarze edukacyjnym – przygotowanie do realizacji procesu przekwalifikowania zawodowego;
 - f) Identyfikację potrzeb i realizacja działań zmierzających do wzmocnienia kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP);
 - g) Uszczegółowienie zakresu potrzeb w obszarze przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji jak również wybór formy kształcenia.

Rysunek 10. Działania w ramach rehabilitacji kompleksowej – moduł zawodowy



Źródło: opracowanie własne.

7. Zadania w **obszarze przekwalifikowania zawodowego** obejmą przeprowadzenie procesu przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji, ustalenie programu oraz realizację szkoleń lub kursów. Podejmowane działania obejmą m.in.

- przygotowanie oferty szkoleń dla Uczestnika w oparciu o możliwości oraz analizy rynku pracy, typowanie i analizę zawodów o wysokim poziomie uniwersalności zatrudnienia,

- b) prowadzenie szkoleń, kursów na terenie ORK (z użyciem zasobów własnych lub zewnętrznych), w których udział będą brali wyłącznie Uczestnicy projektu,
 - c) kierowanie Uczestników na szkolenia lub kursy poza ORK (w przypadku kierunku szkolenia odbiegającego od profilu proponowanego przez ORK),
 - d) monitorowanie procesów szkolenia oraz ich efektów.
8. Zadania w **obszarze pośrednictwa pracy** dotyczyć będą wsparcia Uczestnika w uzyskaniu zatrudnienia poprzez działania obejmujące m.in.:
- a) utrzymywanie stałych kontaktów z pracodawcami, prowadzenie bazy wolnych stanowisk pracy w regionie zamieszkania Uczestników,
 - b) identyfikację barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej,
 - c) identyfikację i przygotowanie do realizacji programów wsparcia bezpośredniego (obejmującego przystosowanie stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery) i pośredniego (dotyczącego przystosowania środowiska pracy i eliminację lub ograniczenie barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnościami),
 - d) analizę oraz dobór potencjalnych stanowisk pracy pod kątem ograniczeń związanych z dysfunkcjami Uczestnika, z uwzględnieniem odbytych szkoleń i możliwości psychofizycznych. Każdy z Uczestników powinien otrzymać co najmniej trzy oferty pracy do wyboru,
 - e) finalizowanie procesu zatrudnienia.

Organizacja procesu

9. Obszar działań aktywizujących – Doradztwo zawodowe

Działania aktywizujące będą koncentrowały się na przygotowaniu uczestnika do wejścia/powrotu na rynek pracy poprzez:

- a) doradztwo zawodowe, przygotowujące do wejścia/powrotu na rynek pracy (wiedza o rynku pracy i rządzących nim mechanizmach, poszukiwanie pracy, przygotowanie CV, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej itp.),
- b) zdefiniowanie potrzeb w zakresie: przystosowania stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery (wsparcie bezpośrednie) oraz przystosowania środowiska pracy i eliminacji (lub ograniczenia) barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnością (wsparcie pośrednie),
- c) określenie (potencjalne) rodzajów wsparcia pośredniego oraz uruchomienie procedur realizacji wsparcia poprzez zewnętrzne programy funkcjonujące w systemie wsparcia rehabilitacji społecznej i zawodowej,

- d) przygotowanie propozycji dotyczących przystosowania stanowiska pracy do specyficznych potrzeb uczestnika rehabilitacji kompleksowej oraz określenie źródła ewentualnego finansowania zewnętrznego przystosowania stanowiska,
- e) ewentualne uszczegółowienie zakresu potrzeb w zakresie przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji.

W wyniku realizacji działań na tym etapie wsparcia dla uczestnika uszczegółowione zostają zapisy IPR w obszarze działań podejmowanych w module zawodowym.

Działania doradcy zawodowego wspierane będą przez specjalistów z obszaru m.in. ergonomii w zakresie możliwych adaptacji stanowisk pracy do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Forma realizacji działań i wymiar świadczeń:

- sesje indywidualne z doradcą zawodowym (na Uczestnika średnio 11 godzin, minimalnie 6 godzin zegarowych),
- warsztaty funkcjonowania na rynku pracy w grupach średnio 10-osobowych (min. 5, max. 15 osób; na Uczestnika średnio 40 godzin lekcyjnych, minimalnie 20 godzin lekcyjnych).

Wykorzystywane dokumenty:

- Indywidualny Program Rehabilitacji w części zawodowej,
- Karta Usługi Doradczej,
- Dokumentacja porady grupowej (lista obecności).

10. Obszar działań aktywizujących – Wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym

Na podstawie zdiagnozowanych obszarów deficytowych, mogących mieć wpływ na realizację procesu przekwalifikowania zawodowego, realizowany będzie program wsparcia niwelujący zdiagnozowane bariery. Dzięki niemu Uczestnicy zostaną przygotowani do przyszłych zajęć w ramach procesu przekwalifikowania zawodowego. Celem zajęć jest niwelowanie obszarów deficytowych w edukacji, poprawa umiejętności komunikacji, kształtowanie poczucia odpowiedzialności i obowiązkowości, przygotowanie do podejmowania zadań o różnym stopniu trudności w edukacji, usprawnianie funkcji percepcyjnych, aktualizacja nawyków poprawnego pisania i czytania ze zrozumieniem, poprawa umiejętności posługiwania się językiem urzędowym oraz rozwijania umiejętności matematycznych na potrzeby codziennego funkcjonowania. Nacisk położony zostanie na rozwój umiejętności i organizowania procesu uczenia się.

Zajęcia poprzedzone zostaną analizą indywidualnych potrzeb Uczestników. Na tej podstawie wyłonione zostaną jednorodne pod względem potrzeb grupy.

Zajęcia będą realizowane z wykorzystaniem metod dopasowanych do potrzeb Uczestników, w tym m.in.:

- metod usprawniania funkcji percepcyjnych,
- metod usprawniania funkcji językowych,
- metod usprawniania pamięci i koncentracji,
- metod usprawniających pisanie i czytanie,
- metod relaksacji.

Forma realizacji działań i wymiar świadczeń:

- warsztaty w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób); średnio na Uczestnika 40 godzin lekcyjnych, bez określania wymiaru minimalnego.

Wykorzystywane dokumenty:

- Indywidualny Program Rehabilitacji w części zawodowej,
- Karta Usługi Doradczej,
- Dokumentacja porady grupowej (lista obecności).

Uczestnicy, u których zdiagnozowano wysoki poziom kompetencji kluczowych nie muszą mieć realizowanego tego typu wsparcia.

11. Obszar działań aktywizujących – Wzmocnienie kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP)

Realizacja w formie szkoleń prowadzonych w ORK. Przed szkoleniem przeprowadzony zostanie test diagnostyczny pozwalający stworzyć grupy spójne pod względem umiejętności i dostosować wsparcie do specyficznych potrzeb Uczestników.

Szkolenie prowadzić będzie do uzyskania kompetencji w zakresie 5 obszarów (informacja, komunikacja, tworzenie treści, bezpieczeństwo, rozwiązywanie problemów) i 21 kompetencji, wskazanych jako Standard wymagań dla kompetencji cyfrowych:

- przeglądanie, szukanie i filtrowanie informacji,
- ocena informacji,
- przechowywanie i wyszukiwanie informacji,
- komunikacja z wykorzystaniem narzędzi cyfr. i aplikacji,
- dzielenie się informacjami i zasobami,
- aktywność obywatelska online,
- współpraca z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych,
- netykieta,
- zarządzanie tożsamością cyfrową,
- tworzenie treści,
- integracja i przetwarzanie treści,
- przestrzeganie prawa autorskiego i licencji,

- programowanie,
- narzędzia służące ochronie,
- ochrona danych osobowych,
- ochrona zdrowia fizycznego i psychicznego przed zagrożeniami wynikającymi z korzystania z TIK,
- ochrona środowiska,
- rozwiązywanie problemów technicznych,
- rozpoznawanie potrzeb i narzędzi niezbędnych do rozwiązywania problemów,
- innowacyjność i twórcze wykorzystywanie technologii,
- rozpoznawanie braków w zakresie kompetencji cyfrowych.

Po zakończeniu szkolenia uczestnicy odbędą egzamin, służący potwierdzeniu nabytych kompetencji cyfrowych. Egzamin powinien być przeprowadzony przez niezależną od ORK instytucję, zakończony wydaniem uznawanego zaświadczenia o nabytych kompetencjach (np. ECDL, ECCC).

Forma realizacji działań i wymiar świadczeń:

- Szkolenia w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób); średnio na Uczestnika 80 godzin lekcyjnych, minimalnie 20 godzin lekcyjnych.

Wykorzystywane dokumenty:

- Indywidualny Program Rehabilitacji w części zawodowej,
- Dziennik szkolenia,
- Ewidencja wydanych zaświadczeń/certyfikatów,
- Protokół z przeprowadzonego egzaminu.

12. Obszar przekwalifikowania zawodowego – Przekwalifikowanie zawodowe

Zakłada się dwa warianty realizacji zadań:

- Wariant I – w ORK, jeśli posiada on potencjał kadrowy i zaplecze organizacyjne do realizacji kursów i szkoleń zawodowych, w tym warsztaty do realizacji części praktycznej. Grupy będą organizowane jedynie spośród Uczestników. Grupy średnio 10 osobowe (min. 5, max. 15 osób);
- Wariant II – poza ORK – Uczestnicy biorą udział w kursach (szkoleniach) w placówkach zewnętrznych, indywidualnie lub grupowo. Placówka musi być przystosowana do udziału w kształceniu osób z niepełnosprawnościami.

Wszystkie szkolenia/kursy będą zakończone egzaminem i wydaniem odpowiedniego dokumentu (dyplomu, świadectwa, certyfikatu,) przez uprawnioną instytucję, po dokonaniu oceny efektów uczenia się i stwierdzeniu, że efekty te odpowiadają wymaganiom dla danej kwalifikacji.

Katalog możliwych rodzajów form pozaszkolnych w ramach **przekwalifikowania zawodowego** przeznaczonych dla osób dorosłych możliwych do realizacji obejmie:

- **Kwalifikacyjne kursy zawodowe (KKZ)** – kwalifikacyjny kurs zawodowy to kurs prowadzony na podstawie programu nauczania uwzględniającego podstawę programową kształcenia w zawodach w zakresie jednej kwalifikacji. Jego ukończenie umożliwia przystąpienie do egzaminu (organizowanego przez okręgowe komisje egzaminacyjne) potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie tej kwalifikacji. Minimalna liczba godzin kształcenia na tym kursie jest równa minimalnej liczbie godzin kształcenia zawodowego określonej w podstawie programowej kształcenia w zawodach dla danej kwalifikacji. Podmiot prowadzący kwalifikacyjny kurs zawodowy jest obowiązany uwzględnić w realizowanym na kursie programie nauczania wszystkie wskazane w podstawie programowej kształcenia w zawodach komponenty właściwe dla danej kwalifikacji.
- **Kursy umiejętności zawodowych (KUZ)** – 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.
- **Kursy przygotowujące do egzaminu czeladniczego** – ukończenie kursu umożliwia przystąpienie do egzaminu czeladniczego w zawodzie, którego dotyczył kurs, organizowanego przez izby rzemieślnicze. Kursy przygotowujące do egzaminu czeladniczego prowadzone są według programów uwzględniających standard wymagań egzaminacyjnych dla danego zawodu.
- **Inne kursy umożliwiające 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 aktualnej w danym okresie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego.

Kursy przygotowujące do egzaminów czeladniczych będą prowadzone w oparciu o standard wymagań egzaminacyjnych zawodów rzemieślniczych.

W wyniku realizacji tego etapu Uczestnik uzyskuje nowe kwalifikacje lub zostaje przekwalifikowany, czego potwierdzeniem jest zaświadczenie/certyfikat po przeprowadzonym zaliczeniu/egzaminie.

Tematyka proponowanych kursów **przekwalifikowania zawodowego** odpowiadać będzie na potrzeby Uczestników (z uwzględnieniem ich możliwości psychofizycznych) w powiązaniu z zapotrzebowaniem na rynku pracy regionu zidentyfikowanym 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 deficytowych i nadwyżkowych, prowadzonego przez urzędy pracy wg jednolitej metodologii, zaleconej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- analizę zawodową branż strategicznych wskazanych w Strategiach Rozwoju oraz Regionalnych Strategiach Innowacji dla poszczególnych województw.

Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej powinien posiadać zdolność przeprowadzenia w siedzibie co najmniej 5 typów szkoleń spośród wskazanych poniżej.

Zawody	Forma realizacji – KKZ	Forma realizacji – inne kursy
1. Graficy komputerowi	×	×
2. Spedytorzy i logistycy	×	×
3. Projektanci i administratorzy baz danych, programiści		×
4. Przedstawiciele handlowi		×
5. Pracownicy ds. finansowo-księgowych – Asystent do spraw księgowości (kod: 431101) – Fakturzystka (kod: 431102) – Technik rachunkowości (kod: 431103)	×	×
6. Pracownicy ds. rachunkowości i księgowości – Specjalista do spraw rachunkowości (kod: 241103) – Specjalista do spraw rachunkowości inwestycyjnej (kod: 241104) – Specjalista do spraw rachunkowości podatkowej (kod: 241105) – Specjalista do spraw rachunkowości zarządczej (kod: 241106)	×	×
7. Programista (tworzenie oprogramowania), tester oprogramowania (branża badań i rozwoju)		×
8. Specjaliści tzw. data miningu, specjaliści pozyskiwania, gromadzenia i przetwarzania informacji i dużej ilości danych (Big Data) w tzw. chmurze		×
9. Informatyk – specjalista od bezpieczeństwa komórkowej transmisji danych		×
10. Archiwista internetowy		×
11. Scenarzysta gier komputerowych i programów telewizji 3D		×

Wymiar świadczeń:

- średnio na Uczestnika 400 godzin lekcyjnych, minimalnie 160 godzin lekcyjnych

Wykorzystywane dokumenty:

- Indywidualny Program Rehabilitacji w części zawodowej,
- Dziennik szkolenia,
- Ewidencja wydanych zaświadczeń,
- W przypadku KKZ i KUZ załączniki wynikające z przepisów oświatowych.

13. Obszar pośrednictwa pracy - Wsparcie w powrocie/wejściu na rynek pracy

Działania realizowane w ramach obszaru obejmą:

- a) Identyfikację barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej;
- b) Bezpośredni kontakt z pracodawcami na rynku pracy;
- c) Kontakt i współpracę z Instytucjami Rynku Pracy;
- d) Pozyskiwanie ofert pracy dla Uczestników zgodnie z nabytymi kwalifikacjami;
- e) Udzielanie pracodawcom informacji o Uczestnikach jako możliwych kandydatach do pracy;
- f) Inicjowanie i organizowanie kontaktów Uczestników z pracodawcami;
- g) Identyfikację i przygotowanie do realizacji programów wsparcia bezpośredniego i pośredniego;
- h) Analizę potencjalnych stanowisk pracy pod kątem ograniczeń związanych z dysfunkcjami Uczestnika, która będzie uwzględniać:
 - system pracy (zmianowa, w tym nocna, wyjazdy służbowe, praca w terenie),
 - czas i częstości 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;
- i) Skuteczne finalizowanie procesu zatrudnienia.

Forma działań i wymiar świadczeń:

- spotkania indywidualne z pośrednikiem pracy (średnio na Uczestnika 8 godzin, minimalnie 2 godziny zegarowe),

- spotkania indywidualne i grupowe – współpraca z pracodawcami, mająca na celu pozyskanie informacji o wolnych miejscach pracy (łączna pula 1050 godzin),
- przeprowadzenie badań lekarskich Uczestnika wymaganych przed podjęciem szkolenia/pracy (w przypadku zawodów, które wymagają wykonania specjalistycznych badań lekarskich) – maksymalnie 2 badania na Uczestnika.

Wykorzystywane dokumenty:

- Indywidualny Plan Rehabilitacji w części zawodowej,
- Arkusz oferowanego stanowiska pracy,

14. ORK zapewnia Uczestnikowi **wsparcie porehabilitacyjne** w trakcie poszukiwania i podjęcia zatrudnienia, prowadzone po zakończeniu pobytu w ORK.
15. Wsparcie doradcy zawodowego/pośrednika pracy/psychologa ma miejsce do momentu podjęcia zatrudnienia (lub uruchomienia działalności gospodarczej) oraz przez okres minimum 3 miesięcy po podjęciu zatrudnienia. Wsparcie to ma za zadanie ułatwić Uczestnikowi podjęcie zatrudnienia oraz utrzymanie pracy. Zadanie może być zrealizowane poprzez kontakty telefoniczne lub spotkania indywidualne – przewidziano co najmniej jeden kontakt/spotkanie na tydzień dla każdego Uczestnika opuszczającego ORK.

Efekty procesu

16. Efektem prowadzonych działań będzie skuteczne przygotowanie uczestnika rehabilitacji kompleksowej do wejścia/powrotu na rynek pracy poprzez podniesienie kompetencji ICT i kompetencji ogólnych oraz przeprowadzenie skutecznego procesu przekwalifikowania zawodowego i uzyskanie nowego zawodu w obszarach deficytowych na rynku pracy. Działania te wsparte wspólną pracą Uczestnika z pośrednikami pracy i instytucjami rynku pracy oraz pracodawcami mają doprowadzić do finalnego efektu procesu rehabilitacji kompleksowej w postaci zatrudnienia uczestnika na rynku pracy
17. W zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności prowadzone 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.

Schemat procesu

Nr	Operacja:	Realizator:	Krótki opis:
3a.1	Ocena początkowa	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	Opis w procesie 2 – 2.3
3a.2	Przygotowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji	Zespół rehabilitacyjny ORK	Opis w procesie 3 – 3.4
3a.3	Obszar działań aktywizujących –doradztwo zawodowe	Doradca zawodowy	1. Działania aktywizujące będą koncentrowały się na przygotowaniu uczestnika do wejścia/powrotu na rynek pracy poprzez: • Doradztwo zawodowe, przygotowujące do wejścia/powrotu na rynek pracy (wiedza o rynku pracy i rządzących nim mechanizmach, poszukiwanie pracy, przygotowanie CV, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej itp.); • Zdefiniowanie potrzeb w zakresie wsparcia pośredniego i bezpośredniego; • Określenie (potencjalne) rodzajów wsparcia pośredniego oraz uruchomienie procedur realizacji wsparcia poprzez zewnętrzne programy funkcjonujące w systemie wsparcia rehabilitacji społecznej i zawodowej; • Przygotowanie propozycji dotyczących dostosowania stanowiska pracy do specyficznych potrzeb uczestnika rehabilitacji kompleksowej; Minimalny czas trwania jednego spotkania nie mniej niż 0,5 godz. Realizacja w salach w ORK. Realizator: Doradca zawodowy, Specjalista ds. ergonomii Forma: • spotkania indywidualne – ewaluacja/ocena, informacje, doradztwo • spotkania grupowe z Uczestnikami – doradztwo grupowe (warsztaty funkcjonowania na rynku pracy) a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Karta Usług Doradczych c) Załącznik: Dokumentacja porady grupowej (Lista obecności na spotkaniach)
3a.4	Obszar działań aktywizujących – wyrównywanie deficytów	Doradca zawodowy Kadra edukacyjna ORK	1. Działania w zakresie przygotowania do realizacji procesu przekwalifikowania zawodowego obejmą • identyfikację deficytów w obszarach edukacyjnych,

	w obszarze edukacyjnym		podjęcie działań zmierzających do ich niwelowania Realizacja w salach w ORK. Realizator: Doradca zawodowy, Kadra edukacyjna ORK Forma: warsztaty grupowe a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Dziennik szkolenia c) Załącznik: Dokumentacja porady grupowej (Lista obecności na spotkaniach).
3a.5	Obszar działań aktywizujących – Podnoszenie kompetencji w obszarze TIK	Kadra edukacyjna ORK. Trenerzy zewnętrzni	1. Szkolenia wzmacniające kompetencje w obszarze TIK (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIG-COMP). Szkolenia prowadzone w ORK, przez jego kadrę lub zewnętrznych trenerów. Udział w zajęciach poprzedzony zostanie testem diagnostycznym, mającym na celu stworzenie grup spójnych pod względem umiejętności i dostosowanie wsparcia do potrzeb uczestników. Dziennie nie więcej niż 6 godzin lekcyjnych. Szkolenie prowadzić będzie do uzyskania kompetencji wskazanych jako Standard wymagań dla kompetencji cyfrowych. Egzamin przeprowadzony przez jednostkę zewnętrzną, zakończony wydaniem odpowiedniego, uznawanego, zaświadczenia o nabytych kompetencjach TIK (ECDL, ECCC) Realizator: Kadra edukacyjna ORK, trenerzy zewnętrzni Forma: szkolenie grupowe w salach komputerowych znajdujących się w ORK. a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Dziennik zajęć, c) Załącznik: Ewidencja wydanych zaświadczeń
3a.6	Przekwalifikowanie zawodowe	ORK Instytucje zewnętrzne	1. Realizacja indywidualnie dobranego do potrzeb kursu/szkolenia zawodowego: - Wariant I – Ośrodek posiada odpowiedni potencjał kadrowy i zaplecze organizacyjne do realizacji kursu, - Wariant II – Uczestnicy kierowani są na kursy do placówek zewnętrznych, indywidualnie lub grupowo. Nie więcej niż 6 godzin lekcyjnych dziennie. W przypadku kursów realizowanych poza Ośrodkiem harmonogram ustalony w sposób umożliwiający realizację także innych modułów rehabilitacji kompleksowej. Realizator: ORK, Instytucje szkoleniowe Forma: KKZ, KUZ, Kursy czeladnicze, inne kursy umożliwiające uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych.

			a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Dziennik szkolenia, c) Załącznik: Ewidencja wydanych zaświadczeń d) Załącznik: W przypadku KKZ i KUZ załączniki wynikające z przepisów oświatowych
3a.7	Pośrednictwo pracy	Pośrednik pracy Specjalista ds. ergonomii	1. Działania realizowane w ramach obszaru obejmą: • identyfikację barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej, • bezpośredni kontakt z pracodawcami na rynku pracy, • kontakt i współpraca z Instytucjami Rynku Pracy, • pozyskiwanie ofert pracy dla uczestników projektu zgodnie z nabytymi kwalifikacjami, • udzielanie pracodawcom informacji o uczestnikach projektu jako możliwych kandydatach do pracy, • inicjowanie i organizowanie kontaktów uczestników z pracodawcami, • analiza potencjalnych stanowisk pracy pod kątem ograniczeń związanych z posiadanymi dysfunkcjami uczestnika. Realizator: Pośrednik pracy, Specjalista ds. ergonomii Forma: • Spotkania indywidualne; • Spotkania grupowe; • Inne działania zmierzające do zatrudnienia uczestnika. a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Arkusz oceny oferowanego stanowiska pracy
3a.8	Archiwizacja dokumentacji	Obsługa administracyjna ww. jednostek	Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce.
	Zakończenie procesu		

V.4. Moduł psychospołeczny



Cele procesu

1. Celem ogólnym modułu psychospołecznego w ramach rehabilitacji kompleksowej jest jakościowa i ilościowa zmiana (in plus) w funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością i jej środowiska (rodzina, praca, społeczność lokalna). Szczególnie należy się skupić na poprawie stanu funkcjonalnego Uczestnika w wymiarze psychologiczno-społecznym jako warunku wejścia lub powrotu na rynek pracy.
2. Cele szczegółowe są następujące:
 - wytworzenie u osób z niepełnosprawnością motywacji do wysiłku ukierunkowanego na realizację celów rehabilitacji kompleksowej oraz do podejmowania aktywności w różnych obszarach własnego życia,
 - akceptacja stanu funkcjonalnego i zwiększenie przekonania osób z niepełnosprawnością o możliwości powrotu do pracy,
 - wzmacnianie poczucia własnej wartości oraz redefinicja celów życiowych,
 - przywrócenie osobom z niepełnosprawnością możliwie pełnej samodzielności społecznej w różnych wymiarach życia (rodzina, społeczeństwo, aktywność zawodowa),
 - przyswojenie przez osoby z niepełnosprawnością zasad właściwego pełnienia ról społecznych (zawodowych), umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych,
 - wyzwalanie zmian w fizycznym i społecznym otoczeniu osób niepełnosprawnych (miejscu życia, pracy, wypoczynku, itd.) lub eliminacja barier takich jak na przykład negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych.

Założenia procesu

3. Kluczowe założenie brzmi: osoby niepełnosprawne 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. Warunkiem realizacji tego założenia jest:

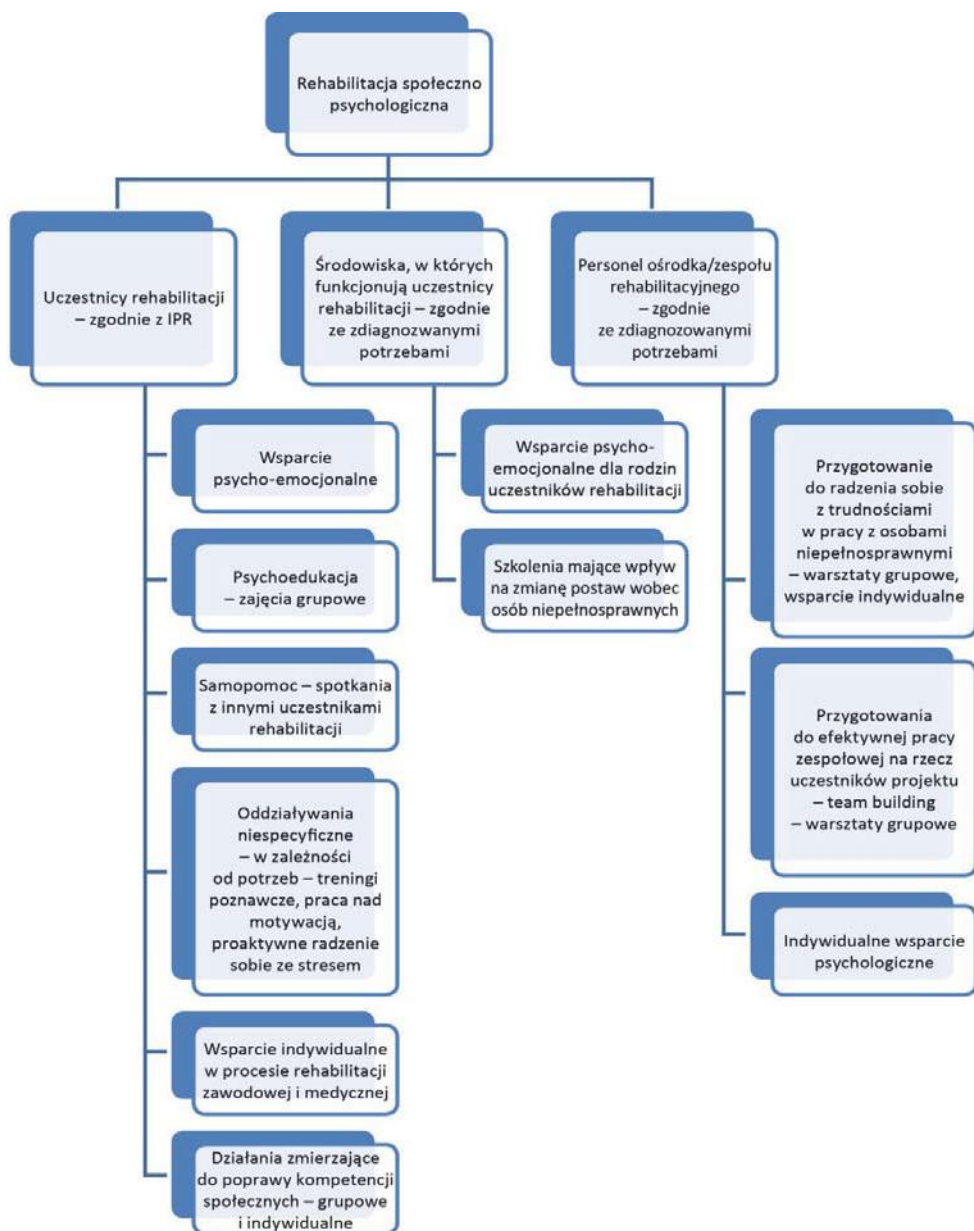
- Uznanie, że niepełnosprawność nie określa tożsamości i nie decyduje o sukcesie człowieka (np. zawodowym),
 - dążenie do podnoszenia kompetencji społecznych i komunikacyjnych osób z niepełnosprawnością,
 - dostępność przestrzeni fizycznej dla wszystkich (projektowanie uniwersalne),
 - postawy społeczne sprzyjające wzajemnej integracji osób niepełnosprawnych i osób sprawnych,
 - przeciwdziałanie wszelkim przejawom dyskryminacji, wykluczania, piętnowania osób niepełnosprawnych.
4. Wsparcie psychospołeczne dla Uczestnika realizowane będzie od początku jego pobytu w ORK.
5. Zakłada się, że uczestnik będzie miał wpływ na przebieg procesu rehabilitacji, będzie brał udział w spotkaniach zespołu rehabilitacyjnego, w trakcie których będzie mógł zgłaszać uwagi brać aktywny udział w określaniu planowanych działań. W proces zaangażowana będzie również rodzina Uczestnika, co da możliwość stworzenia stabilnych warunków powrotu do środowiska społeczno-zawodowego.

Organizacja procesu

6. Punktem odniesienia dla tematyki i rodzaju wszystkich oddziaływań psychologiczno-społecznych jest IPR Uczestnika, odzwierciedlający stan jego potrzeb oraz potrzeb środowisk jego przebywania.
7. Psycholog pracujący w ORK będzie aktywnie uczestniczył w procesie diagnozy w celu przygotowania profilu kategoryjnego Uczestnika. Po opracowaniu IPR i rozpoczęciu procesu rehabilitacji kompleksowej, działania diagnostyczne psychologa będą odpowiedzią na bieżące potrzeby uzupełnienia stanu wiedzy o Uczestniku i jego środowisku przebywania lub w zakresie potrzeb członków zespołu rehabilitacji kompleksowej.
8. W ramach modułu psychospołecznego będą prowadzone działania skierowane do:
- a) Uczestników rehabilitacji kompleksowej (zajęcia indywidualne i grupowe),
 - b) środowisk, w których funkcjonują Uczestnicy rehabilitacji kompleksowej (domowe, zawodowe; indywidualne i grupowe).
9. W obu obszarach psycholog należący do zespołu rehabilitacji kompleksowej będzie podejmował działania o charakterze indywidualnym (wsparcie, motywowanie, pomoc psychologiczna z elementami terapii krótkoterminowej), jak i grupowym (psychoedukacja, treningi/warsztaty). Poniżej wyjaśniono szczegółowo jakie oddziaływanie, w którym obszarze mogą mieć zastosowanie. Przewiduje się (opcjonalnie)

możliwość korzystania przez Uczestnika ze specjalistycznych konsultacji zewnętrznych (np. psychiatra, psycholog kliniczny, terapeuta (mediator) rodzinny, terapeuta uzależnień, duchowny, ergoterapeuta).

Rysunek 11. Obszary rehabilitacji psychologiczno-społecznej w ORK



Źródło: opracowanie własne.

10. Obszar A. – Propozycje oddziaływań kierowanych do wszystkich uczestników rehabilitacji kompleksowej obejmują:

Podobszar A. I. Oddziaływania indywidualne

- Indywidualne poradnictwo psychologiczne, w zależności od potrzeb (informacyjne, instrumentalne; emocjonalne, wartościujące – istotne w interwencjach dotyczących zmiany stylu życia);
- 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);
- 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);
- Trening autogenny Schultza;
- Progresywna relaksacja Jacobsona;
- Praca z ciałem – szczególne znaczenie w schorzeniach związanych z deformacją ciała, uszkodzeniem;
- Radzenie sobie z bólem i przewlekłym zmęczeniem (towarzyszącego chorobom takim, jak: stwardnienie rozsiane, choroby nowotworowe, choroby układu krążenia lub występującego po udarach mózgu lub po traumatycznych uszkodzeniach mózgu), strategię poznawczo-behawioralne;
- Psychoterapia krótkoterminowa.

Spotkania indywidualne trwać będą średnio na Uczestnika 18 godzin zegarowych, minimalnie 8 godzin.

Podobszar A. II. Oddziaływania grupowe

- Psychoedukacja – 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, dramaterapia, muzykoterapia; kulturoterapia; treningi umiejętności poznania społecznego; elementy terapii usprawniania poznawczego; elementy terapii schematów; elementy terapii egzystencjalnej; elementy pracy z obrazem własnego ciała.
- Warsztaty grupowe prowadzone będą w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15) i trwać będą średnio dla Uczestnika 40 godzin lekcyjnych, minimalnie 15 godzin lekcyjnych.
 - 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).
 - Działania integracyjne dla Uczestników np. w formie zorganizowanych wyjazdów na koncerty, spektakle i inne odpowiednie do charakteru projektu oraz zainteresowań Uczestników. Założono realizację nie mniej niż 4 imprez an Uczestnika.

11. Obszar B. Oddziaływania psychologiczne skierowane do środowisk, w których funkcjonują uczestnicy:

Zgodnie z przyjętym celem rehabilitacji kompleksowej bardzo istotnym obszarem oddziaływań podejmowanych przez psychologa jest praca z środowiskiem życia/przebywania uczestników ORK. Najczęściej dla osób dorosłych jest to rodzina lub środowisko zawodowe (pracy). Działania mogą być realizowane, podobnie jak te prowadzone wobec samych Uczestników, w formie indywidualnych spotkań, np. z członkami rodziny (rodzicami, małżonkami/partnerami, dziećmi) czy pracodawcami. Mogą to być również oddziaływania grupowe prowadzone zarówno w samym ORK lub w formie wyjazdowych weekendowych spotkań integracyjnych czy psychoedukacyjnych.

Podobszar B. I. Oddziaływania indywidualne

- Rozmowa z małżonkiem/partnerem Uczestnika ma na celu ocenę postawy wobec niepełnosprawności małżonka/partnera oraz nastawienia małżonka do udziału Uczestnika w projekcie. Pozwala także na uchwycenie relacji między małżonkami i wykrycie ewentualnych trudności, problemów, niepewności, obaw mogących mieć wpływ na przebieg procesu rehabilitacji kompleksowej Uczestnika.
- Rozmowa z dzieckiem/dziećmi Uczestnika ma na celu ocenę zakresu rozumienia sytuacji niepełnosprawności rodzica i jej akceptacji przez dziecko/dzieci. Pozwala także na uchwycenie lęków i obaw jakie mogą pojawić się u dzieci a także żalu i wstydu w związku z niepełnosprawnością rodzica. Dobra relacja między uczest-

nikiem a dzieckiem zdecydowanie będzie czynnikiem ułatwiającym proces kompleksowej rehabilitacji i wspomagającym motywację do zaangażowania Uczestnika.

- Przewidziano po 2 spotkania indywidualne z członkami rodzin/bliskimi na Uczestnika.

Podobszar B. II. Oddziaływania grupowe

- Psychoedukacja dla członków rodzin Uczestników może być również prowadzona w formie grupowej, szczególnie jeżeli ma to charakter weekendowego spotkania integracyjnego dla ich rodzin. Poznanie innych rodzin (małżonków, dzieci) doświadczających niepełnosprawności w rodzinie sprzyja pojawieniu się efektu grupy samopomocowej i ułatwia proces adaptacji do sytuacji. Spotkania będą organizowane na terenie ORK. Zakłada się realizację 12 spotkań w grupach średnio 25 osobowych (Uczestnik + jedna osoba z rodziny).
- Psychoedukacja dla przyszłych pracodawców daje im możliwość w sposób bardzo przystępny poznania podstawowych praw i zasad właściwego zachowania w kontakcie z pracownikiem z niepełnosprawnością. Uważliwia na specyficzne potrzeby czy pewne niezręczności, jakie mogą być popełnione, kiedy brak savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością (działania prowadzone we współpracy z pośrednikami pracy i doradcami zawodowymi).

Efekty procesu

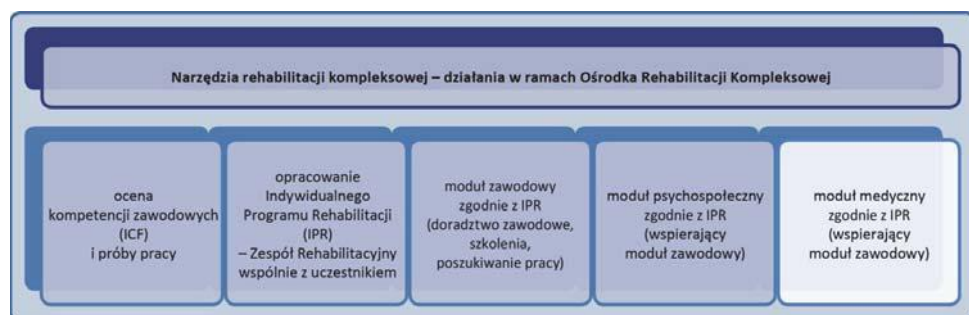
12. Za wskaźniki sukcesu w rehabilitacji psychologicznej/psychicznej można uznać akceptację siebie w nowej sytuacji, aktywną realizację celów rehabilitacji, a także wizję własnych zadań życiowych – osoba niepełnosprawna funkcjonuje jako aktywny podmiot i pełnoprawny członek społeczeństwa. Zwrócona więc zostanie uwaga na następujące wskaźniki:
 - Utrzymanie/wzrost motywacji do podjęcia pracy oraz do podejmowania aktywności w różnych obszarach własnego życia poprzez:
 - poprawę adaptacji społecznej,
 - umiejętności pracy zespołowej,
 - trening zarządzania sytuacjami konfliktowymi,
 - wykorzystanie narzędzi komunikacji społecznej.
 - Akceptacja własnego stanu funkcjonalnego i podjęcie zatrudnienia.
 - Poczucie własnej wartości oraz realizacja zredefiniowanych celów życiowych.

Schemat procesu

Nr	Operacja:	Realizator:	Krótki opis:
3b.1	Ocena początkowa	Zespół rehabilitacyjny (ORK) zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	Opis w procesie 2 – 2.3
3b.2	Przygotowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji	Zespół rehabilitacyjny ORK	Opis w procesie 3 – 3.4
3b.3	Realizacja IPR – moduł psychospołeczny – oddziaływanie skierowane do Uczestnika	Psycholog	1. Uczestnik na podstawie zapisów w IPR realizuje proces rehabilitacji kompleksowej w module psychospołecznym. Uczestnik może mieć zalecone różne formy terapii, zależnie od potrzeb (indywidualne i grupowe). Do najważniejszych form terapii prowadzonych w ramach rehabilitacji kompleksowej należą: • Treningi poznawcze, • Praca nad motywacją, • Praca nad rozwijaniem zasobów, • Proaktywne radzenie sobie ze stresem, • Trening autogenny Schultza, • Progresywna relaksacja Jacobsona, • Praca z ciałem, • Radzenie sobie z bólem, • Terapia zaburzeń mowy, • Psychoterapia krótkoterminowa, • Praca o charakterze poznawczo-behawioralnym. A także w ramach rehabilitacji społecznej angażowanie Uczestnika w szereg działań integrujących społecznie. Realizator: Psycholog Forma: Terapia zgodna z IPR a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji, b) Załącznik: Szczegółowa metodologia pracy psychologa c) Załącznik: Karta Usługi Doradczej Psychologicznej d) Załącznik: Dokumentacja porady grupowej (lista obecności) e) Załącznik: Dziennik szkolenia
3b.4	Realizacja IPR – moduł psychospołeczny – oddziaływanie skierowane do otoczenia Uczestnika	Psycholog	1. Działania skierowane do środowisk (zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami m.in. rodzin Uczestników), w których funkcjonują uczestnicy rehabilitacji oraz środowisk mających wpływ na kształtowanie postaw wobec osób niepełnosprawnych. W ramach oddziaływań o charakterze środowiskowym prowadzone będą zajęcia dla członków rodzin i pracodawców.

			Realizator: Psycholog Forma: Spotkania grupowe, szkolenia a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Szczegółowa metodologia pracy psychologa c) Załącznik: Dokumentacja porady grupowej (lista obecności)
3b.5	Okresowa ocena prowadzonych działań – modyfikacja IPR – oddziaływanie	Psycholog	1. Częstkowa ocena dokonywana okresowo w stosunku do każdego uczestnika rehabilitacji w ORK. W sytuacji wystąpienia konieczności zmiany założonego programu wsparcia zmiana IPR (zgodnie z procedurą 3). Realizator: Psycholog Forma: Modyfikacja Indywidualnego Programu Rehabilitacji a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji
3b.6	Ocena końcowa	Psycholog	1. Na zakończenie realizacji rehabilitacji kompleksowej uczestnik poddany zostanie ocenie końcowej obejmującej moduł psychologiczno-społeczny. Realizacja zgodnie z procedurą 3, pkt. 3.8 Realizator: Psycholog Forma: Ocena końcowa a) Załącznik: Arkusz oceny końcowej IPR
3b.7	Archiwizacja dokumentacji	Obsługa administracyjna ww. jednostek	Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce.
	Zakończenie procesu		

V.5. Moduł medyczny



Cele procesu

1. Podstawowym celem rehabilitacji medycznej jest przywracanie osobie niepełnosprawnej możliwie optymalnej sprawności w czynnościach dnia codziennego oraz

w czynnym życiu społecznym i zawodowym. Celem modułu medycznego w ramach kompleksowej rehabilitacji jest wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej, umożliwiającej podjęcie pracy lub powrót do aktywności zawodowej. O skuteczności modułu medycznego świadczyć będą pozytywne zmiany w stanie funkcjonalnym uczestnika rehabilitacji kompleksowej lub utrzymanie tego stanu w sytuacji, kiedy nie ma możliwości poprawy funkcjonalnej.

2. Celami bezpośrednimi modułu medycznego są więc:

- przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie w jak największym, możliwym do osiągnięcia stopniu,
- poprawa/podtrzymanie stanu funkcjonalnego,
- zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych,
- wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych.

3. Celami pośrednimi natomiast są:

- wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej,
- powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym,
- powrót do aktywności zawodowej lub jej utrzymanie.

4. W zależności od stopnia nasilenia i utrwalenia zaburzeń funkcjonalnych występujących u uczestnika projektu i jego kompetencji zawodowych, działania w module medycznym będą ukierunkowane na powrót do pełnych możliwości funkcjonalnych lub odtworzenie jak największej sprawności. Jeśli to nie jest niemożliwe – na podtrzymanie stanu funkcjonalnego lub wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych i zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych poszczególnych narządów.

5. Indywidualny program rehabilitacji dedykowany konkretnemu Uczestnikowi, w składzie i wymiarze czasowym uzależniony będzie od indywidualnych potrzeb każdego z Uczestników.

Założenia procesu

6. Członkowie zespołu realizującego moduł medyczny w ramach rehabilitacji kompleksowej będą zaangażowani w proces świadczenia usług dla uczestnika projektu począwszy od momentu przyjęcia do ORK, aż do jego wypisania z tegoż ośrodka.

7. Pierwszym etapem pracy w ramach modułu medycznego będzie udział w wyznaczonych członków zespołu rehabilitacyjnego w opracowaniu Indywidualnego Programu Rehabilitacji.

8. Kolejnym etapem będzie realizacja określonego w IPR programu rehabilitacji w składzie i wymiarze czasowym, uzależnionym od wyznaczonych celów wynikających z indywidualnych potrzeb każdego z Uczestników.

9. Raz na dwa tygodnie dokonywana będzie ocena aktualnego stanu zdrowia i funkcjonalnego Uczestnika. Ocena dokonywana będzie podczas spotkania zespołu rehabilitacyjnego. W sytuacji niespodziewanej zmiany stanu zdrowia Uczestnika ocena dokonywana będzie ad hoc, w zależności od potrzeb określonych przez lekarza, specjalistę rehabilitacji medycznej. W przypadku konieczności zmian w IPR dotyczących struktury i liczby zabiegów rehabilitacyjnych w związku z jego nieskutecznością, brakiem możliwości przeprowadzenia wszystkich lub części zaplanowanych zabiegów lub złej tolerancji zabiegów następować będzie ponowna ocena stanu Uczestnika. Na tej podstawie dokonywane będą zmiany w IPR.
10. Członkowie zespołu rehabilitacyjnego w ramach modułu medycznego będą brali udział w diagnozie na wejściu (ocenie kompetencji zawodowych), badaniu w połowie i na zakończenie pobytu (wg karty oceny medycznej). Ponadto co tydzień wypełniają kartę obserwacji Uczestnika oraz biorą udział w posiedzeniach zespołu rehabilitacyjnego co 2 tygodnie.
11. Członkowie zespołu rehabilitacyjnego będą pracowali od poniedziałku do piatku w dwóch cyklach, przedpołudniowym i popołudniowym tak, aby zapewnić realizację świadczeń w godzinach od 8.00 do 18.00.
12. Za realizację procesu rehabilitacji kompleksowej w module medycznym odpowiedzialny jest kierownik zespołu rehabilitacyjnego – lekarz, specjalista rehabilitacji medycznej

Organizacja procesu

13. Proces rehabilitacji medycznej będzie zawierał w sobie elementy stałe oraz elementy zmienne.
14. Elementy stałe modułu medycznego:
 - sposób prowadzenia dokumentacji medycznej (jako części IPR),
 - zespół rehabilitacyjny i zadania poszczególnych członków zespołu,
 - narzędzia służące do realizacji celów terapeutycznych,
 - miejsce i kolejność wykonywania poszczególnych czynności procesu,
 - częstotliwość przeprowadzania ocen etapowych (spotkania zespołu rehabilitacyjnego).
15. Elementy zmienne modułu medycznego (uzależnione od IPR):
 - prowadzenie różnych form fizjoterapii, terapii zajęciowej, terapii logopedycznej,
 - wymiar czasowy prowadzenia różnych form fizjoterapii, terapii zajęciowej, terapii logopedycznej.
16. Każdy Uczestnik powinien być objęty opieką lekarza, specjalisty rehabilitacji medycznej – optymalnie tej samej osoby podczas realizacji całego programu rehabilitacji.

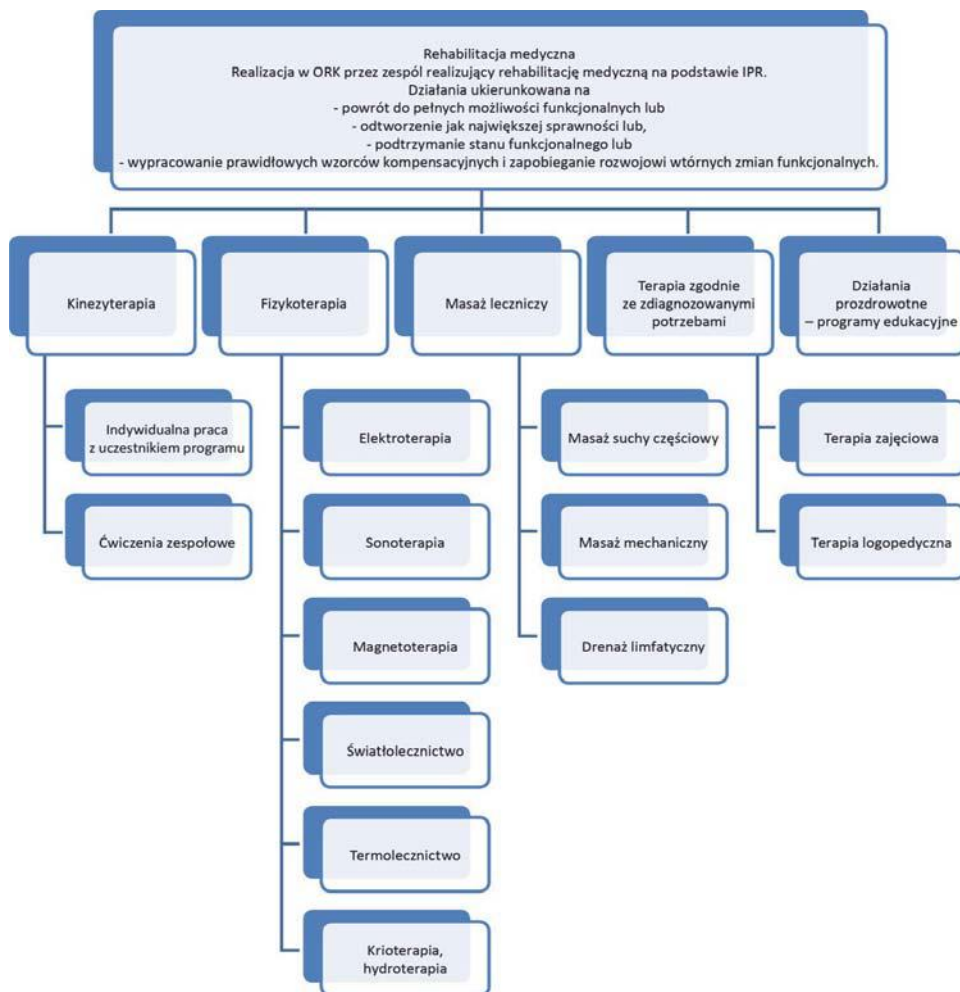
17. Uczestnicy wymagający podczas pobytu w ORK stosowania leków z powodu chorób przewlekłych, będą mieli zapewniony dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy innych specjalności w celu zapewnienia ciągłości farmakoterapii i leczenia schorzeń przewlekłych.
18. Zakres działań w ramach modułu medycznego uzależniony będzie od możliwości przywrócenia stanu funkcjonalnego sprzed choroby lub urazu skutkujących wystąpieniem niepełnosprawności albo podtrzymania stanu funkcjonalnego lub potrzeby wytworzenia kompensacji utraconych możliwości w przypadku utrwalonych ubytków funkcjonalnych. Liczba zleconych procedur (zabiegów i interwencji), intensywność rehabilitacji medycznej, długość trwania w ciągu dnia, częstotliwość w tygodniu będzie określona w IPR. Zaleca się, aby jedna sesja terapii indywidualnej trwała min. 40 minut.
19. Zasadniczy schemat postępowania z uczestnikiem programu w ramach modułu medycznego określa następującą kolejność czynności wykonywanych przez członków zespołu. Są to:
 - (a) **Ocena wstępna uczestnika programu wg karty oceny medycznej – przy przyjęciu do ORK**
 - lekarskie badanie podmiotowe i przedmiotowe
 - badanie funkcjonalne – ICF oraz:
 - a. zakres ruchów biernych i czynnych stawów obwodowych i kręgosłupa
 - b. ocena chodu
 - c. ocena siły mięśniowej
 - d. test siły globalnego uścisku ręki
 - e. test oceny równowagi i chodu
 - f. test wstań i idź
 - ocena fizjoterapeuty,
 - ocena terapeuty zajęciowego,
 - ocena innych członków zespołu zależnie od potrzeb.
 - (b) **Opracowanie planu działań (IPR) w ramach modułu medycznego**
 - (c) **Realizacja działań w ramach modułu medycznego zakresie określonym IPR**
 - (d) **Modyfikacja IPR w interwałach dwutygodniowych lub częściej, w zależności od potrzeb**
 - (e) **Ocena końcowa Uczestnika:**
 - badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarskie, w tym:
 - ocena funkcjonalna
 - badanie fizjoterapeutyczne

- badanie terapeuty zajęciowego
- badanie logopedyczne.

(f) Wnioski i zalecenia końcowe w zakresie rehabilitacji medycznej wpisywane w dokumentację medyczną Uczestnika i kartę informacyjną ORK.

20. Uczestnik programu może mieć zalecone różne formy terapii, zależnie od potrzeb. Do tych form terapii należą: fizjoterapia (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż), terapia zajęciowa, logopedyczna. W ramach IPR należy zlecić indywidualnie dobraną liczbę procedur z zakresu fizjoterapii, szczególnie z zakresu kinezyterapii. Należy mieć na uwadze, że fizykoterapia i masaż pełnią funkcje pomocnicze w stosunku do kinezyterapii.
21. Średnio w czasie pobytu Uczestnicy będą mieli po 3 godziny tygodniowo zajęć rehabilitacyjnych – indywidualnych i 2 godziny zajęć grupowych (średnio 94 godziny zajęć indywidualnych, minimalnie 50 godzin zegarowych oraz średnio 65 godzin zegarowych, minimalnie 34 zajęć grupowych w grupach do 6 osób).
22. **Połączenie różnych form oddziaływań terapeutycznych 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.

Rysunek 12. Proces rehabilitacji medycznej



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1. Rodzaje działań terapeutycznych w ramach modułu medycznego

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.	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 Traebera, 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).	Realizowane przez logopedę.	Zgodnie z IPR

23. Programy edukacyjne dla uczestników w ORK

Promocja zdrowia, w myśl założeń sformułowanych w Karcie Ottawskiej, jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę. Jednym z dwóch filarów promocji zdrowia, oprócz polityki zdrowia publicznego, jest edukacja zdrowotna. Działania edukacyjne należy traktować jako integralną część modułu medycznego. Zadania edukacji zdrowotnej powinny być prowadzone w trzech wymiarach:

- a. Informacyjnym, który dostarcza wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach ochrony, w szczególności podnoszenia poziomu wiedzy o zdrowiu i umiejętności związanych z chorobą, funkcjonowaniem własnego organizmu, zapobieganiem sytuacjom szkodliwym zdrowotnie, radzeniem sobie w sytuacjach trudnych.
- b. Czynnościowym, ukierunkowanym na nabywanie nawyków zdrowego życia poprzez naukę działań indywidualnych dla zachowania własnego zdrowia w życiu codziennym, w czym mieści się również poradnictwo w zakresie zagrożeń zdrowia, podnoszenia poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej i pojmowaniem zasad jej funkcjonowania.
- c. Motywacyjnym, zogniskowanym na wyzwoleniu w jednostce zadowolenia z faktu dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, wewnętrznej potrzeby utrzymania zdrowia, ciekawości sposobów podnoszenia jego stanu poprzez czynności ukierunkowane na budowanie samodzielności dla dokonywania wyborów prozdrowotnych w życiu codziennym oraz zwiększanie poziomu świadomości co do czynników społecznych i środowiskowych wpływających na zdrowie.

Program edukacyjny powinien być obligatoryjny dla każdego uczestnika programu i uwzględniać w szczególności spotkania grupowe w formie prelekcji, prowadzone przez fizjoterapeutę (zaleca się również udział lekarza) – minimum 4 spotkania trwające nie krócej niż 45 minut. W trakcie spotkań należy w sposób zrozumiały i wyczerpujący poruszyć m.in. następujące tematy:

- etiologię i patogenezę chorób kręgosłupa i stawów obwodowych,
- następstwa zdrowotne chorób kręgosłupa i stawów obwodowych,
- możliwości leczenia chorób kręgosłupa i stawów obwodowych,
- ograniczenia zawodowe wynikające z dysfunkcji układu ruchu,
- Instruktaż w zakresie ergonomii w domu i w pracy – może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub lekarz,
- Instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu profilaktyki chorób narządu ruchu, w tym zasad odżywiania, snu, unikania używek, zwalczania nałogów, aktywnego trybu życia, prawidłowych wzorców ru-

chowych – może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktąz udzielić może pielęgniarka, fizjoterapeuta, lekarz lub dietetyk,

- materiały edukacyjne w formie pisemnej i/lub w formie elektronicznej, obejmujące tematy poruszane w trakcie spotkań,
- Instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych w formie pisemnej, sporządzony przez fizjoterapeutę przy współudziale lekarza.

Każdy członek zespołu rehabilitacyjnego prowadzi ponadto doraźne działania edukacyjne w zależności od bieżących potrzeb uczestnika.

Efekty procesu

24. Oczekiwanym efektem rehabilitacji medycznej u Uczestników jest uzyskanie w optymalnym, jak najkrótszym czasie, takich zmian stanu funkcjonalnego, które umożliwią powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym i zawodowym oraz zapobiegną niepełnosprawności wtórnej w środowisku zamieszkania. 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),
- zwiększenie poziomu sprawności fizycznej (Pomiary testem Tinetti, testem, Timed Up and Go oraz na podstawie pomiaru siły ścisku globalnego ręki; pomiary dokonane będą minimum 3-krotnie).

Schemat procesu

Nr	Operacja:	Realizator:	Krótki opis:
3c.1	Ocena początkowa	Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)	Opis w procesie 2 – 2.3
3c.2	Przygotowanie IPR	Zespół rehabilitacyjny (ORK)	Opis w procesie 3 – 3.4
3c.3	Realizacja IPR – moduł medyczny – terapia medyczna	Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego	1. Uczestnik na podstawie zapisów w IPR realizuje proces rehabilitacji kompleksowej w module medycznym. Realizacja odbywa się zgodnie z IPR. Uczestnik może mieć zalecone różne formy terapii, zależnie od potrzeb. Katalog form obejmuje: fizjoterapię (kinezyterapię, masaż), fizykoterapie, terapię zajęciową, logopedyczną.

			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 min. 40 minut. Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Terapia medyczna a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji, b) Załącznik: Karta realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych c) Załącznik: Karta realizacji terapii zajęciowej d) Załącznik: Karta realizacji terapii logopedycznej Karty realizacji znajdują się u osoby prowadzącej daną terapię.
3c.4	Realizacja IPR – moduł medyczny – edukacja zdrowotna	Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego	1. Zakres działań edukacyjnych uwzględniać będzie szerokie spektrum problemów związanych ze stylem życia, w tym zagadnienia samooceny, problem indywidualnych umiejętności oraz kwestie wsparcia społecznego. Program edukacyjny obejmuje: • instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, • instruktaż w zakresie ergonomii, • instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych, • materiały edukacyjne. Cały zespół rehabilitacyjny będzie uczestniczył w realizacji programu edukacyjnego w zakresie wynikającym ze swoich kompetencji Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Edukacja zdrowotna a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji b) Załącznik: Karta realizacji Edukacji zdrowotnej
3c.5	Okresowa ocena prowadzonych działań – modyfikacja IPR	Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego	1. Częstkowa ocena dokonywana okresowo w stosunku do każdego uczestnika projektu. W sytuacji wystąpienia konieczności zmiany założonego programu wsparcia zmiana IPR (zgodnie z procedurą 3). Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Modyfikacja Indywidualnego Programu Rehabilitacji a) Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji
3c.6	Ocena końcowa	Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego	1. Na zakończenie realizacji rehabilitacji kompleksowej uczestnik poddany zostanie ocenie końcowej obejmującej moduł medyczny. Realizacja zgodnie z procedurą 3, pkt. 3.8 Realizator: Zespół rehabilitacyjny Forma: Ocena końcowa a) Załącznik: Arkusz oceny końcowej IPR
3c.7	Archiwizacja dokumentacji	Obsługa administracyjna ww. jednostek	Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce.
	Zakończenie procesu		

VI. WARUNKI PROWADZENIA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ

VI.1. Zasady rekrutacji ośrodków pilotażowych

1. Ośrodki pilotażowe wyłonione zostaną w ramach procedur określonych w Ustawie z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.). W ramach postępowania wskazane zostały warunki, jakie muszą spełniać aplikujące podmioty. Dotyczą one przede wszystkim:

- posiadania doświadczenia
- dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym
- dysponowania odpowiednimi zasobami niezbędnymi do wykonywania zamówienia,
- sytuacji ekonomicznej i finansowej.

Wskazane warunki (w tym i dalszych punktach) mogą być spełniane przez konsorcja, np. o prawo do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji może się ubiegać ośrodek kształcenia zawodowego (CKU, CKP, OHP, inny) jako lider, wspólnie z podmiotem leczniczym lub podmiot leczniczy jako lider wspólnie z ośrodkiem kształcenia zawodowego. Wspólnie będą stanowić ORK i odpowiadać za realizację zadań określonych w warunkach postępowania przetargowego, jednak formalnie odpowiedzialność za wykonywanie postanowień umowy odpowiada lider (zasady odpowiedzialności w ramach konsorcjum określa umowa konsorcjum).

2. Doświadczenie:

Podmiot ubiegający się o prawo do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji i zakwalifikowanie jako Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej musi udokumentować, że w okresie ostatnich 5 lat wykonał należycie:

- usługi dla co najmniej 100 osób, w tym co najmniej 50 osób niepełnosprawnych obejmujące w sumie: (1) ocenę potrzeb w zakresie rozwoju kompetencji zawodowych, (2) szkolenia zawodowe, (3) indywidualne lub grupowe poradnictwo zawodowe, (4) dobór kandydatów do ofert pracy oraz wsparcie w negocjowaniu warunków zatrudnienia;
- usługi dla co najmniej 100 osób obejmujące: (1) analizę stanu zdrowia, (2) przygotowanie programu rehabilitacji, (3) prowadzenie rehabilitacji medycznej.

3. Dysponowanie odpowiednim potencjałem technicznym niezbędnym do wykonywania zamówienia

Podmiot ubiegający się o prawo do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji i zakwalifikowanie jako Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej musi dysponować obiektem zlokalizowanym na terenie danego makroregionu:

- możliwym do przystosowania do prowadzenia rehabilitacji medycznej dla osób niepełnosprawnych bez konieczności przebudowy, rozbudowy lub nadbudowy budynków, który w części przeznaczony do prowadzenia działalności leczniczej będzie spełniał wymagania określone 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. poz. 739),
- posiadającym co najmniej 30 pokoi przeznaczonych do noclegu Uczestników, w tym co najmniej: (a) 26 pokoi o powierzchni min. 8 m², (b) co najmniej 2 pokoje o powierzchni min. 10 m², (c) co najmniej 2 pokoje umożliwiające zakwaterowanie osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim o powierzchni min 10 m²;
- posiadającym pomieszczenia do pełnienia funkcji (lub możliwość przystosowania pomieszczeń bez przebudowy, rozbudowy lub nadbudowy do pełnienia tych funkcji):

lp.	pomieszczenie	liczba
1.	pokoje do spotkań indywidualnych – w zakresie doradztwa zawodowego	2
2.	sala do spotkań grupowych – w zakresie doradztwa i pośrednictwa pracy	1
3.	sala szkoleniowa dla minimum 10 osób	3
1.	gabinet psychologa (pokój terapii indywidualnej)	2
5.	sala do prowadzenia psychoedukacji i spotkań grupowych	1
6.	pokój do prowadzenia treningów relaksacyjnych	1
7.	gabinet lekarski	2
8.	gabinet pielęgniarski	1
9.	gabinet fizjoterapii	1
10.	sala do terapii zajęciowej dla minimum 6 osób	1
11.	sala do kinezyterapii indywidualnej i grupowej	1
12.	gabinet (sala) kinezyterapii grupowej	1
13.	sala do hydroterapii	1
14.	gabinet fizykoterapii z wydzielonymi stanowiskami	1
15.	gabinet masażu leczniczego	1
16.	pokój administracyjny	3

Możliwe jest łączenie funkcji określonych w pozycjach tabeli, przy czym liczba pomieszczeń nie powinna być niższa niż łącznie 18.

4. Dysponowanie odpowiednimi zasobami niezbędnymi do wykonywania zamówienia

Podmiot ubiegający się o prawo do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji i zakwalifikowanie jako Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej musi dysponować:

- doradcą zawodowym – posiadającym wykształcenie wyższe oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie jako doradca zawodowy, w tym co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością,
- pośrednikiem pracy – posiadającym wykształcenie wyższe oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie jako pośrednik pracy, w tym co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością,
- psychologiem – posiadającym wykształcenie wyższe na kierunku psychologia (tytuł magistra) oraz 5 lat doświadczenia w doradztwie lub konsultacjach psychologicznych, w tym co najmniej 2 lata w pracy z osobami z niepełnosprawnością,
- lekarzem specjalistą w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, posiadającym 2-letnie doświadczenie we wskazanej specjalności,
- fizjoterapeutą posiadającym wykształcenie wyższe na kierunku fizjoterapia oraz co najmniej 1 rok doświadczenia jako fizjoterapeuta,
- specjalistą ds. zarządzania rehabilitacją posiadającym wykształcenie wyższe oraz co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy z osobami niepełnosprawnymi,
- specjalistą ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników posiadającym wykształcenie wyższe oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie z zakresu prowadzenia badań społecznych lub monitorowania lub ewaluacji projektów w zakresie interwencji społecznych.

5. Warunki dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej

Podmiot ubiegający się o prawo do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji i zakwalifikowanie jako Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej jest zobligowany do:

- udokumentowania, że osiągnął w okresie ostatnich dwóch lat przychód netto ze sprzedaży w wysokości średniorocznej nie niższej niż 2 000 000 zł,
- posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności na sumę ubezpieczenia nie niższą niż 1 000 000 zł.

6. Oferty podmiotów ubiegających się o prawo do prowadzenia kompleksowej rehabilitacji jako ORK są oceniane z zastosowaniem następujących kryteriów:

- cena,
- koncepcja prowadzenia pośrednictwa pracy,
- koncepcja organizacyjno-merytoryczna okresu próbnego,
- deklarowany wskaźnik zatrudnienia Uczestników w okresie 3 miesięcy i w okresie 6 miesięcy od podjęcia zatrudnienia lub rozpoczęcia działalności gospodarczej
 - powyżej wymaganego minimalnego poziomu 30%.

VI.2. Wymogi formalno-prawne dotyczące prowadzenia rehabilitacji kompleksowej w ORK

1. **Rehabilitacja zawodowa** uczestników będzie prowadzona zgodnie z następującymi przepisami:

- a) Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.). Ustawa definiuje rehabilitację zawodową poprzez jej cel, którym jest ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy. Przepisy tej ustawy mają zastosowanie do osób niepełnosprawnych, których niepełnosprawność została potwierdzona w sposób w niej określony.
- b) Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1265). Ustawa ta określa zadania państwa w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej. Zadania te są realizowane przez instytucje rynku pracy działające w ww. obszarze. Do instytucji rynku ustawa zalicza: publiczne służby zatrudnienia, Ochotnicze Hufce Pracy, agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe, instytucje dialogu społecznego oraz instytucje partnerstwa lokalnego.
- c) Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2018 r. poz. 996, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1632). System oświaty w Polsce obejmuje m.in. placówki kształcenia ustawicznego, placówki kształcenia praktycznego oraz ośrodki dokształcania i doskonalenia zawodowego, umożliwiające uzyskanie i uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych. Prawo oświatowe m.in. definiuje pojęcie kształcenia ustawicznego oraz wskazuje na dopuszczalne jego formy oraz organizację i tryb ich prowadzenia.

2. **Rehabilitacja psychospołeczna** będzie realizowana z uwzględnieniem:

- a) Ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.), która określa zasady i warunki wykonywania zawodu psychologa. Zgodnie z jej przepisami, wykonywanie zawodu psychologa polega na świadczeniu usług psychologicznych, a w szczególności na: diagnozie psychologicznej, opiniowaniu, orzekaniu (o ile odrębne przepisy tak stanowią), psychoterapii, udzielaniu pomocy psychologicznej.
- b) Standardów diagnozy psychologicznej uchwalonych przez Ogólnopolską Sekcję Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 21 czerwca 2014 r. wraz z uzupełniającymi je wytycznymi dotyczącymi ogólnego diagnozowania osób z niepełnosprawnościami w zakresie innym niż diagnoza niepełnosprawności.

3. Rehabilitacja medyczna będzie prowadzona z uwzględnieniem następujących przepisów:

- a. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160), zwaną dalej u.d.l. Zgodnie z jej przepisami, świadczenia zdrowotne, w tym świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej, mogą być udzielane przez podmioty, którym przysługuje status podmiotu leczniczego. Podmiotem leczniczym może być przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców we wszystkich formach prowadzenia działalności gospodarczej przewidzianych przez tę ustawę, a także podmioty niebędące przedsiębiorcami, m.in.: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, a także stowarzyszenia kościoły. Za działalność leczniczą uważa się także praktyki zawodowe lekarzy – indywidualne bądź grupowe. Podmiot musi spełniać następujące wymagania:
- posiadać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - posiadać pomieszczenia lub urządzenia odpowiadające 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),
 - stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 211),
 - zapewniać udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach,
 - mieć zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729),
 - posiadać regulamin organizacyjny spełniający wymagania określone w art. 24 u. d.l.
- b. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. nr 192, poz. 1286),
- c. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069, z późn. zm.), z uwzględnieniem Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 1845).
- d. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – RODO).

- e. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318) w myśl której pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ustawy). Wgląd do dokumentacji medycznej realizowany jest na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta.

VI.3. Podstawowe zasady realizacji usług w ORK

1. Realizacja usług obejmuje 2 etapy:

- Przygotowanie do realizacji zamówienia,
- Realizacja procesu rehabilitacji kompleksowej

2. Przygotowanie do realizacji zamówienia, obejmujące:

- Audyt wstępny

Przed przystąpieniem do realizacji świadczeń rehabilitacji kompleksowej ORK będzie zobowiązane do poddania się Audytowi wstępnemu, podczas którego zostanie zweryfikowany stan przygotowania danego ORK do przyjęcia Uczestników oraz realizacji dla nich wsparcia w ramach procesu rehabilitacji kompleksowej. Audyt zostanie przeprowadzony przez pracowników PRFON oraz ekspertów zewnętrznych. W ramach Audytu zostaną sprawdzone warunki lokalowe ORK oraz zweryfikowane dysponowanie zespołem rehabilitacyjnym;

- Szkolenie zespołu ORK

Przed skierowaniem pierwszych Uczestników zostanie przeprowadzone szkolenie kadry ORK – zespołu rehabilitacyjnego oraz obsługi administracyjnej projektu. Szkolenie ma na celu zapoznanie kadry ORK z zasadami funkcjonowania ORK oraz zasadami realizacji poszczególnych procesów świadczenia usług oraz sposobem dokumentowania działań. Szkolenie będzie trwało 28 godzin (4 dni szkoleniowe).

3. Realizacja procesu rehabilitacji kompleksowej

- ORK jest zobowiązany do prowadzenia rehabilitacji kompleksowej Uczestników i zapewnienia im świadczeń, zgodnie z zapisami IPR;
- ORK będzie świadczył usługi rehabilitacji kompleksowej od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–18.00, przy czym wsparcie dla jednego Uczestnika nie może przekraczać 8 godzin dziennie. Godzina warsztatów i szkoleń w ramach modułu zawodowego i psychospołecznego to godzina lekcyjna (45 minut), pozostałe wsparcie liczone będzie w godzinach zegarowych (spotkania indywidualne w ramach modułu zawodowego i psychospołecznego, medycznego, spotkania zespołów);

- ORK jest zobowiązany do odpowiedniej organizacji świadczeń, tak by zapewniona była ich ciągłość zgodna z IPR, bez zbędnych przerw, które mogłyby utrudnić lub zaburzyć proces rehabilitacji. Zakłada się, że jeden Uczestnik będzie brał udział w zajęciach z różnych modułów każdego dnia zajęć. Sumaryczny czas wszystkich zajęć nie powinien przekraczać 8 godzin dziennie;
- Usługi rehabilitacji kompleksowej będą świadczone w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym w zależności od preferencji uczestników, przy założeniu, że w tym samym czasie w ośrodku w trybie stacjonarnym przebywać może maksymalnie 30 osób. Ośrodki te będą funkcjonowały w sposób otwarty, a osoby uczestniczące w kompleksowej rehabilitacji będą mogły dokonać wyboru i np. korzystać z rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym;
- Przewidywany czas wsparcia w ORK będzie określony w IPR, jednak nie może przekroczyć 12 miesięcy (średnio 9 miesięcy). Zespół rehabilitacyjny może podjąć decyzję o wydłużeniu pobytu Uczestnika w ORK, jeżeli będzie to miało wpływ na pozytywne zakończenie rehabilitacyjne i zostanie umotywowane w IPR. Pobyt może być wydłużony maksymalnie do 15 miesięcy. Propozycja zespołu rehabilitacyjnego musi uzyskać pisemną akceptację Kierownika Projektu PFRON. Niemniej jednak pobyt stacjonarny w ORK powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, Uczestnik jak najszybciej powinien wrócić do środowiska lokalnego i tam otrzymywać dalsze wsparcie;
- Uczestnicy będą kierowani do ORK co do zasady w grupach. Jednorazowo grupa może liczyć około 50 osób, przy czym w ORK może przebywać:
nie więcej niż 30 Uczestników w trybie stacjonarnym,
20 Uczestników w trybie niestacjonarnym, chyba że ORK zgłosi gotowość do przyjęcia większej liczby Uczestników;
- Ostatnia grupa Uczestników może być skierowana do ORK nie później niż 1 września 2021r.;
- Zajęcia dla Uczestników mogą się odbywać w nie więcej niż dwóch lokalizacjach w ciągu dnia (jedna z nich to miejsce noclegu). ORK zapewnia transport pomiędzy lokalizacjami, czas przejazdu nie może być dłuższy niż pół godziny, a odległość większa niż 20 km liczone po drogach publicznych. Za zgodą PFRON możliwa jest realizacja świadczeń (w szczególności kursów zawodowych) w miejscach bardziej oddalonych od ORK;
- W stanach nagłych zachorowań Uczestnik będzie korzystał ze świadczeń lekarza POZ zgodnie z rejonem ORK. ORK powinien nawiązać współpracę z ośrodkiem POZ w stanach nagłych zachorowań uczestników programu;
- ORK odpowiada za zapewnienie odpowiedniego zarządzania procesem rehabilitacji kompleksowej, co wymaga współpracy osób zaangażowanych w realizację umowy na wszystkich poziomach: kierownictwa ośrodka, kierownika zespołu rehabilitacyjnego oraz specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Zarządzanie procesem rehabilitacji na poziomie kierownictwa ORK obejmuje wszelkie aspekty organizacyjno-prawne

niezbędne do realizacji kompleksowej rehabilitacji. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, będący kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego, koordynuje jego działania. Koordynator/specjalista ds. zarządzania rehabilitacją ma za zadanie koordynację działań rehabilitacyjnych w ORK, organizację współpracy z rodziną Uczestnika, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.

- ORK zapewni obsługę administracyjno – księgową niezbędną do prowadzenia rozliczeń związanych z dokumentacją księgową, ewidencyjną, podatkową;
- ORK jest zobowiązany do używania wzorcowych dokumentów wdrożeniowych stanowiących Załączniku *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów*;
- ORK odpowiada za prowadzenie dokumentacji wymaganej przepisami prawa oraz określonej w umowie na realizację usług. Dokumentacja, w zależności od możliwości ORK oraz wymagań wynikających z przepisów prawa, będzie prowadzona w formie elektronicznej lub/i w formie papierowej.

4. Zgodnie z **zasadą deinstytucjonalizacji** usługi powinny być świadczone w sposób:

- zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby) oraz jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym,
- umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą,
- zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem,
- gwarantujący, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców.

5. Ośrodek będzie musiał posiadać wydzieloną część hotelową, umożliwiającą samodzielne funkcjonowanie Uczestnika, w tym samodzielne przygotowywanie posiłków oraz organizowanie przez niego czasu wolnego. Obiekt musi być pozbawiony barier architektonicznych oraz dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wszystkie pomieszczenia, w których odbywają się zajęcia muszą być w pełni dostępne dla osób z niepełnosprawnościami.

6. Ośrodek będzie musiał posiadać pomieszczenia spełniające wymogi higieniczno-sanitarne umożliwiające wydawanie posiłków (w tym stosowanie zróżnicowanej diety) i zapewnienie warunków do higienicznego przechowywania żywności uczestników rehabilitacji. Posiłki powinny być wydawane w tym samym obiekcie, w którym nocują Uczestnicy z wyjątkiem sytuacji, gdy zajęcia odbywają się w innej lokalizacji – tam też mają być serwowane posiłki.

7. W tabeli poniżej wskazano **wymagania dla ORK** w odniesieniu do lokalizacji obiektu, zaplecza socjalnego i standardów wyżywienia oraz bazy hotelowej.

Tabela 2. Wymagania lokalizacyjne i lokalowe dla ORK

Lp.	1. WYMAGANIA OGÓLNE		
1.1.	lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego – ORK	1.1.1.	dysponowanie terenami rekreacyjnymi w sąsiedztwie obiektu ORK, przy czym „obiektem rehabilitacyjnym” jest budynek ORK, w którym zakwaterowane są osoby skierowane w ramach projektu <i>Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy</i> (zwanego dalej „projektem”) do ośrodka rehabilitacyjnego, zwane dalej „osobami skierowanymi”
		1.1.2.	- ORK może się mieścić w nie więcej niż dwóch lokalizacjach – obiektach (np. osobna lokalizacja części rehabilitacji medycznej i zawodowej), ale noclegi i posiłki z nim związane (śniadania i kolacje) muszą być zapewnione w jednej z nich. Odległość pomiędzy poszczególnymi obiektami ORK nie może być większa niż 20 km (dojazd do 30 minut). - ORK ma obowiązek zapewnić stały transport pomiędzy obiektami realizacji wsparcia, uwzględniający potrzeby wszystkich Uczestników (również osób na wózkach, jeśli takie będą). - Lokalizacja ORK zapewnia możliwość dojazdu do obiektu ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu do/z obiektu ORK (także podczas wyjazdów poza ORK osób skierowanych na weekend – raz w miesiącu w trakcie trwania kompleksowej rehabilitacji) należy zapewnić transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem, do którego można dojechać ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Zapewnienie transportu powinno uwzględniać rozkład jazdy obowiązujący dla tego przystanku. - Zajęcia dla uczestników mogą się odbywać w nie więcej niż 2 lokalizacjach w ciągu dnia (jedna z nich to miejsce noclegu). Wykonawca zapewnia transport pomiędzy lokalizacjami. Za zgodą Zamawiającego możliwa jest realizacja świadczeń (w szczególności kursów zawodowych) w miejscach bardziej oddalonych od ORK.
1.2.	baza hotelowa	1.2.1.	zapewnienie osobom skierowanym do pobytu w trybie stacjonarnym zakwaterowania w wydzielonym na potrzeby „projektu” obiekcie ORK lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku nr 6 do SIWZ.
		1.2.2.	Wszystkie pomieszczenia i sprzęty zlokalizowane w ośrodku, jak również usługi i wsparcie w nich udzielane powinny spełniać Standardy dostępności dla polityki spójności 2014–2020 stanowiące Załącznik nr 2 do Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014–2020. Dostępne: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/55001/Zalacznik_nr_2_do_Wytycznych_w_zakresie_rownosci_zatwierdzone_050418.pdf
		1.2.3.	zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich: dostępu do obiektu ORK i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz

			stołówki za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane, bez konieczności opuszczania obiektu ORK, b) co najmniej 2 pokoi dwuosobowych dostosowanych do ich potrzeb.
		1.2.4.	Zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji medycznej, gabinetach, salach szkoleniowych i warsztatowych, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce.
		1.2.5.	Zapewnienie: Tryb stacjonarny a) ręczników kąpielowych oraz ich wymiany co najmniej raz na tydzień, b) wymiany bielizny pościelowej, co najmniej raz na dwa tygodnie, c) prześcieradeł do zabiegów fizykalnych, d) zapewnienie sprzątnięcia pokoi przynajmniej raz na tydzień. Tryb niestacjonarny e) prześcieradeł do zabiegów fizykalnych,
		1.2.6.	dysponowanie w udostępnionym obiekcie: a) stołówką, b) pomieszczeniem do samodzielnego przygotowywania posiłków, c) pomieszczeniem do samodzielnego prania i suszenia, d) salą rekreacyjną umożliwiającą wypoczynek, wyposażoną m.in. w fotele, ławę, telewizor, e) bezpłatnym parkingiem.
1.3.	standardy żywienia	1.3.1.	Dla osób korzystających z ORK w trybie stacjonarnym zapewnienie całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodziennie wyżywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki oraz napoje ciepłe i zimne, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywnienia oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi i preferencjami uczestników (diety musi potwierdzić lekarz). Posiłki powinny być podawane w obiekcie, w którym aktualnie przebywają Uczestnicy. Osobom korzystającym z ORK w trybie niestacjonarnym, gdy w trakcie dnia wsparcie przekracza 4 godziny przysługuje przerwa kawowa (napoje ciepłe i zimne), zaś gdy wsparcie jest świadczone w wymiarze powyżej 6 godzin dziennie – obiad.
		1.3.2.	zapewnienie „osobom skierowanym” możliwości przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów w przerwach pomiędzy posiłkami.
2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE			
2.1.	baza hotelowa	2.1.1.	kwatrowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu
		2.1.2.	udostępnienie pokoi jednoosobowych z pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 2 łóżka w pokojach rodzinnych
		2.1.3.	a) powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej: a) 8 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych, b) 10 metrów kwadratowych w pokojach rodzinnych i dla osób poruszających się na wózkach,

			b) pokój powinien być wyposażony w: a) łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90 × 200 cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca, b) stół, c) krzesła – jedno na osobę, d) czajnik elektryczny, kubki (co najmniej jeden na osobę), e) co najmniej jedno gniazdko elektryczne na osobę przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową; dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony, c) lokal powinien posiadać bezpośrednie oświetlenie światłem dziennym co najmniej w przypadku pomieszczeń mieszkalnych; w przypadku, gdy mieszkańcem jest osoba/osoby z niepełnosprawnością ruchową (w tym w szczególności poruszające się na wózku inwalidzkim), mieszkanie oraz budynek, w którym ono się znajduje, są dostępne architektonicznie.
2.2.	Zaplecze socjalne	Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:	
		2.2.1.	Pomieszczenie do samodzielnego przygotowywania posiłków wyposażonego m.in. w: a) zlewozmywak, b) szafki kuchenne, kuchenkę, c) mikrofalówkę, lodówkę, d) zestaw garnków, talerze, sztućce
		2.2.2.	Pomieszczenie umożliwiające pranie i suszenie wyposażone m.in. w: a) w pralkę, b) suszarki wolnostojące na pranie (co najmniej 3 szt.), c) deski do prasowania (co najmniej 2 szt.), d) żelazka (co najmniej 2 szt.), e) odkurzacz
		2.2.3.	Zapewnienie sali rekreacyjnej umożliwiającej wypoczynek jednocześnie co najmniej 30 osobom, wyposażonej m.in. w: a) fotele, b) ławę, c) telewizor

8. ORK odpowiada za zapewnienie noclegu oraz pełnego wyżywienia w ośrodku dla członków rodziny Uczestnika korzystającego z trybu stacjonarnego. Wizyty będą odbywać się nie częściej niż 1 raz w miesiącu (1 osoba wizytująca), należy przyjąć nie więcej niż 6 wizyt na pobyt. Na wizytę należy przyjąć 2 dni i 1 nocleg.

9. W przypadku Uczestnika przebywającego w ORK z dziećmi:

- do lat 7, ORK zapewnia opiekę żłobkową lub przedszkolną oraz wieczorną w czasie, w którym rodzic (Uczestnik) bierze udział w zajęciach rehabilitacji kompleksowej,

- od 7 lat, ORK zapewnia możliwość uczęszczania do szkoły podstawowej właściwej dla siedziby ORK, zapewnia transport do szkoły oraz opiekę po zajęciach szkolnych, w czasie w którym rodzic (Uczestnik) bierze udział w zajęciach rehabilitacji kompleksowej,
 - dla dzieci Uczestników w trybie stacjonarnym, ORK zapewnia nocleg wraz z rodzicem i pełne wyżywienie,
 - dla dzieci Uczestników w trybie niestacjonarnym, ORK zapewnia obiad w dni, w których rodzic bierze udział w zajęciach rehabilitacji kompleksowej.
10. ORK jest zobowiązany do zapewnienia uczestnikom bezpłatnego dostępu do szerokopasmowego Internetu.
11. ORK zapewnia uczestnikom zwrot kosztów przejazdu z domu do ORK i z powrotem zgodnie z warunkami określonymi w „Regulaminie rozliczania kosztów dojazdu dla uczestników projektu pn. Wypracowanie i pilotażowe wdrażanie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy, skierowanych do ośrodków rehabilitacji kompleksowej”.

VI.5. Wymogi w zakresie wyposażenia ORK i pomieszczeń

1. W tabeli na str. 130 przedstawiono **minimalne wymagania** w zakresie warunków lokalowych i wyposażenia dla jednego ORK.
2. Oprócz wymagań zawartych w tabeli ośrodek będzie zobowiązany zapewnić w pomieszczeniach podstawowe wyposażenie (biurka, krzesła, szafki), zestawy komputerowe wraz z drukarkami oraz oprogramowaniem w zakresie programów biurowych. ORK powinien także zapewnić pomieszczenie do archiwizowania dokumentów, wyposażone w odpowiednie szafy (zamykane, bez przeszkleń) oraz dostęp do dokumentacji jedynie osobom uprawnionym.
3. Ponadto ORK będzie zobowiązany do współpracy ze wskazanymi przez PFRON osobami. ORK zapewni na czas prowadzonych przez nie na terenie ORK badań dostęp do 4 pomieszczeń o powierzchni minimum 16 mkw. Każde z pomieszczeń powinno być wyposażone w 2 biurka oraz 3 krzesła; pomieszczenie do oceny sensorycznej powinno mieć możliwość zasłaniania okien, np. wertykale, rolety.

Tabela 3. Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie warunków lokalowych oraz wyposażenia jednego ORK

Lp.	Rodzaj pomieszczenia	liczba	Świadczona usługa	Kluczowe parametry	Wyposażenie		
					Nazwa	Liczba	Kluczowe parametry
Moduł zawodowy							
1	pokoje do spotkań indywidualnych –w zakresie doradztwa zawodowego	2	doradztwo i pośrednictwo – spotkania indywidualne	pokój powinien zapewnić możliwość swobodnej rozmowy pomiędzy uczestnikami a doradcą lub pośrednikiem pracy	minimalne niezbędne do wykonywania usług		
2	sala do spotkań grupowych – w zakresie doradztwa i pośrednictwa pracy	1	doradztwo i pośrednictwo, spotkania grupowe	sala powinna zapewnić możliwość swobodnej rozmowy dla co najmniej 10 osób oraz pracownika sekcji	minimalne niezbędne do wykonywania usług		
3	sala szkoleniowa dla minimum 10 osób	3	kształcenie zawodowe		zestawy komputerowe	10	obsługa programów biurowych i Internetu, możliwość instalacji oprogramowania szkoleniowego
					fotele biurowe	10	
					rzutnik i tablica multimedialna	1 kpl	
					oprogramowanie do nauki przedmiotów zawodowych – licencje		w zależności od rodzaju szkolenia
Moduł psychospołeczny							
4	gabinet psychologa (pokój terapii indywidualnej)	2	realizacja czynności zgodnie z kompetencjami	z oknem, powierzchnia pokoju min. 10 m ² pomieszczenia mogą być wykorzystywane wymiennie przez fizjoterapeutę, psychologa i logopedę	testy do przeprowadzenia diagnostyki i prowadzenia terapii (wykaz wg sugestii zespołu), testy do przeprowadzenia diagnostyki i prowadzenia terapii logopedycznej	1	testy psychologiczne do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów, testy do badania osobowości i sfery emocjonalno motorycznej

					fotele	3	3 szt. na gabinet, w tym 1 szt. z możliwością regulacji ustawienia i podparcia głowy
5	sala do prowadzenia psychoedukacji i spotkań grupowych	1	psychoterapia, psychoedukacja, terapia grupowa	z oknem, powierzchnia pokoju min. 30 m ²	leżanka z regulowaną wysokością zestaw komputerowy z rzutnikiem multimedialnym ekran krzesła z tackami do notowania nagłośnienie flipchart	1 1 1 21 1 1	1 szt. na 2 gabinety
6	pokój do prowadzenia treningów relaksacyjnych	1	terapia relaksacyjna	z oknem, powierzchnia pokoju min. 30 m ² , ciche otoczenie	sprzęt audio z nagłośnieniem materac fotel stolik podręczny	1 10 1 1	
Moduł medyczny							
7	gabinet lekarski	2	realizacja czynności zgodnie z kompetencjami		leżanka z regulowaną wysokością aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi negatoskop	1 1 1	
8	gabinet pielęgniarstwa	1	czynności pielęgniarskie i lekarskie		leżanka z regulowaną wysokością defibrylator zestaw do resuscytacji na miejscu aparat EKG pulsoksymetr aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi	1 1 1 1 1 1 1	

9	gabinet fizjoterapii	1	badanie fizjoterapeutyczne i zabiegi kinezyterapii	pomieszczenie może być wykorzystywane wymiennie przez fizjoterapeutę, psychologa, logopedę	stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości	1	
10	sala do terapii zajęciowej dla minimum 6 osób	1	terapia zajęciowa		dynamometr ręczny	1	
11	sala/sale (gabinety do kinezyterapii indywidualnej i grupowej	1	kinezyterapia	zgodnie z obowiązującymi przepisami	krzesło z regulowaną wysokością z oparciem pleców i przedramion	7	
					stół do terapii zajęciowej	1	dla min. 6 osób
					zestaw przyrządów do ćwiczeń manualnych	6	
					stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości	2	standardowej szerokości
					stół rehabilitacyjny minimum 3-częściowy	1	
					rotor do ćwiczeń kończyn górnych	1	
					rotor do ćwiczeń kończyn dolnych	1	
					UGUL lub inny system spełniający jego rolę z oprzyrządowaniem	1	
					bieżnie ruchome	1	
					cykloergometr	2	
					lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej	1	
					schody do nauki chodzenia dwustronne	1	
					krzesła z oparciem z kółkami blokowanymi	2	

				stolki do terapii z kółkami blokowanymi	4	4
				półwałki	5	5
				piłki rehabilitacyjne (różne rozmiary)	5	5
				tuby/taśmy elastyczne	50	50
				kliny	5	5
				koszki i poduszki rehabilitacyjne	5	5
				trampolina lub inny przyrząd spełniający te funkcje	1	1
				aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi	1	1
12	gabinet (sala) kinezyterapii grupowej	1	kinezyterapia	drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje przyrządy	5	5
				mata lub materace do kinezyterapii	7	7
				lustra do ćwiczeń reedukacji posturalnej	1	1
				kije do terapii, kije do treningu marszowego (np. Nordic Walking)	10 kpl.	10 kpl.
				belki balansowe	3	3
				półwałki	4	4
				piłki rehabilitacyjne (różne rozmiary)	10	10
13	sala do hydroterapii	1	hydroterapia	wanna do masażu wirowego kończyn górnych	1	1

						wanna do masażu wirowego kończyn dolnych	1	
14	gabinet fizykoterapii z wydzielonymi stanowiskami	1	fizykoterapia			wielofunkcyjny zestaw do elektrotterapii terapii fala ultradźwięków wraz z sprzętem	1	
						lampa do naświetlań promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym	1	
						zestaw do magnetoterapii	1	
						zestaw do biostymulacji laserowej	1	
						zestaw do kriostymulacji parami ciekłego azotu	1	
15	gabinet masażu leczniczego	1	masaż ręczny i mechaniczny			stół do masażu	1	
						aquavibron	1	
						krzesło z oparciem z kółkami blokowanymi	1	
						stolek do terapii z kółkami blokowanymi	1	
Pozostałe								
16	pokoje dla specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją	2	spotkania z uczestnikami, spotkania Zespołu rehabilitacyjnego			wyposażenie niezbędne do realizacji czynności biurowych, w tym jeden pokój umożliwiający pracę Zespołu rehabilitacyjnego (około 10 osób)		
17	pokój administracyjny	1	pokój dla specjalisty ds. pilotażu			wyposażenie niezbędne do realizacji czynności biurowych		

VI.6. Wymogi w zakresie kadry ośrodków

1. Do realizacji kompleksowej rehabilitacji ORK będzie zobowiązany zatrudnić interdyscyplinarny zespół specjalistów o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach. Minimalne wymagania w zakresie personelu (dla jednego ORK) przedstawiono w tabeli poniżej.
2. Osoby wymienione w tabeli (z wyjątkiem lekarzy) mają być dostępne w wymiarze niezbędnym do płynnego świadczenia usług.
3. Obecność lekarza lub lekarza specjalisty powinna być zapewniona w każdym dniu świadczenia usług.

Tabela 4. Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie dotyczącym personelu (dla jednego ORK)

Lp.	Nazwa stanowiska	Formalne wykształcenie (poziom, kierunek, uprawnienia zawodowe)	Wymagania uzupełniające formalne kształcenie (specjalizacja, certyfikaty, kursy, studia podyplomowe, dodatkowe uprawnienia zawodowe)	Doświadczenie zawodowe na danym stanowisku		Wymiar zaangażowania	Zakres obowiązków (zadania do wykonania)
				Staż pracy			
1	doradca zawodowy	wyższe		co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy jako doradca zawodowy, co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością	2 osoby	udział w ocenie kompetencji zawodowych i tworzeniu IPR, przygotowanie i ewentualna korekta oferty szkoleń ORK, typowanie zawodów o wysokim poziomie uniwersalności zatrudnienia, monitorowanie procesów szkolenia oraz ich efektu	
2	pośrednik pracy	wyższe		co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy jako pośrednik pracy, co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością	2 osoby	identyfikacja barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej, kontakt z ostatnim pracodawcą Uczestnika oraz potencjalnymi pracodawcami, w przypadku podjęcia zatrudnienia lub powrotu do pracy – analiza proponowanego stanowiska pracy.	
3	psycholog	wyższe psychologiczne (5-letnie jednolite studia magisterskie) psycholog		udokumentowane 5 lat doświadczenia w zawodzie (praca z osobami niepełnosprawnymi)	2 osoby	udział w ocenie kompetencji zawodowych i tworzeniu IPR, realizacja procedur psychospołecznych określonych w IPR.	
4	lekarz specjalista	wyższe lekarskie lekarz medycyny	specjalizacja w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji	2 lata w specjalizacji	1 osoba	realizacja czynności zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r.	

				w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej		2 lata jako lekarz	1 osoba	o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.), diagnozowanie wg klasyfikacji ICF, udział w tworzeniu IPR, kierowanie pracą zespołu rehabilitacyjnego. realizacja czynności zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.), diagnozowanie wg klasyfikacji ICF – udział w tworzeniu IPR, uczestnictwo w pracy zespołu rehabilitacyjnego.
5	lekarz	wyższe lekarskie lekarz medycyny		specjalizacja w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej lub lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej.		1 rok jako fizjoterapeuta	4 osoby	udział w tworzeniu IPR, realizacja procedur fizjoterapeutycznych: kinezyterapeutycznych fizykoterapeutycznych i masażu leczniczego określonych w IPR
6	fizjoterapeuta	wyższe fizjoterapia				1 rok jako terapeuta zajęciowy	2 osoby	udział w tworzeniu IPR, realizacja procedur z zakresu terapii zajęciowej określonych w IPR
7	terapeuta zajęciowy	policealne terapia zajęciowa terapeuta zajęciowy						

8	pielęgniarka	średnie, pielęgniarstwo		2 lata jako pielęgniarka	1 osoba	opieka pielęgniarska, – czynności wykonywane zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarów i późniejszej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 z późn. zm), prowadzenie dokumentacji
9	dietetyk	wyższe, dietetyk	studia podyplomowe z zakresu dietetyki	2 lata jako dietetyk	dostępność	udział w działaniach podejmowanych przez zespół rehabilitacyjny w zależności od potrzeb, porada dietetyczna
10	logopeda	wyższe	studia podyplomowe z zakresu logopedii	2 lata jako logopeda	dostępność	udział w ocenie kompetencji zawodowych, w tworzeniu IPR, realizacja procedur logopedycznych określonych w IPR
11	specjalista ds. zarządzania rehabilitacją	wyższe		doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, min 1 rok	3 osoby	zarządzanie procesem rehabilitacji Uczestników, prowadzenie Uczestnika przez wszystkie etapy rehabilitacji, prowadzenie rehabilitacji społecznej i wsparcie Uczestnika w poszukiwaniu pracy.
12	specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników	wyższe		3-letnie doświadczenie z zakresu prowadzenia badań społecznych lub monitorowania lub ewaluacji projektów w zakresie interwencji społecznych	1 osoba	Współpraca z obsługą przyjęć do ORK (monitorowanie terminów przyjęć, rejestracja, przydzielanie pokoi), przygotowywanie sprawozdań z realizacji umowy z PFRON, zbieranie danych niezbędnych do wypełniania i przetwarzania, formularza sprawozdawczego, prowadzenie badań satysfakcji klientów i personelu, współpraca z zespołem PFRON prowadzącym wizyty monitorujące w ORK,

13	sekretarka medyczna	średnie	bardzo dobra znajomość obsługi komputera, w tym oprogramowania biurowego, do formułowania i edycji pism oraz arkusza kalkulacyjnego oraz urządzeń biurowych	1 rok na stanowisku	1 osoba	analiza wyników działań monitorujących, inicjowanie działań naprawczych i udoskonalających prowadzenie dokumentacji dla tych działań. prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją rehabilitacji kompleksowej (w szczególności jej scalanie i archiwizowanie), obsługa korespondencji, gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o uczestnikach programu (w tym raportowanie w ramach monitoringu)
----	---------------------	---------	---	---------------------	---------	--

VI.7. Sposób finansowania ORK

1. Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej finansowany będzie wg **ceny jednostkowej naliczanej w odniesieniu do poszczególnych czynności**. Podmioty zainteresowane realizacją zadań jako ORK przedstawiają proponowane ceny jednostkowe w Formularzu Cenowym (zamieszczonym w ostatnim rozdziale niniejszej publikacji).
2. ORK odpowiada za **podjęcie zatrudnienia przez Uczestnika oraz jego utrzymanie przez okres co najmniej 3 miesięcy** lub podjęcie działalności gospodarczej i jej prowadzenie przez okres co najmniej 3 miesięcy dla min. **30%** liczby Uczestników. Zatrudnienie przez okres 3 miesięcy należy rozumieć jako nieprzerwany okres 3 miesięcy zatrudnienia lub okresy zatrudnienia u jednego lub kilku dające łącznie okres 3 miesięcy zatrudnienia w wymiarze co najmniej 0,5 etatu.
3. ORK odpowiada za osiągnięcie utrzymania zatrudnienia/prowadzenie działalności gospodarczej przez co najmniej 6 miesięcy przez co najmniej 60% Uczestników, którzy podjęli zatrudnienie lub rozpoczęli działalność gospodarczą.
4. W ramach cen jednostkowych podmiot ubiegający się o możliwość realizacji zadań ORK uwzględni wynagrodzenie należne za osiągnięcie minimalnego wymaganego poziomu zatrudnienia, które stanowi 10% każdej ceny jednostkowej. W przypadku nieosiągnięcia minimalnego poziomu zatrudnienia Uczestników wynagrodzenie w wysokości 10% nie przysługuje.
5. Wynagrodzenie za zarządzanie umową (pozycja nr 39 w Formularzu cenowym) przysługuje za każdy miesiąc realizacji usług.
6. Kwoty wypłacane Uczestnikom przebywającym w ORK w trybie stacjonarnym z tytułu wypłaty kosztów dojazdów do ORK z miejsca zamieszkania i z powrotem w dni wolne od zajęć, Uczestnikom przebywającym w ORK w trybie niestacjonarnym z tytułu wypłaty kosztów dojazdów do ORK z miejsca zamieszkania i z powrotem oraz z tytułu wypłaty Uczestnikom stypendiów rehabilitacyjnych rozliczane będą z PFRON na zasadach kosztów zwrotnych i nie wchodzi w kwotę proponowanego przez oferentów wynagrodzenia.

VI.8. System monitoringu

1. **Monitoring** to 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 realizacji planu wykonywania działań.

2. **Ramy czasowe systemu monitoringu** to okres od rozpoczęcia rekrutacji uczestników (w tym także monitorowanie procesu rekrutacji) do zakończenia programu rehabilitacji i spełnienia jej celów. Zakończenie programu rehabilitacji będzie miało miejsce w momencie spełnienia jej celów ogólnych i szczegółowych (wg wzoru formularza IPR). Cele te zostaną zdefiniowane po przyjęciu uczestnika do ośrodka w ramach przygotowywania IPR.

3. **Za system monitoringu będą odpowiedzialne następujące podmioty i stanowiska pracy:**

Na poziomie podmiotów:

- PFRON – jako podmiot finansujący i kontrolujący wykonywanie zadań zleconych ośrodkom – w zakresie monitorowania postępów rekrutacji, realizacji procesów kompleksowej rehabilitacji, prowadzenia wizyt monitorujących oraz oceny zgodności otrzymywanych informacji monitorujących z zasadami i procedurami,
- podmioty realizujące zadania ORK – w zakresie prowadzenia systemu monitoringu oraz raportowania wyników.

Na poziomie stanowisk pracy:

- kierownik Projektu odpowiedzialny za nadzór nad całym procesem – w tym monitorowanie rekrutacji Uczestników,
- dyrektor/kierownik podmiotu realizującego zadania ORK odpowiedzialny formalnie wobec zleceńodawcy (PFRON) za całość działań związanych z procesem kompleksowej rehabilitacji – w zakresie nadzoru nad wewnętrznym systemem monitorowania oraz realizacją zaleceń wynikających z monitoringu,
- specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników w ORK – w zakresie zgodnym z zakresem obowiązków podanym w opisie warunków rehabilitacji kompleksowej w innej części opracowania.

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

- lekarze orzekający o potrzebie rehabilitacji kompleksowej,
- Uczestnicy programu rehabilitacji kompleksowej (ocena będzie odbywała się poprzez ankiety satysfakcji Uczestnika – zgodnie z zakresem podanym poniżej),
- personel ośrodków rehabilitacyjnych na różnych poziomach organizacyjnych – kierownictwo oraz członkowie zespołów specjalistów, (ocena będzie odbywała się przez ankiety dla personelu ośrodków prowadzących kompleksową rehabilitację – zgodnie z zakresem podanym poniżej).

Działania monitorujące będą uwzględniać ocenę Modelu oraz procesu jego wdrażania – w relacji do przyjętych wcześniej założeń/planów/celów.

5. Wskaźniki monitoringu zostały ustalone z uwzględnieniem następujących podstawowych zasad:

- wskaźniki powinny reprezentować przekrój różnych aspektów rehabilitacji kompleksowej (medyczny, społeczny, psychologiczny i zawodowy),
- wskaźniki powinny być mierzone na poziomie indywidualnych odbiorców oraz zbiorczo – na poziomie ośrodków,
- wskaźniki na poziomie modelu powinny wykorzystywać dane zagregowane dla wszystkich ośrodków i umożliwiać dokonywanie porównań benchmarkingowych pomiędzy ośrodkami.

6. Podstawowe wskaźniki systemu monitorowania to:

Liczba uczestników ogółem, w tym:
tryb: stacjonarny
tryb: niestacjonarny
płeć: kobiety
płeć: mężczyźni
wykształcenie: niepełne podstawowe
wykształcenie: podstawowe
wykształcenie: gimnazjalne
wykształcenie: zasadnicze zawodowe
wykształcenie: średnie zawodowe (technika)
wykształcenie: licealne
wykształcenie: pomaturalne
Wykształcenie: wyższe zawodowe (lic., inż. lub równorzędne)
wykształcenie: wyższe magisterskie (mgr lub równorzędne)
Wyższy stopień lub tytuł naukowy (dr prof.)/ tytuł naukowy
wiek: do 25 lat
wiek: 26–35 lat
wiek: 36–45 lat
wiek: 46–55 lat
wiek: 56 lat i powyżej
zakwalifikowany w związku z chorobą zawodową
zakwalifikowany w związku z wypadkiem przy pracy
zakwalifikowany z powodu ogólnego stanu zdrowia
instytucja kierująca: ZUS

instytucja kierująca: KRUS
instytucja kierująca: MSWiA i MON
instytucja kierująca: zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności
Liczba opracowanych IPR
Liczba realizowanych IPR
Liczba zakończonych IPR
Liczba uczestników, którzy zrezygnowali
Liczba uczestników, którzy zostali usunięci z listy uczestników
Średni czas pobytu uczestników w ORK w dniach, w tym:
Kobiety – w podziale na tryb stacjonarny i niestacjonarny
Mężczyźni – w podziale na tryb stacjonarny i niestacjonarny

Pełna lista wskaźników monitorowana, obejmująca wskaźniki szczegółowe, zawarta jest w formularzu sprawozdawczym.

7. Narzędzia systemu monitorowania to:

- Formularz sprawozdawczy z rekrutacji uczestników,
- Formularze sprawozdawcze z działalności ośrodka przekazywane do PFRON w cyklu kwartalnym,
- Ankiety satysfakcji Uczestników,
- Ankiety satysfakcji personelu ośrodków,
- Ankiety dla lekarzy orzekających,
- Karty wizyty monitorującej przedstawicieli PFRON.
- Zakres powyższych narzędzi jest omówiony poniżej.

8. Formularz sprawozdawczy z rekrutacji Uczestników

Formularz sprawozdawczy z rekrutacji zawiera dane o liczbach Uczestników zakwalifikowanych i skierowanych do programu kompleksowej rehabilitacji – w podziale na poszczególne instytucje rekrutujące. Celem jest uzyskanie informacji o źródłach rekrutacji Uczestników programu oraz ew. rozbieżnościach pomiędzy liczbą Uczestników zakwalifikowanych i faktycznie rozpoczynających proces rehabilitacji. Dane do formularza będą wprowadzane w cyklu tygodniowym przez lekarzy /zespoły orzekające i przekazywane do PFRON.

9. Formularz sprawozdawczy z działalności Ośrodka

Formularz wypełniany miesięcznie przez ORK ma format arkusza MS Excel z zakładkami zawierającymi informacje co do różnych aspektów i wymiarów procesu kompleksowej rehabilitacji:

- podstawowe dane o ośrodku kompleksowej rehabilitacji,
- zbiorcze dane liczbowe o Uczestnikach i ich podstawowych danych demograficznych,
- wykaz kadry ORK w podziale na podstawowe kategorie,
- dane o Uczestnikach rehabilitacji kompleksowej w podziale na moduł zawodowy, psychospołeczny i medyczny,
- dane o produktach (procedurach/działaniach) rehabilitacji kompleksowej w podziale na trzy powyższe moduły oraz wielkości planowane/wykonane w okresie sprawozdawczym i narastająco – od początku realizacji działań w ORK.
- Formularz będzie przygotowywany przez Specjalistę ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników w ORK na podstawie danych uzyskiwanych z innych wewnętrznych systemów ORK lub informacji od personelu ośrodka.
- Poszczególne kolumny arkusza będą pozwalały na ocenę stanu wykonania poszczególnych danych liczbowych w danym okresie rozliczeniowym (kwartalnym) w relacji do wielkości zaplanowanych oraz narastająco – od rozpoczęcia procesu rehabilitacji.

Formularz będzie przekazywany do PFRON w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca.

10. Ankiety satysfakcji

Celem ankiet jest zbadanie poziomu satysfakcji interesariuszy Modelu i poprzez uzyskanie informacji zwrotnej umożliwienie weryfikacji Modelu w trakcie procesu wdrażania.

Ankieta dla Uczestnika rehabilitacji kompleksowej zawiera pytania co do oczekiwań związanych z udziałem w projekcie, oceny przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania ORK, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji IPR oraz efektów rehabilitacji kompleksowej (zamknięte oraz otwarte), a także część demograficzną.

Ankiety dla personelu ORK prowadzącego kompleksową rehabilitację (oddzielne ankiety dla lekarzy, doradcy zawodowych, fizjoterapeutów, nauczycieli zawodu, pośredników pracy, psychologów, terapeutów zajęciowych oraz specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją) są zbudowane wg podobnej struktury i zawierają także pytania co do oceny oczekiwań i celu rehabilitacji kompleksowej uczestnika projektu. Celem ankiet jest uzyskanie opinii na temat komunikacji, przeszkolenia, elementów rehabilitacji, pracy ośrodka, itp. – co pozwoli na ocenę nowego modelu rehabilitacji ze strony wykonawców.

Za organizację procesu przygotowywania, dystrybucji, generowania wyników zbiorczych i analizy wyników badania będzie odpowiedzialny Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników.

Ankiety dla uczestników i specjalistów będą przeprowadzane w cyklu kwartalnym, są anonimowe, a wyniki będą generowane wyłącznie na poziomie zbiorczym. Organizacja badania powinna zapewnić poziom zwrotności w wysokości co najmniej 80% uczestników obecnych w ORK w danym okresie sprawozdawczym oraz analogiczny poziom dla personelu.

Wypełnione ankiety wraz z ich analizą powinny być przesłane do PFRON w terminie 5 dni od dnia zakończenia każdego kwartału kalendarzowego.

Ankieta dla lekarzy orzekających o potrzebie kompleksowej rehabilitacji zawiera m.in. pytania o ocenę procesu kwalifikowania do kompleksowej rehabilitacji.

Ankiety dla lekarzy kierujących na badania (wypełniane jednokrotnie) będą wysyłane indywidualnie przez lekarzy do PFRON.

11. Karta wizyty monitorującej

Wizyty monitorujące są podstawowym narzędziem monitorowania realizacji projektu/modelu ze strony PFRON. Wizyty będą odbywać się w częstotliwości zróżnicowanej w zależności od przebiegu realizacji projektu (co najmniej raz na 3 miesiące) i będą realizowane przez zespół 2–3-osobowy w ciągu 2 dni – na podstawie wcześniej uzgodnionego planu.

Zespół monitorujący powinien składać się z: 1 osoby z doświadczeniem w zakresie procesów monitorowania i/lub audytu/ewaluacji projektów usługowych oraz 2–3 osób z doświadczeniem merytorycznym w zakresie rehabilitacji – lub specyficznych rodzajów rehabilitacji (w zależności od szczegółowych wymagań planu wizyty monitorującej).

Karta składa się z części wstępnej definiującej podstawowe założenia i etapy wizyty, wskazówek do wywiadów (zestaw pytań otwartych) z poszczególnymi osobami (kierownictwo i pracownicy ORK, uczestnicy) oraz karty zawierającej ocenę warunków dostępności i estetyki ośrodka oraz warunków rehabilitacji – na podstawie zdefiniowanych kryteriów oraz pytań szczegółowych.

Formularze sprawozdawcze oraz wyniki ankiet badania satysfakcji klientów i personelu przekazywane przez ośrodek będą wykorzystywane przez PFRON do przygotowania szczegółowego zakresu wizyty monitorującej.

Ustalenia zespołu monitorującego z wizyty będą komunikowane kierownictwu ośrodka na spotkaniu końcowym oraz zostaną zawarte w raporcie z wizyty. W przypadku określenia w raporcie potrzeby zmian lub działań naprawczych, kierownictwo powinno dokonać odpowiedniej analizy i w okresie 7 dni od daty otrzymania sprawozdania przekazać do akceptacji PFRON szczegółowy plan działania dla rozwiązania wskazanych problemów – zawierający wykaz proponowanych działań naprawczych i terminy ich wdrożenia. Po wykonaniu każdego działania ośrodek informuje PFRON, a weryfikacja wdrożenia działania likwidującego wcześniej sygnalizowany

problem następuje podczas następnej wizyty monitorującej. Monitorowanie obejmuje także wyrywkową kontrolę dokumentacji związanej z procesem rehabilitacji.

12. Procedura monitorowania

Przed rozpoczęciem realizacji usług podmiot podejmujący się realizacji zadań ORK przygotowuje procedurę monitorowania i przedłoży ją do akceptacji PFRON. Procedura powinna uwzględniać następujące elementy:

- odpowiedzialność za proces monitorowania w ośrodkach w ramach zakresu obowiązków Specjalisty ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników oraz ew. innych stanowisk,
- częstotliwość pomiaru – zgodnie z założeniami przyjętymi powyżej dla poszczególnych narzędzi,
- metody i formy komunikacji wewnętrznej (w ramach ośrodka) i zewnętrznej (PFRON i inni interesariusze),
- zasady gromadzenia, przetwarzania, udostępniania, przechowywania i archiwizacji informacji z systemu monitorowania,
- reagowanie na problemy wynikające z wizyt monitorujących i analizy ankiet satysfakcji uczestników i personelu.

W toku procesu monitorowania i ewaluacji zakłada się możliwość weryfikacji założeń i sposobu wdrożenia Modelu.

CZĘŚĆ III.

REKOMENDACJE

VII. SYSTEM EWALUACJI I OCENY EFEKTYWNOŚCI

Wypracowanie końcowych rekomendacji będzie oparte na wynikach ewaluacji i oceny efektywności Modelu kompleksowej rehabilitacji.

VII.1. Ewaluacja

1. 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 uczestnikami,
- Skuteczności – rozumianej jako osiąganie celów modelu, tj. powrotu lub wejścia na rynek pracy osób poddawanych kompleksowej rehabilitacji,
- Efektywności – rozumianej jako racjonalność kosztowa modelu²², 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.

2. **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 zakończenia wsparcia przez ostatniego odbiorcę usług, przy czym zgodnie z założeniami projektu co roku w okresie trwania projektu będą przeprowadzane ewaluacje śródkresowe (*mid-term* – razem 3 badania ewaluacyjne).

3. **Odbiorcy badania to:**

- partnerzy projektu – PFRON, ZUS, CIOP,
- kierownictwo projektu,
- instytucje finansujące projekt.

²² Co wskazuje na bezpośrednie powiązanie badania efektywności z ewaluacją

4. Obszary badawcze (cele szczegółowe badania) to:

- 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;
- Aspekty organizacyjne ORK;
- 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.

5. Na podstawie powyższych założeń został opracowany wykaz pytań badawczych odnoszący się do kluczowych kryteriów i obszarów badawczych. Poniżej przedstawiono **listę pytań badawczych**, które zostaną poddane weryfikacji i uzupełnione podczas dalszych prac.

- Jaki jest wpływ udziału w programie na sytuację uczestników na rynku pracy, sytuację rodzinną czy ogólną jakość życia? Jak kształtują się te procesy wg ośrodków i jednorodnych grup²³ uczestników?
- Jaka jest skuteczność modelu, rozumiana jako podjęcie trwałego zatrudnienia przez uczestnika programu 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 3 i 6 miesięcy, 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 m.in. na takie czynniki jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, pobierane świadczenia, jednostki chorobowe, stan funkcjonalny, które były powodem kompleksowej rehabilitacji?
- Jaki powinien być kierunek dalszych zmian/działań poprawiających efektywność rehabilitacji kompleksowej – uwzględniając skuteczność modelu rozumianą jako podjęcie trwałego zatrudnienia lub działalności gospodarczej przez uczestników programu?

²³ 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)

- Jaka jest ocena modelu funkcjonowania ORK (sposób organizacji procesu rehabilitacji kompleksowej (w tym IPR)?

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

- **Wskaźniki nakładu** – mierzone nakładami finansowymi (np. koszt uzyskania zatrudnienia przez jednego uczestnika);
- **Wskaźniki rezultatu**, których rolą jest opis zmiany w obszarze interwencji. W przypadku ewaluacji modelu kluczowym oczekiwanym rezultatem jest zatrudnienie²⁴ lub podjęcie działalności gospodarczej 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 zakończenia 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 lub podjęły działalność gospodarczą.

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

7. **Metodologia badania** – w badaniach wykorzystane zostaną **metody**:

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

Poniżej wskazujemy syntetycznie zastosowanie każdej z wymienionych metod.

8. **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 monitorowania²⁵,
- 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).

²⁴ rozumiane jako zatrudnienie na otwartym rynku pracy

²⁵ 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)

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.

9. **IDI** – w ramach **indywidualnego wywiadu pogłębianego** 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.

10. **FGL** – 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).

11. **Studium przypadku** – metoda studium przypadku pozwala na precyzyjne zilustrowanie działania interwencji w praktyce. Metoda nie została przewidziana we wniosku o dofinansowanie projektu, proponujemy jednak jej uwzględnienie z uwagi 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.

12. **CAWI/CATI** – do badania ilościowego zastosowana zostanie metoda *mix-mode design*, czyli połączenie technik CAWI i CATI w taki sposób, że w pierwszej kolejności

rozsyłana jest ankieta CAWI, a potem do osób, które mimo monitu jej nie wypełnią telefonuje ankieter z propozycją przeprowadzenia ankiety przez telefon.

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 wymagany w projektach EFS), ale także zobowiązania do informowania o podjęciu i zmianach zatrudnienia przez okres 24 miesięcy od zakończeniu udziału w projekcie.

13. Wyniki każdego badania przedstawione zostaną w **raportach**. Wymaganym 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 dla przedstawiania wyników badania różnym gremiom odbiorców.

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

- kryteriów formalnych, które weryfikują doświadczenie wykonawcy i jego zespołu w realizacji podobnych usług w zbliżonym 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 wykonawcę metod i technik badawczych, wielkość prób badawczych czy sposoby radzenia sobie z ryzykiem mogąącym 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%).

VII.2. System badania efektywności modelu

1. 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 medycznej, 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 z niepełnosprawnościami. W ramach porównań wewnętrznych dokonamy porównań efektywności zatrudnieniowej w ramach działania ośrodków/jednorodnych grup uczestników, itp.
- **Analiza historii zatrudnienia uczestników modelu** – na podstawie danych pochodzących z badań uczestników realizowanych w ramach działań ewaluacyjnych, w szczególności z badania CAWI/CATI dokonana zostanie analiza historii zatrudnienia oraz pobierania różnego typu świadczeń z ZUS, KRUS i PFRON przez uczestników programu. Analiza opierać się będzie zatem na deklaracjach uczestników. Możliwa będzie analiza porównawcza kosztów ponoszonych przez państwo w ramach

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

2. 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. 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.

3. **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. Pomiar trwałości zatrudnienia w ramach modelu realizowany będzie w odstępie 1 roku (dla uczestników z pierwszego i drugiego roku wdrażania modelu) i 2 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.
- **Średni koszt na 1 uczestnika (wg ośrodków i jednorodnych grup uczestników).**
- **Skuteczność modelu** – % osób po rehabilitacji, które podjęły pracę. Wskaźnik ten tworzony będzie na różnych poziomach agregacji, np. dla jednorodnych grup uczestników kompleksowej rehabilitacji, dla ośrodków, itp.
Oraz wskaźniki uzupełniające:
 - wskaźnik sukcesu rekrutacji – liczba osób biorących udział w procesie rekrutacji do liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie (oraz dodatkowa analiza najważniejszych przyczyn odstępstw pomiędzy tymi wielkościami),
 - odsetek uczestników, który w pełni zrealizowali założenia IPR.

4. **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 CAWI/CATI uczestników),
- IDI, FGI, studia przypadku w ramach analiz kontekstowych.

5. 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 wieku uczestników modelu, poziomu niepełnosprawności, wykształcenia, a także wcześniejszej historii zatrudniania. W razie potrzeby na etapie badania tworzona będzie struktura uczestników wg dodatkowych cech, które posłużą jako przekrój analiz efektywności;
 - **ośrodki rehabilitacji kompleksowej** – 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.
6. **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 kompleksowej – 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, tj. powrotem/wejściem na rynek pracy osób z niepełnosprawnościami (ZUS) oraz tworzeniem odpowiednich warunków, w których osoby z niepełnosprawnościami mogą podjąć zatrudnienie zgodne ze swoimi możliwościami (CIOP).
7. 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.

VIII. FINANSOWANIE ORK PO ZAKOŃCZONYM PILOTAŻU – wstępne rekomendacje

1. System rehabilitacji w Polsce jest wysoce nieuporządkowany. Głównym płatnikiem w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz świadczeń opieki psychologicznej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Finansuje on rehabilitację leczniczą i podpisuje umowy na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych do poszczególnych dziedzin rehabilitacji leczniczej. Podział ten jest podyktowany rodzajem świadczeń gwarantowanych, które są publikowane w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
2. Rehabilitacja uwzględniona jest również w innych rodzajach świadczeń finansowanych przez NFZ, takich jak:
 - lecznictwo uzdrowiskowe,
 - lecznictwo szpitalne w zakresach innych niż oddziały rehabilitacyjne (każdy rodzaj leczenia szpitalnego zabiegowego, ale również długotrwałego leczenia zachowawczego uwzględnia rehabilitację – usprawnienie po zabiegu; przykładem konieczności rehabilitacji we wczesnym okresie po operacji są operacje – kardiochirurgiczne, neurochirurgiczne i oczywiście, urazowo-ortopedyczne).
3. Rehabilitację leczniczą prowadzą również podmioty, takie jak Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Uprawnienia do poratowania zdrowia posiada wiele grup zawodowych, takich jak nauczyciele, policjanci i prokuratorzy, sędziowie i inne zawody finansowane w całości ze środków budżetu państwa. Z kolei Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ma w swoich zadaniach finansowanie rehabilitacji zawodowej i społecznej dla osób uprawnionych.
4. W celu zapewnienia finansowania systemu rehabilitacji kompleksowej niezbędne są zmiany w zakresie organizacji i finansowania rehabilitacji w Polsce. Najważniejszym zadaniem jest określenie wspólnych zasad współpracy pomiędzy instytucjami zobowiązanymi do opieki nad osobami wymagającymi rehabilitacji.
5. Po pierwsze – rehabilitacja powinna rozpoczynać się niezwłocznie, zgodnie z planem leczenia. Obecnie ze względu na ograniczenia finansowe płatnika publicznego w Polsce (NFZ) rehabilitacja finansowana jest w istotnie niewystarczającym stopniu. W związku z tym, w przypadku jeśli świadczeniodawca nie może udzielić świadczeniobiorcy świadczenia w dniu zgłoszenia albo zgodnie z najbliższym terminem oczekiwany przez pacjenta ze względu na jego proces chorobowy, świadczeniodawca powinien przyjmować pacjentów zgodnie z kolejnością zgłoszeń – zapisów na listy oczekujących na odpowiednie świadczenia zdrowotne, z uwzględnieniem pacjen-

tów pilnych i stabilnych. Tak więc podstawowym kryterium świadczeń rehabilitacji jest równość czasu oczekiwania dla wszystkich pacjentów (z uwzględnieniem pilności pacjentów i środków otrzymywanych na rehabilitację tych pacjentów). W efekcie pacjenci, którzy nie potrzebują rehabilitacji w trybie pilnym, ze względu na wcześniejsze zapisanie się wypierają pacjentów po operacjach i leczeniu szpitalnym oraz pacjentów, którzy powinni w trybie pilnym powrócić do obowiązków pracowniczych.

6. Po drugie – w celu rehabilitacji pacjentów zgodnie z planem leczenia (a jednocześnie monitorując wykorzystanie środków finansowych na leczenie z różnych źródeł) należy dążyć do ustalenia jednego płatnika. Najbardziej oczywistym byłoby wskazanie Narodowego Funduszu Zdrowia celem kontraktowania, finansowania, rozliczania i kontrolowania wykorzystania środków. Inne instytucje powinny w tym celu przekazać do płatnika odpowiednie środki, które byłyby wykorzystane na finansowanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z planem leczenia oraz na rehabilitację społeczną i zawodową. Częściowe finansowanie świadczeń rehabilitacji byłoby możliwe przez okres np. 3 miesięcy po ostrej fazie leczenia szpitalnego i skierowane byłoby wyłącznie na rzecz osób ubezpieczonych odpowiednio w instytucjach zabezpieczenia społecznego takich jak ZUS, KRUS, MON i MSWiA. Te instytucje przekazywałyby odpowiednie środki na rehabilitację swoich ubezpieczonych zgodnie z faktycznie poniesionymi kosztami przez NFZ. Celem takiego postępowania będzie zminimalizowanie korzystania z zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby własnej lub opieki nad członkiem rodziny. Skuteczne przeprowadzenie szybkiego procesu leczenia i następującego bezpośrednio po nim procesu rehabilitacji przyczyni się do szybkiego powrotu do aktywności zawodowej.
7. W przypadku przedłużającego się okresu niezbędnej rehabilitacji poszpitalnej powyżej 90 dni będzie następowało zwiększenie udziału rehabilitacji zawodowej i społecznej kosztem zmniejszenia zakresu rehabilitacji medycznej. W tym czasie pacjenci powinni zostać skierowani na kontynuację rehabilitacji do ORK finansowanej przez PFRON i inne instytucje. Fundusz ten powinien być głównym płatnikiem i organizatorem rehabilitacji kompleksowej (kontraktującym ośrodki, finansującym, rozliczającym oraz kontrolującym), a w tej płatności powinni partycypować inni uczestnicy rynku – odpowiednio instytucje ubezpieczenia społecznego za swoich ubezpieczonych w wysokości 30% ponoszonych kosztów całkowitych oraz NFZ w zakresie rehabilitacji leczniczej w wysokości 20% poniesionych kosztów całkowitych. Całość powinna być kontraktowana i finansowana przez płatnika jakim jest PFRON, a pozostałe instytucje zobowiązane byłyby do refinansowania części poniesionych kosztów.
8. Wprowadzenie systemu rehabilitacji kompleksowej wymaga także przygotowania nowych podmiotów, które będą realizowały program rehabilitacji kompleksowej. Analiza podmiotów prawnych realizujących rehabilitację leczniczą wskazuje, że aktualnie podmioty lecznicze realizujące świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji

prowadzone są w każdej przewidzianej prawem formie. Są to zarówno przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, kościelne osoby prawne oraz jednostki wojskowe, które posiadają wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W związku z tym, że liczba podmiotów jest wystarczająca, można byłoby z tymi podmiotami podpisać umowy na realizację świadczeń kompleksowej rehabilitacji. W przypadku istotnego zapotrzebowania na ośrodki rehabilitacji kompleksowej należałoby przeanalizować możliwość ewentualnego wykorzystania środków unijnych w nowo projektowanej perspektywie lub doposażyć i lepiej wykorzystać podmioty publiczne pozostające w gestii Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub wykorzystać w większym zakresie istniejące sanatoria i uzdrowiska.

9. Istnieje jeszcze jedno rozwiązanie, które zostało zaprezentowane w publikacji „Rehabilitacja zawodowa – stan aktualny i proponowane zmiany”. Zaproponowano tam, aby ośrodki kompleksowej rehabilitacji mogły być wyłącznie państwowymi osobami prawnymi lub państwowymi jednostkami budżetowymi. Jest to jedno z możliwych rozwiązań, jednakże takie rozwiązanie uniemożliwi wielu podmiotom, które już są liderami w jednej bądź kilku rodzajów rehabilitacji, aby dalej się specjalizowały i doskonaliły w zakresie rehabilitacji kompleksowej.
10. Takie rozwiązanie zmieniłoby istotnie rynek świadczeń rehabilitacyjnych, który w znaczącej mierze został już sprywatyzowany. W związku z powyższym należy pozostawić pełną możliwość form prawnych ośrodków kompleksowej rehabilitacji. Zastanowić się jednak warto, czy w przypadku ośrodków kompleksowej rehabilitacji podmioty takie nie powinny jednak działać w formule non-profit. Jest to bowiem specyficzna dziedzina ochrony zdrowia, której celem właścicielskim nie powinno być generowanie zysków.
11. Ważnym elementem pozostaje również oszacowanie potrzeb kompleksowej rehabilitacji. Do tego niezbędne są: określone kryteria kwalifikacji, kryteria pracy z pacjentami oraz kryteria zakończenia procesu kompleksowej rehabilitacji pacjentów. Finansowanie powinno być dostosowane do potrzeb pacjentów. Pacjenci posiadający wszelkie wskazania do ośrodka kompleksowej rehabilitacji nie powinni oczekiwać na rozpoczęcie rehabilitacji – nie powinny istnieć żadne listy oczekujących. Nie ma takiego uzasadnienia, gdyż koszt alternatywny takiego oczekiwania jest bardzo wysoki. Pacjent będzie bowiem dłużej o okres oczekiwania pobierał zasiłek chorobowy, w tym okresie będzie on zależny od osób trzecich. Zbyt późno rozpoczęta rehabilitacja wydłuży okres powrotu do zdrowia oraz dramatycznie zmniejsza szanse powrotu do zawodu, do pracy realizowanej przed okresem niezdolności do pracy lub do pracy związanej z przekwalifikowaniem zawodowym.
12. Uwzględniając zapotrzebowanie należy myśleć o terminie rozpoczęcia rehabilitacji kompleksowej, która powinna następować niezwłocznie po rehabilitacji pierwszej,

o ile cel tej rehabilitacji nie został osiągnięty. Pacjent powinien być skierowany do ośrodka kompleksowej rehabilitacji bezpośrednio z ośrodka rehabilitacyjnego na zasadzie kontynuacji leczenia. Pacjent mógłby wybrać ośrodek z uwzględnieniem profilu prowadzonej rehabilitacji i prowadzonej rehabilitacji zawodowej. Ostateczną decyzję o pobycie w ośrodku podejmuje zespół rehabilitacyjny po przeprowadzeniu pełnego etapu kwalifikacji za zgodą i aprobatą pacjenta.

13. Niezbędna jest możliwość osiągnięcia celu kompleksowej rehabilitacji przy znaczącym udziale i aprobacie pacjenta. Pacjent przy przyjęciu do ośrodka powinien podpisywać świadomą zgodę na pobyt i rehabilitację w ośrodku, którego celem jest przywrócenie sprawności do stanu umożliwiającego powrót do sprawności umożliwiającej funkcjonowanie w społeczeństwie i pracę zarobkową.
14. W przypadku osób niezdolnych do pracy w wyniku choroby lub urazu, ale rokujących powrót do niej, które nie wyrażą zgody na udział w programie rehabilitacji kompleksowej w celu powrotu do pracy, należy rozważyć możliwość obniżenia wysokości zasiłku chorobowego.
15. Komplementarnie do powyższych zasad należałoby zmienić odpowiednio zasady kontroli osób otrzymujących zasiłki chorobowe w taki sposób, żeby każda z osób niepowracających do pracy przez 90 dni podlegała weryfikacji przez uprawniony organ (zespoły orzecznicze, które powinny decydować o dalszym etapie leczenia). Organ ten miałby prawo wstrzymania zwolnienia lekarskiego lub skierowania pacjenta do ośrodka kompleksowej rehabilitacji.
16. W celu utrzymania efektu leczniczego należy połączyć ubezpieczenie zdrowotne z ubezpieczeniem chorobowym z ZUS i KRUS oraz zaopatrzeniem służb mundurowych oraz sędziów i prokuratorów. Jeśli nie poprzez połączenie zadań, to przynajmniej w zakresie pełnej współpracy tak, aby monitorować efektywność leczenia i powrotu do zdrowia przez odpowiednich lekarzy, w wybranych jednolitych wskazaniach medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia posiada informację znacząco szerszą niż pojawiająca się na zwolnieniu chorobowym. Posiada informacje sprawozdawane w zakresie realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze w ramach podpisanych umów.
17. Finansowanie powrotu do pracy powinno być realizowane przez PFRON. Na finansowanie przez PFRON tego zadania można przekazać darowizny na rzecz podmiotów medycznych za rehabilitację pacjentów finansowaną przez zakłady pracy. Finansowanie przez zakłady pracy powinno stanowić koszty uzyskania przychodu w wysokości 100% poniesionych wydatków. Kwota ta może być podniesiona do 150% w przypadku powrotu pracownika do firmy i po przepracowaniu co najmniej pół roku. Finansowaniem można objąć w szczególności świadczenia niegwarantowane, które umożliwiają powrót do pracy i są realizowane na wniosek pracodawcy przez podmiot leczniczy posiadający umowę z płatnikiem.

CZĘŚĆ IV.

WYBRANE ZAŁĄCZNIKI

IX.1. Ocena kompetencji zawodowych

IX.1.5. Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF

PROFIL KATEGORIALNY DO OCENY KOMPETENCJI ZAWODOWYCH								
Nr								
Data oceny								
Osoba wypełniająca kartę								
Imię i nazwisko Uczestnika								
Numer Uczestnika w ORK								
FUNKCJE CIAŁA = czynności fizjologiczne układów ciała (włączając funkcje psychologiczne) Jaki stopień upośledzenia ma dana osoba w		Brak upośledzenia	Niewielkie upośledzenie	Umiarkowane upośledzenie	znaczne upośledzenie	skrajne upośledzenie	Nieokreślone	Nie dotyczy
B114	Funkcje orientacji	0	1	2	3	4	8	9
Obejmuje: funkcje orientacji co do czasu, miejsca i osoby; orientację wobec siebie i innych; dezorientację wobec czasu, miejsca i osób. Ogólne funkcje psychiczne związane z rozeznawaniem i ustalaniem stosunku do samego siebie, do innych osób, do czasu i swojego otoczenia.								
Źródło informacji:								
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
Opis problemu								
B117	Funkcje intelektualne	0	1	2	3	4	8	9
Ogólne funkcje psychiczne niezbędne do rozumienia i konstruktywnego scalania różnych czynności psychicznych; z uwzględnieniem wszystkich funkcji poznawczych i ich rozwoju w ciągu całego życia.								
Źródło informacji:								
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
Opis problemu								

B126	Funkcje temperamentu i osobowości	0	1	2	3	4	8	9
	Ogólne funkcje umysłowe związane z wrodzoną skłonnością danej osoby do reagowania na sytuacje w określony sposób, w tym zespół charakterystycznych cech umysłowych, odróżniających daną osobę od innych. Włącza się: funkcje ekstrawersji, introwersji, uprzejmości, sumienności, stabilności psychicznej i emocjonalnej i otwartości na doświadczenie życiowe, optymizm, poszukiwanie nowości, pewność siebie, solidność, wiarygodność. Wyłącza się: funkcje intelektualne (b117); funkcje energii życiowej i napędu (b130); funkcje aktywności psychoruchowej. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu							
B130	Funkcje energii życiowej i witalności	0	1	2	3	4	8	9
	Ogólne funkcje umysłowe, o podłożu fizjologicznym i psychologicznym, które pobudzają do stałego zaspakajania określonych potrzeb i celów ogólnych. Włącza się: funkcje poziomu energii, motywacje, apetyt, ogromny głód czegoś, w tymi substancji, które powodują uzależnienie Wyłącza się: funkcje świadomości (b110); temperament i funkcje osobowościowe (b126); funkcje snu (b134); funkcje aktywności psychoruchowej (b147); funkcje emocjonalne (b152). Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu							
B1301	Motywacja	0	1	2	3	4	8	9
	Funkcje psychiczne pobudzające do działania; świadoma lub nieświadoma siła napędowa do działania. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu							
B134	Funkcje snu	0	1	2	3	4	8	9
	Ogólne funkcje umysłowe okresowego, odwracalnego i wybiórczego, fizycznego i umysłowego wyłączania się ze swojego najbliższego otoczenia, któremu towarzyszą charakterystyczne zmiany fizjologiczne. Obejmuje: funkcje ilości snu, początku snu, utrzymywanie snu, jakość snu, cykl snu, bezsenność, nadmierna potrzebę snu, sen napadowy. Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii życiowej i napędu (b130); funkcje uwagi (b140); funkcje aktywności psychoruchowej (b147). Źródło informacji:							

	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B140	Funkcje uwagi	0	1	2	3	4	8	9	
	Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające skupienie się przez niezbędny odstęp czasu na bodźcu zewnętrznym lub przeżyciach wewnętrznych.								
	Obejmuje: funkcje trwałości, przerzutności, zmiennej podzielności i dzielenia uwagi, koncentracja, rozpraszalność Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje energii i napędu (b130); funkcje snu (b134); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B144	Funkcje pamięci	0	1	2	3	4	8	9	
	Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rejestrowanie i przechowywanie informacji oraz – w razie potrzeby – odtwarzanie jej.								
	Obejmuje: funkcje związane z pamięcią krótkotrwałą i długotrwałą, natychmiastową, świeżą i odległą; rozpiętość pamięci; odtwarzanie pamięci, przypominanie; funkcje wykorzystywane w trakcie przywoływania z pamięci i uczenia się jak w niepamięci nominalnej, wybiórczej i dysocjacyjnej.								
	Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje uwagi (b140); funkcje percepcyjne (b156); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B152	Funkcje emocjonalne	0	1	2	3	4	8	9	
	Swoiste funkcje psychiczne odnoszące się do uczuć i afektywnych składników procesów umysłu.								
	Obejmuje: funkcje związane z dostosowaniem emocji, regulacją i rozpiętością emocji; afekt, smutek, szczęście, miłość, strach, gniew, nienawiść, napięcie, lęk, radość, żal, chwiejność emocjonalną; spłylenie afektu.								
	Nie obejmuje: funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje energii i napędu (b130).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B160	Funkcje myślenia	0	1	2	3	4	8	9	
	Swoiste funkcje psychiczne dotyczące pojęciowego składnika umysłu.								
	Obejmuje: funkcje tempa, formy, kontroli treści myślenia; funkcje myślenia ukierunkowanego na cel, funkcje myślenia nieukierunkowanego na cel; funkcje myślenia logicznego; jak napór myśli; gonitwa								

	myślowa; otamowanie myśli; rozkojarzenie myślenia; drobiazgowość; uskokowość, urojenia; myśli i czynności natrętne. Nie obejmuje: funkcje intelektualne (b117); funkcje pamięci (b144); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje percepcyjne (b156); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167) funkcje liczenia (b172).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B164	Wyższe funkcje poznawcze	0	1	2	3	4	8	9	
	Swoiste funkcje psychiczne zależne szczególnie od pól czołowych mózgu odpowiedzialne za złożone postępowanie ukierunkowane na osiągnięcie celu, myślenie abstrakcyjne, planowanie i realizację planów, elastyczność umysłową i decydowanie jakie zachowania są odpowiednie w danych okolicznościach, często nazywane funkcjami wykonawczymi. Obejmuje: funkcje abstrahowania i organizacji pojęć, zarządzanie czasem, wgląd i zdolność osądu, tworzenie pojęć, kategoryzacja i elastyczność poznawcza. Nie obejmuje: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B210	Funkcje widzenia	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje zmysłowe odnoszące się do odbierania obecności światła oraz wrażenia formy, wielkości, kształtu i koloru bodźca wzrokowego. Obejmuje: funkcje odbierania światła i koloru, ostrość widzenia odległego i bliskiego obrazu, widzenie jednooczne i widzenie obuoczne, pole widzenia, jakość widzenia, jakość obrazu wzrokowego, upośledzenia jak krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm, niedowidzenie połowiczne, ślepotę barw (daltonizm), widzenie tunelowe, mroczek środkowy i obwodowy, widzenie podwójne, ślepotę zmierzchową, zaburzoną zdolność przystosowania się do światła. Nie obejmuje: funkcje percepcyjne (b156)								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
B230	Funkcje słyszenia	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje zmysłów dotyczące odbierania obecności dźwięków, rozróżniania lokalizacji, wysokości tonu, głośności i jakości dźwięków. Obejmuje: funkcje słyszenia, rozróżnianie dźwięków, umiejscowienie źródła dźwięku, lateralizację dźwięku, rozróżnianie mowy, głuchotę, upośledzenie słuchu, utratę słuchu. Nie obejmuje: funkcje percepcyjne (b156); funkcje językowe (b167).								
	Źródło informacji:								

	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne
	Opis problemu
B235	Funkcje przedsionka 0 1 2 3 4 8 9
	Funkcje ucha wewnętrznego odnoszące się do położenia, równowagi i ruchu. Obejmuje: funkcje równowagi ciała, poczucie położenia ciała. Nie obejmuje: wrażenia związane ze funkcją słyszenia i funkcją przedsionka (b240). Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu
B280	Czucie bólu 0 1 2 3 4 8 9
	Wrażenie nieprzyjemnego doznania sygnalizującego potencjalne lub faktyczne uszkodzenie struktury ciała. Obejmuje: uczucie uogólnionego lub umiejscowionego bólu w jednej lub więcej niż w jednej części ciała, ból w dermatomie, ból kłujący, ból piekący, ból tępy, pobolewania, upośledzenia jak: ból mięśniowy, analgezja, przeculica bólowa. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu
B455	Funkcje związane z tolerancją wysiłku 0 1 2 3 4 8 9
	Funkcje wydolności oddechowej i krążeniowej wymaganej do ciągłego wysiłku fizycznego. Obejmuje: funkcje wydolności fizycznej, pochłaniania tlenu; wytrzymałości i zmęczenia. Nie obejmuje: funkcje układu krążenia (b410-b429); funkcje układu krwiotwórczego (b430); funkcje oddychania (b440); funkcje mięśni oddechowych (b445); dodatkowe funkcje związane z oddychaniem (b450). Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu
B710	Funkcje ruchomości stawów 0 1 2 3 4 8 9
	Funkcje związane z zakresem i łatwością wykonywania ruchów w stawach. Obejmuje: funkcje związane z ruchomością pojedynczego lub kilku stawów, kręgosłupa, barku, łokcia, nadgarstka, biodra, kolana, stawu skokowego, drobnych stawów rąk i stóp; ogólna ruchomość stawów, upośledzenia funkcji stawów takie jak: nadmierna ruchomość stawów (hipermobilność), ograniczenie lub brak ruchu stawu, bark unieruchomiony „bark zamrożony”, choroba zwyrodnieniowa. Nie obejmuje: funkcje stabilności stawów (b715); funkcje związane z kontrolowaniem ruchów dowolnych (b760).

	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								
B715	Funkcje stabilności stawów	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje związane z zachowaniem strukturalnej integralności stawów. Obejmuje: funkcje związane ze stabilnością pojedynczego stawu, kilku stawów i stawów ogółem; upośledzenie funkcji jak np.: niestabilny bark, zwinięcie stawu, zwinięcie stawu ramiennego i biodra. Nie obejmuje: funkcje dotyczące ruchomości stawów (b710).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								
B730	Funkcje związane z siłą mięśni	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje związane z siłą wytwarzaną przez skurcz pojedynczego mięśnia lub grup mięśni. Obejmuje: funkcje związane z siłą określonych mięśni i grup mięśni, mięśni jednej kończyny, mięśni jednej strony ciała, mięśni dolnej połowy ciała, mięśni wszystkich kończyn, mięśni tułowia i wszystkich mięśni ciała; upośledzenie funkcji jak osłabienie małych mięśni stóp i rąk niedowład mięśnia, porażenie mięśnia, porażenie jednej kończyny, porażenie połowiczne, porażenie kończyn dolnych, porażenie cztero kończynowe, mutyzm akineetyczny (brak zdolności wykonywania ruchów – bezruch). Nie obejmuje: funkcje narządów dodatkowych oka (b215); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735); funkcje związane z wytrzymałością mięśni (b740).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								
B740	Funkcje związane z wytrzymałością mięśni	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje związane ze zdolnością kurczenia się mięśnia przez wymagany okres (czas). Obejmuje: funkcje związane ze zdolnością kurczenia się pojedynczego mięśnia, grup mięśni oraz wszystkich mięśni ciała; upośledzenie funkcji jak w miastonii. Nie obejmuje: funkcje związane z tolerancją wysiłku (b455); funkcje związane z siłą mięśni (b730); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								

B810	Funkcje ochronne skóry	0	1	2	3	4	8	9	
Funkcje skóry ochraniające ciało przed zagrożeniami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi. Obejmuje: funkcje ochrony przed słońcem i innym promieniowaniem, światłoczułość, pigmentację, jakość skóry, funkcję izolacyjną skóry, skórę zgrubiałą, zrogowacenie; upośledzenia jak: skóra uszkodzona, owrzodzenia, odleżyny, zmiany troficzne. Nie obejmuje: funkcje naprawcze skóry (b820); inne funkcje skóry (b830).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZENIE = wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową Ile trudności ma osoba w...W = wykonanie... Z = zdolność w...			Brak problemu	Łagodny problem	Umiarkowany problem	Znaczny problem	Skrajny problem	Nieokreślone	Nie dotyczy
D155	Nabywanie umiejętności	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Rozwijanie zdolności wykonywania prostych i złożonych, zintegrowanych czynności lub zadań, umożliwiających nabycie umiejętności, jak np. posługiwanie się narzędziami lub granie w gry takie jak szachy. Obejmuje: nabywanie podstawowych i złożonych umiejętności.									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D160	Skupianie uwagi	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Celowe skupianie się na określonym bodźcu, np. przez eliminowanie rozpraszających dźwięków.									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D175	Rozwiązywanie problemów	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacje poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzygnięcie sporu pomiędzy dwoma osobami. Obejmuje: rozwiązywanie prostych i złożonych problemów. Nie obejmuje: myślenie (d163), podejmowanie decyzji (d177).									

	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne				
	Opis problemu								
D177	Podejmowanie decyzji	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Dokonywanie wyboru spośród różnych możliwości, wdrażanie dokonanego wyboru, ocenianie skutków dokonanego wyboru, jak np. wybieranie i kupowanie określonego artykułu lub decydowanie o podjęciu się i podejmowanie jakiegoś zadania spośród wielu zadań, które należy wykonać. Nie obejmuje: myślenie (d163), rozwiązywanie problemów (d175).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D210	Podejmowanie pojedynczego zadania	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Wykonywanie prostych lub złożonych, skoordynowanych czynności umysłowych i fizycznych będących elementami realizacji pojedynczego zadania, jak np. inicjowanie zadania, ustalanie czasu, miejsca i materiałów potrzebnych do wykonania zadania, kolejne kroki wykonania zadania, realizowanie zadania, finalizowanie zadania i kontynuowanie wykonywania zadania. Obejmuje: podejmowanie prostego lub złożonego zadania , podejmowanie pojedynczego zadania samodzielnie lub w grupie. Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie wielu zadań (d220).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D220	Podejmowanie wielu zadań	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, kolejno lub równocześnie, jako elementów wielorakich zintegrowanych i złożonych zadań. Obejmuje: podejmowanie się wielu zadań; wykonywanie wielu zadań; podejmowanie wielu zadań samodzielnie i w grupie. Nie obejmuje: nabywanie umiejętności (d155); rozwiązywanie problemów (d175); podejmowanie decyzji (d177); podejmowanie pojedynczego zadania (d210).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									

D230	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków. jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia. Obejmuje: ustalanie i spełnianie codziennego rozkładu zajęć; ustalanie poziomu własnej aktywności w ciągu dnia. Nie obejmuje: podejmowanie wielu zadań (d220).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								
D240	Radzenie sobie ze stresem i innymi obciążeniami psychicznymi	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynniki zakłócające lub sytuacje kryzysowe, jak np. w trakcie kierowania pojazdem w czasie wielkiego natężenia ruchu ulicznego lub sprawowania opieki nad liczną grupą dzieci. Obejmuje: ponoszenie odpowiedzialności; radzenie sobie ze stresem i sytuacjami kryzysowymi.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								
D310	Porozumiewanie się – odbieranie – wiadomości ustne	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Pojmowanie dosłownego i domyślnego znaczenia wiadomości przekazywanych za pomocą języka mówionego, jak np. gdy rozumie się, że jakieś stwierdzenie dotyczy faktu lub jest wyrażeniem idiomatycznym.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								
D330	Mówienie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Wypowiadanie słów, zwrotów i dłuższych kwestii w języku mówionym o dosłownym lub domyślnym znaczeniu, jak np. gdy przedstawia się ustnie jakiś fakt lub opowiada historię.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								

D350	Rozmowa	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie wymiany myśli i poglądów za pomocą języka mówionego, pisanego, migowego lub innych form języka, z jedną osobą lub większą liczbą ludzi znajomych lub obcych w kontaktach oficjalnych lub towarzyskich. Obejmuje: rozpoczynanie, podtrzymywanie i kończenie rozmowy; rozmowa z jedną osobą lub wieloma ludźmi.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								
D360	Używanie urządzeń i technik służących do porozumiewania się	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Wykorzystywanie urządzeń, technik i innych środków do porozumiewania się, np. używanie telefonu aby zadzwonić do przyjaciela. Obejmuje: używanie urządzeń telekomunikacyjnych, używanie maszyn do pisania i technik do porozumiewania się.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								
D410	Zmienianie podstawowej pozycji ciała	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Zmienianie jednej pozycji ciała na inną i przemieszczanie się z jednego miejsca na inne; jak np. wtedy gdy wstaje się z krzesła aby położyć się do łóżka lub zmienia się pozycję ciała na klęczącą albo kuczną i z powrotem. Obejmuje: zmienianie pozycji ciała z pozycji leżącej, z pozycji kucznej lub klęczącej, z pozycji siedzącej lub stojącej, pochylanie się i przenoszenie środka ciężkości ciała. Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								
D415	Utrzymywanie pozycji ciała	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Pozostawanie w tej samej wymaganej pozycji ciała, tak jak np. siedzenie lub stanie w pracy lub w szkole. Obejmuje: utrzymywanie pozycji leżącej, kucznej, klęczącej, siedzącej i stojącej.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu								

D420	Przemieszczanie się	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Przemieszczanie się z jednej powierzchni na inną, jak np. przesuwanie się wzdłuż ławki lub przemieszczanie się z łóżka na krzesło bez zmiany pozycji ciała. Obejmuje: przemieszczanie się w pozycji siedzącej lub leżącej. Nie obejmuje: zmienianie podstawowej pozycji ciała (d410).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								
D430	Podnoszenie i przenoszenie przedmiotów	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podnoszenie przedmiotu lub zabieranie czegoś z jednego miejsca na drugie, tak jak np. podczas unoszenia filiżanki lub przenoszenia dziecka z jednego pokoju do drugiego. Obejmuje: podnoszenie, przenoszenie za pomocą rąk, na barkach, na biodrach, na plecach lub na głowie, odkładanie.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								
D440	Precyzyjne używanie ręki	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Wykonywanie skoordynowanych czynności związanych z posługiwaniem się przedmiotami, podnoszeniem, manipulowaniem i wypuszczaniem przedmiotów przy użyciu jednej ręki, palców i kciuka, jak np. gdy zbiera się monety ze stołu lub wykręca numer telefonu. Obejmuje: podnoszenie, chwytanie, manipulowanie i odkładanie. Nie obejmuje: podnoszenie i przenoszenie przedmiotów (d430).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne		
	Opis problemu								
D445	Używanie rąk i ramion	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podejmowanie skoordynowanych działań, których celem jest poruszanie lub manipulowanie przedmiotami za pomocą rąk i ramion, tak jak np. gdy obraca się gałkę u drzwi lub gdy rzuca się lub łapie jakiś przedmiot. Obejmuje: przyciąganie lub popychanie przedmiotów, obracanie lub skręcanie rąk lub ramion; rzucanie, łapanie. Nie obejmuje: precyzyjne używanie ręki (d440).								
	Źródło informacji:								

	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D450	Chodzenie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Poruszanie się po powierzchni na stopach, krok po kroku, gdy co najmniej jedna stopa zawsze dotyka ziemi, tak jak np. podczas spacerowania, przechadzania się, chodzenia do przodu, do tyłu lub bokiem. Obejmuje: chodzenie na krótkie lub długie dystanse, chodzenie po różnych powierzchniach, omijanie przeszkód. Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420); inne sposoby poruszania się (d455).									
Źródło informacji:									
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D465	Poruszanie się przy pomocy sprzętu	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Przemieszczanie całego ciała z miejsca na miejsce, na każdej powierzchni lub obszarze z użyciem określonych urządzeń zaprojektowanych do łatwiejszego poruszania się lub tworzenia innych sposobów poruszania się, takich jak np. łyżwy, narty, aparat do nurkowania lub poruszanie się po ulicy na wózku inwalidzkim lub przy pomocy balkoniku. Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420), chodzenie (d450), inne sposoby poruszania się (d455), używanie środków transportu (d470), prowadzenie pojazdu (d475).									
Źródło informacji:									
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D470	Używanie środków transportu	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Używanie środków transportu do poruszania się jako pasażer, tak jak np. podczas przejazdów samochodem lub autobusem, rykszą, pojazdem poruszonym przez zwierzęta, prywatną lub publiczną taksówką, autobusem, pociągiem, tramwajem, metrem, promem lub samolotem. Obejmuje: używanie środków transportu poruszanych siłą ludzkich mięśni, używanie prywatnego zmotoryzowanego lub publicznego środka transportu. Nie obejmuje: poruszanie się przy pomocy sprzętu (d465), prowadzenie pojazdu (d475).									
Źródło informacji:									
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								

D475	Prowadzenie pojazdu	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Kontrolowanie i kierowanie pojazdem lub zwierzęciem które go porusza, podróżowanie w wybranym przez siebie kierunku lub dysponowanie środkiem transportu, takim jak np. samochód, rower, łódź lub pojazd poruszany przez zwierzęta. Obejmuje: kierowanie pojazdem poruszającym siłą mięśni ludzkich; pojazdem zmotoryzowanym, pojazdem poruszającym przez zwierzęta. Nie obejmuje: poruszanie się przy pomocy sprzętu (d465), używanie środków transportu (d470).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D510	Mycie się	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Mycie i suszenie całego ciała lub części ciała z użyciem wody i odpowiednich czyszczących i suszących środków i sposobów jak np. kąpanie się, branie prysznica, mycie rąk i stóp, twarzy i włosów i wycieranie się ręcznikiem. Obejmuje: mycie części ciała, całego ciała i osuszanie się. Nie obejmuje: pielęgnowanie poszczególnych części ciała (d520), korzystanie z toalety (d530).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D520	Pielęgnowanie poszczególnych części ciała	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Dbanie o części ciała, takie jak np. skóra, twarz, zęby, skóra głowy, paznokcie i genitalia, które wymagają więcej troski niż mycie i suszenie. Obejmuje: pielęgnowanie skóry, zębów, włosów, paznokci palców rąk i stóp. Nie obejmuje: mycie się, (d510), korzystanie z toalety (d530).									
Źródło informacji:									
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne									
Opis problemu									
D530	Korzystanie z toalety	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Planowanie wydalania i wydalanie ludzkich odchodów (menstruacja, oddawanie moczu i defekacja) oraz oczyszczanie się po tych czynnościach. Obejmuje: kontrolowanie oddawania moczu, defekacji i higiena menstruacji. Nie obejmuje: mycie się (d510); pielęgnowanie poszczególnych części ciała (d520).									
Źródło informacji:									

	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D540	Ubieranie się	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podjmowanie skoordynowanych czynności i zadań związanych z zakładaniem i zdejmowaniem ubrań i obuwia we właściwej kolejności i dostosowanie ubioru do warunków klimatycznych i wymogów środowiska społecznego, tak jak np. zakłada się, dopasowuje i zdejmuje koszule, spódnice, bluzki, spodnie, bieliznę, sari, kimono, rajstopy, kapelusze, rękawiczki, płaszcze, buty, pantofle, obuwie, sandały i kapcie. Obejmuje: zakładanie i zdejmowanie odzieży i obuwia i dokonywanie wyboru odpowiedniego ubrania.								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D550	Jedzenie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podjmowanie skoordynowanych zadań i czynności związanych ze spożywaniem podanego pokarmu, podnoszenie go do ust i zjadanie w kulturowo akceptowany sposób, krojenie lub łamanie pożywienia na kawałki, otwieranie butelek i puszek, używanie przyborów do jedzenia, zjadanie posiłków, uczestniczenie w przyjęciu lub zjadanie obiadu. Nie obejmuje: picie (d560).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D560	Picie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Chwytywanie naczynia z płynem, podnoszenie go do ust i wypijanie płynu w kulturowo akceptowany sposób, miksowanie, mieszanie i nalewanie płynów do picia, otwieranie butelek i puszek, picie przez słomkę lub picie bieżącej wody z kranu lub ze źródła; karmienie piersią. Nie obejmuje: jedzenie (d550).								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu								
D710	Podstawowe kontakty międzyludzkie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Nawiązywanie kontaktów z ludźmi w sposób odpowiedni do sytuacji i akceptowany społecznie, jak np. okazywanie stosownych względów i poważania lub reagowanie na uczucia innych.								

	Obejmuje: okazywanie szacunku, serdeczności, uznania i tolerancji w kontaktach; reagowanie na krytykę i sygnały społeczne we wzajemnych kontaktach; zachowanie odpowiedniego kontaktu fizycznego we wzajemnych relacjach. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu								
D720	Złożone kontakty międzyludzkie	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Utrzymywanie i kontrolowanie wzajemnych kontaktów z innymi ludźmi, w sposób odpowiedni do danej sytuacji i akceptowany społecznie tak jak np. kontrolowanie emocji i odruchów, kontrolowanie werbalnej i fizycznej agresji, działanie niezależne od relacji społecznych, działanie zgodnie z zasadami i zwyczajami społecznymi. Obejmuje: tworzenie i kończenie wzajemnych kontaktów; kontrolowanie zachowań w ramach wzajemnych kontaktów, nawiązywanie wzajemnych kontaktów stosownie do pełnionych ról społecznych i zachowywanie dystansu w relacjach społecznych. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu								
D740	Kontakty oficjalne	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Tworzenie i utrzymywanie określonych kontaktów w oficjalnych sytuacjach, jak np. z pracodawcami, profesjonalistami lub usługodawcami. Obejmuje: nawiązywanie wzajemnych kontaktów ze zwierzchnikami, podwładnymi, osobami o tym samym statusie. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu								
D825	Szkolenie zawodowe	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
	Podejmowanie wszystkich aktywności wynikających z programu szkolenia zawodowego i realizowanie materiału nauczania przygotowującego do zatrudnienia w handlu, rzemiośle lub określonym zawodzie. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu								

D830	Kształcenie wyższe	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Podejmowanie aktywności wynikających z zaawansowanych programów kształcenia na uniwersytetach, uczelniach i szkołach zawodowych i uczenie się wszystkich elementów programu nauczania wymaganych do osiągnięcia stopni, dyplomów, certyfikatów i innych świadectw, jak np. uzyskanie stopnia licencjata lub magistra, ukończenie szkoły medycznej lub innej szkoły zawodowej. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu									
D840	Przyuczenie do zawodu	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Uczestniczenie w programach związanych z przygotowaniem do zatrudnienia, jak np. wykonywanie wymaganych zadań podczas terminowania w zawodzie, odbywania stażu, praktyki lub szkolenia w trakcie pracy. Nie obejmuje: szkolenie zawodowe (d825). Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu									
D845	Zdobywanie, wykonywanie i wypowiadanie pracy	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Poszukiwanie, znajdowanie i wybieranie zatrudnienia, otrzymywanie propozycji pracy i akceptowanie zatrudnienia, wykonywanie i czynienie postępów w pracy, handlu, określonym zawodzie i odchodzenie z pracy w odpowiedni sposób. Obejmuje: poszukiwanie pracy; przygotowanie życiorysu, kontaktowanie się z pracodawcami i przygotowywanie się do rozmowy kwalifikacyjnej; zachowywanie zatrudnienia; monitorowanie wykonywania przez kogoś pracy, dawanie wypowiedzenia, odchodzenie z pracy. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu									
D850	Zatrudnienie za wynagrodzeniem	W	0	1	2	3	4	8	9
		Z	0	1	2	3	4	8	9
Zaangażowanie we wszystkie aspekty pracy, na posadzie, w handlu, w ramach wykonywania określonego zawodu lub w innej formie zatrudnienia, za wynagrodzeniem, jako pracownik na etacie, w pełnym lub częściowym wymiarze czasu lub w formie samozatrudnienia, np. poszukiwanie i uzyskiwanie pracy, wykonywanie wymaganych zadań w pracy, przybywanie do pracy punktualnie zgodnie z wymogami, nadzorowanie innych pracowników lub podleganie nadzorowi i podejmowanie wymaganych zadań samodzielnie lub w grupach. Obejmuje: samozatrudnienie, zatrudnienie w częściowym lub pełnym wymiarze czasu.									

	Źródło informacji:											
	Historia przypadku	Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne				Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu											
D855	Praca bez wynagrodzenia	W	0	1	2	3	4	8	9			
		Z	0	1	2	3	4	8	9			
Zaangażowanie we wszystkie aspekty pracy, za którą nie jest wypłacane wynagrodzenie, w pełnym lub niepełnym wymiarze, włączając pracę zorganizowaną, wykonywanie wymaganych zadań związanych z pracą, przybywanie do pracy punktualnie zgodnie z wymogami, nadzorowanie innych pracowników lub podleganie nadzorowi i podejmowanie wymaganych zadań samodzielnie lub w grupach jak np. praca społeczna, praca charytatywna, praca dla gminy lub grupy religijnej bez wynagrodzenia, praca w domu bez wynagrodzenia. Nie obejmuje: Rozdział 6 Życie domowe.												
Źródło informacji:												
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne												
Opis problemu												
CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE = Czynniki środowiskowe stanowią fizyczne, społeczne i związane z systemem postaw otoczenie, w którym ludzie żyją i kierują swoim życiem. Jaki zakres ułatwienia lub bariery doświadcza osoba w odniesieniu do...		Calkowite ułatwienie	Znaczne ułatwienie	Umiarkowane ułatwienie	Nieznaczne ułatwienie	Brak bariery/ułatwienia	Nieznaczna bariera	Umiarkowana bariera	Znaczna bariera	Calkowita bariera	Nieokreślone	Nie dotyczy
E1101	Leki	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Każdy naturalny lub wytworzony przez człowieka produkt lub substancja, gromadzony, przetwarzany lub produkowany w celach leczniczych taki jak leki alopacyjne i naturopatyczne.												
Źródło informacji:												
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne												
Opis problemu:												
E115	Produkty i technologie do osobistego użytku w życiu codziennym	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Sprzęt, wyroby i technologie stosowane przez ludzi w codziennej działalności, w tym przystosowane lub specjalnie zaprojektowane, umiejscowione wewnątrz, na ciele lub w pobliżu używającej je osoby. Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie do użytku osobistego.												
Źródło informacji:												
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne												
Opis problemu:												

E120	Produkty i technologie służące do indywidualnego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Wypożyczenie, produkty i technologie, z włączeniem specjalnie przystosowanych lub specjalnie zaprojektowanych, wykorzystywane przez ludzi do poruszania się we wnętrzu i na zewnątrz budynków, zlokalizowane w miejscu lub w pobliżu miejsca gdzie dana osoba się nimi posługuje. Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie służące do indywidualnego poruszania się i transportu we wnętrzu i na zewnątrz											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne											
	Opis problemu:											
E125	Produkty i technologie służące do porozumiewania się	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Wypożyczenie, produkty i technologie wykorzystywane przez ludzi do wysyłania i odbierania informacji, z włączeniem tych, które zostały specjalnie zaadaptowane lub zaprojektowane, umiejscowione wewnątrz, na ciele lub w pobliżu używającej je osoby. Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie używane do porozumiewania się.											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne											
	Opis problemu:											
E130	Produkty i technologie stosowane w edukacji	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Wypożyczenie, produkty, procesy, metody i technologie stosowane do zdobywania wiedzy, nabywania kompetencji lub umiejętności, także te, które zostały przystosowane lub specjalnie zaprojektowane. Obejmuje: ogólne lub wspomagające produkty i technologie dla potrzeb kształcenia.											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne											
	Opis problemu:											
E135	Produkty i technologie stosowane w miejscu zatrudnienia	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Wypożyczenie, produkty i technologie stosowane w miejscu zatrudnienia dla ułatwienia czynności związanych z pracą. Obejmuje: ogólne i wspomagające produkty i technologie stosowane w pracy.											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne											
	Opis problemu:											

E150	Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków użyteczności publicznej	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Produkty i technologie, służące do tworzenia przez człowieka odpowiednich warunków wewnątrz i na zewnątrz budynków, które zostały zaplanowane, zaprojektowane i wybudowane do użytku publicznego, wraz z tymi, które zostały w tym celu przystosowane lub specjalnie zaprojektowane. Obejmuje: projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie do tworzenia pasaży wejściowych i wyjściowych z budynków, dostępu do udogodnień i szlaków komunikacyjnych. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:												
E155	Projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie dla budynków do użytku prywatnego	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Produkty i technologie, służące do tworzenia przez człowieka odpowiednich warunków wewnątrz i na zewnątrz budynków, które zostały zaplanowane, zaprojektowane i wybudowane do użytku prywatnego, z włączeniem tych, które zostały w tym celu przystosowane lub specjalnie zaprojektowane. Obejmuje: projekty architektoniczne, materiały konstrukcyjne i budowlane oraz technologie do tworzenia pasaży wejściowych i wyjściowych z budynków, dostępu do udogodnień i szlaków komunikacyjnych. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:												
E225	Klimat	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Meteorologiczne cechy i zjawiska takie jak pogoda. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:												
E240	Światło	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Promieniowanie elektromagnetyczne, dzięki któremu rzeczy stają się widzialne, zarówno w świetle słonecznym, jak oświetleniu sztucznym (np. świece, lampy olejowe lub parafinowe, ogień i elektryczność) dostarczające użytecznych lub mylnych informacji o świecie. Obejmuje: intensywność światła, jakość światła, kontrastowość barw. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:												

E250	Dźwięk	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Zjawisko, które jest lub może być słyszalne takie jak huk, dzwonienie, łoskot, śpiew, gwizd, wrzask i brzęczenie, o dowolnej głośności, barwie i tonacji i które może dostarczyć użytecznych lub mylnych informacji o świecie. Obejmuje: poziom dźwięku i jakość dźwięku. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:											
E260	Jakość powietrza	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Cechy charakterystyczne atmosfery (na zewnątrz budynków) lub powietrza w zamkniętym obszarze (wewnątrz budynków) dostarczające użytecznych lub mylnych informacji o świecie . Obejmuje: jakość powietrza w pomieszczeniu i na zewnątrz. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:											
E310	Najbliższa rodzina	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie. Nie obejmuje: dalszą rodzinę (e315); opiekunów asystentów osobistych (e340). Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:											
E320	Przyjaciele	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Osoby, które pozostają w bliskich i aktualnie istniejących relacjach charakteryzujących się zaufaniem i wzajemnym wsparciem. Źródło informacji: Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne Opis problemu:											
E325	Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Osoby wzajemnie znające się jako rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie lokalnej społeczności, w sytuacjach takich jak praca, szkoła, rekreacja lub inne aspekty życia, oraz posiadające wspólne cechy demograficzne takie jak wiek, płeć, wyznanie religijne lub pochodzenie etniczne lub realizujące wspólne zainteresowania. Nie obejmuje: stowarzyszenia i usługi związane ze zrzeszaniem się (e5550).											

	Źródło informacji:											
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu:											
E330	Ludzie posiadający władzę (zwierzchnicy)	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Osoby, które ponoszą odpowiedzialność za podejmowanie decyzji na rzecz innych i mają społecznie uznany wpływ lub władzę wynikającą z ich społecznej, ekonomicznej, kulturowej lub religijnej roli w społeczeństwie, jak np.: nauczyciele, pracodawcy, osoby sprawujące nadzór, przywódcy religijni, decydenci, kuratorzy, powiernicy.											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu:											
E340	Opiekunowie i asystenci osoby	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Osoby, które ponoszą odpowiedzialność za podejmowanie decyzji na rzecz innych i mają społecznie uznany wpływ lub władzę wynikającą z ich społecznej, ekonomicznej, kulturowej lub religijnej roli w społeczeństwie, jak np.: nauczyciele, pracodawcy, osoby sprawujące nadzór, przywódcy religijni, decydenci, kuratorzy, powiernicy.											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu:											
E355	Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjoniści w ochronie zdrowia)	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audyolodzy, protetycy, medyczni pracownicy socjalni. Nie obejmuje: inni pracownicy fachowi (e360).											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu:											
E360	Inni pracownicy fachowi (profesjoniści)	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Wszyscy oferujący usługi spoza systemu ochrony zdrowia, w tym pracownicy socjalni, prawnicy, nauczyciele, architekci i projektanci. Nie obejmuje: fachowych pracowników ochrony zdrowia.											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne					
	Opis problemu:											

E590	Usługi, systemy i polityka w zakresie pracy i zatrudnienia	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
	Usługi, systemy i polityka dotyczące wyszukiwania odpowiedniej pracy dla osób bezrobotnych lub poszukujących innej pracy lub wspieraniu osób już zatrudnionych, które poszukują możliwości rozwoju. Nie obejmuje: usługi, systemy i polityka związane z gospodarką (e565).											
	Źródło informacji:											
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne											
	Opis problemu:											

II.1.5. Ocena kompetencji zawodowych – wg ICF

OCENA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH – wg. ICF													
		Nr											
		Data oceny											
		Osoba wypełniająca kartę											
Imię i nazwisko Uczestnika													
Numer Uczestnika w ORK													
SEKCJA I													
KARTA OCENY FUNKCJONALNEJ – według ICF													
		OCENA POZĄTKOWA Data		Oczekiwany wynik		Rodzaj wsparcia – interwencji		Osoba odpowiedzialna		OCENA KOŃCOWA Data		Osiągnięty cel?	
Kategorie ICF		Kwalifikator ICF								Kwalifikator ICF			
KOD ICF	OPIS KODU ICF	0	1	2	3	4							
FUNKCJE CIAŁA													
b114	Funkcje orientacji												
b117	Funkcje intelektualne												
b126	Funkcje temperamentu i osobowości												
b130	Funkcje energii i napędu												
b1301	Motywacja												
b134	Funkcje snu												
b140	Funkcje uwagi												

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

IX.2. Indywidualny Program Rehabilitacji

Część identyfikacyjna

DANE UCZESTNIKA	
Nr	
Data wypełnienia	
Osoba wypełniająca	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	
Wiek	
Nr w ORK (oznaczenie ośrodka – kolejny numer:	
Specjalista ds. Zarządzania Rehabilitacją	
Pobyt niestacjonarny	Pobyt stacjonarny – nr pokoju
Data przyjęcia	
Rozpoznanie (na podstawie opinii kwalifikującej)	
Data i podpis	

II.2.2. Załącznik 2 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji
– Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF

KARTA MONITOROWANIA POSTĘPÓW REHABILITACJI WG ICF										
Nr										
Data oceny										
Osoba wypełniająca kartę										
Imię i nazwisko Uczestnika										
Numer Uczestnika w ORK										
SEKCJA I										
OCENA FUNKCJONALNA – według ICF PRZEPROWADZONA W POŁOWIE OKRESU REHABILITACJI (mid-term)										
Kategorie ICF		Kwalifikator ICF				Oczekiwany wynik	Rodzaj wsparcia – interwencji	Osoba odpowiedzialna		
KOD ICF	OPIS KODU ICF	0	1	2	3	4				
FUNKCJE CIAŁA										
b114	Funkcje orientacji									
b117	Funkcje intelektualne									
b126	Funkcje temperamentu i osobowości									
b130	Funkcje energii i napędu									
b1301	Motywacja									
b134	Funkcje snu									
b140	Funkcje uwagi									
b144	Funkcje pamięci									
b152	Funkcje emocjonalne									

[illegible]

II.2.3. Załącznik 3 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Cele Indywidualnego Programu Rehabilitacji

CELE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI	
	Nr
	Data wypełnienia
	Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	
Cel główny	☐ zatrudnienie na otwartym rynku pracy ☐ założenie działalności gospodarczej
Cele szczegółowe – moduł	
	☐ przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie w jak największym, możliwym do osiągnięcia, stopniu ☐ podtrzymanie/poprawa stanu funkcjonowania ☐ wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych ☐ zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych ☐ Inny, jaki:
Cele szczegółowe – moduł	☐ wzmocnienie motywacji do podjęcia pracy ☐ przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych, umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych

		☐ wsparcie wspomagające dla otoczenia uczestnika programu (członków rodzin) ☐ Inny, jaki:
		☐ Przygotowanie do wejścia/powrotu na rynek pracy ☐ Przekwalifikowanie zawodowe ☐ Inny, jaki:
	zawodowy	
	Planowany czas rehabilitacji: dni	
Modyfikacje Indywidualnego Programu Rehabilitacji odnotowuje się w obserwacjach – dokumencie stanowiącym integralną część indywidualnej dokumentacji uczestnika		

Proponowany zakres wsparcia				
		Działanie:	Przewidywany wymiar:	Uwagi, opis:
Przewidywany wymiar wsparcia – moduł				
		Rehabilitacja zająca indywidualne – średnio 94 godziny, minimalnie 50 godzin (1 godzina = 60 minut);	60 godzin + okres próbny	
		Rehabilitacja zająca grupowe (w grupach do 6 osób) – średnio 65 godzin, minimalnie 34 godziny (1 godzina = 60 minut).	40 godzin + okres próbny	
	medyczny	Edukacja prozdrowotna w formie warsztatów w grupach średnio 10-osobowych (min. 5, max. 15 osób) – średnio 4 spotkania na uczestnika, minimalnie 2 spotkania	4 spotkania	
	psychospołeczny	Spotkania indywidualne, dla 1 Uczestnika średnio 18 godzin, minimalnie 8 godzin (1 godzina = 60 minut),	20 godzin	Spotkania wzmacniające, motywujące
		Warsztaty grupowe w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób), średnio 40 godzin lekcyjnych, minimalnie 15 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min),	40 godzin	Trening asertywności, komunikacji, interpersonalne, radzenia sobie ze stresem
		Działania integracyjne dla Uczestników – nie mniej niż 4 imprezy na 1 Uczestnika.	4 imprezy	Ognisko, wieczór taneczny
		Spotkania indywidualne z członkami i rodzin/bliższymi – po 2 spotkania na 1 Uczestnika,	1 spotkanie	Brak potrzeby, jeśli taka wystąpi zostanie zrealizowana
	zawodowy	Warsztaty z członkami rodzin/bliższymi, 12 spotkań, grupy średnio 25 osób, uczestnik + jedna osoba z rodziny.	1 warsztat	Brak potrzeby, jeśli taka wystąpi zostanie zrealizowana
		Indywidualne sesje z doradcą zawodowym: średnio 11 godzin, minimalnie 6 godzin (1 godzina = 60 min),	10 godzin	Rozmowy doradcze, rozpoznawanie osobowości, preferencji i zainteresowań zawodowych
		Warsztaty wsparcia w wejściu na rynek pracy: średnio 40 godzin lekcyjnych, minimalnie 20 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min)	20 godzin	Wdrażanie w aktywne poszukiwanie pracy: metody poszukiwania ofert pracy, przygotowanie dokumentów aplikacyjnych, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej włącznie z symulacją, kompetencje miękkie, rozeznanie na lokalnym rynku pracy

		Wyównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym – warsztaty – średnio 40 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min), bez określenia wymiaru minimalnego.	nd	
		Wzmocnienie kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym; średnio 80 godzin lekcyjnych, minimalnie 20 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna=45 min)	80 godzin	
		Szkolenia zawodowe – średnio 400 godzin lekcyjnych na Uczestnika, minimalnie 160 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min)	280 godzin	
		Pośrednictwo pracy – Spotkania indywidualne na Uczestnika średnio 8 godzin, minimalnie 2 godziny (1 godzina = 60 min.)	4 godziny	Aktywne poszukiwanie miejsca pracy
		Badania lekarskie wymagane przed podjęciem pracy/szkolenia	nd	
Uwagi ogólne, wskazania szczegółowe: Dodatkowo: Logopeda i konsultacja lekarska specjalistyczna.....				

II.2.4. Załącznik 4 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Plan Realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji

PLAN REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI										
		Nr		2						
		Data wypełnienia								
		Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją								
		Imię i nazwisko Uczestnika								
		Numer Uczestnika w ORK								
Lp.	Moduły	Nazwa procedury	Czas trwania (w minutach lub godzinach)	Częstotliwość powtórzeń (dzień, tydzień, miesiąc itp.)	Łączny czas w tyg.	Data rozpoczęcia	Osoba realizująca	Sala/gabinet	Uwagi/suma wymiaru	
1.	Medyczny	Rehabilitacja – zajęcia indywidualne: – –(proszę wyliczyć rodzaje zajęć)	60 min	3 × tyg.	20	30.09.2019	Imię i nazwisko Rehabilitant prowadzący	Sala do ćwiczeń indywidualnych i grupowych	(1 h × 3razy w tygodniu × 20 tygodni =) 60 godzin	
2.		Rehabilitacja – zajęcia grupowe: – –(proszę wyliczyć rodzaje zajęć)	60 min	2 × tyg.	20	30.09.2019	Imię i nazwisko Rehabilitant prowadzący	Sala do ćwiczeń indywidualnych i grupowych	(1 h × 2razy w tygodniu × 20 tygodni =) 40 godziny	
3.		Wsparcie specjalistyczne lekarskie – (proszę podać specjalizację)	30 min	2 porady	nd	30.09.2019	Imię i nazwisko Lekarz prowadzący	Gabinet lekarski 1	1 godzina	
4.		Wsparcie specjalistyczne inne: – logopeda	30 min	1 × tyg.	20	30.09.2019	Imię i nazwisko Logopeda	Gabinet psychologa 2	30 min x 20 tygodni = 10 godzin	
5.		Edukacja prozdrowotna – warsztaty (proszę podać tematykę zajęć)	60 min	4 zajęcia		30.09.2019	Imię i nazwisko Lekarz	Sala bordowa	4 godziny	

7.	Psychospołeczny	Sesje indywidualne z psychologiem (proszę podać tematy/kę zajęć)	60 min	1 × tyg.	20	30.09.2019	Imię i nazwisko Psycholog	Gabinet psychologa 1	20 godzin
8.		Warsztaty grupowe z psychologiem (proszę podać tematy/kę zajęć)	2 × 45 min	1 × tyg.	20	30.09.2019	Imię i nazwisko Psycholog	Sala szkoleniowa 2	40 godzin
9.		Spotkania indywidualne z członkami rodzin/bliskimi (proszę podać tematy/kę zajęć)	60 min	1 spotkanie	nd	07.10.2019	Imię i nazwisko Psycholog	Sala szkoleniowa 2	1 godzina
10.		Warsztaty z rodzinami/bliskimi (proszę podać tematy/kę zajęć)	warsztat	1 warsztat	nd	07.10.2019	Imię i nazwisko Psycholog	Sala szkoleniowa 1	1 godzina
11.		Działania integracyjne	impreza	4 imprezy	nd	30.09.2019	Nie dotyczy	Nie dotyczy	10 godzin
12.		Działania aktywizujące – indywidualne sesje z doradcą zawodowym (proszę podać tematy/kę zajęć)	60 min	1 × tyg.	10	30.09.2019	Imię i nazwisko Doradca zawodowy	Pokój doradcy zawodowego	10 godzin
13.		Działania aktywizujące – warsztaty funkcjonowania na rynku pracy (proszę podać tematy/kę zajęć)	2 × 45 min	2 × tyg.	5	18.11.2019	Imię i nazwisko Doradca zawodowy	Sala szkoleniowa 2	20 godzin
15.		Działania aktywizujące – wzmocnienie kompetencji ICT – szkolenia (proszę określić poziom szkolenia)	4 × 45 min	5 × tyg.	4	10.10.2019	Trener ORK	Sala szkoleniowa 1	80 godzin
16.		Przekwalifikowanie zawodowe – szkolenia (proszę podać tytuł i zakres szkolenia)	4 × 45 min	5 × tyg.	14	12.11.2019	Trener ORK	Sala szkoleniowa 1	280 godzin
17.		Pośrednik pracy	60 min	1 × 2 tyg.	8	27.09.2019	Imię i nazwisko Pośrednik pracy	Pokój doradcy zawodowego	4 godziny
									581 godzin = 20 tygodni

+ 2 tygodnie okres próbny
= 22 tygodnie pobyt w ORK

Data, podpis i pieczęć lekarza:

II.2.5. Załącznik 5 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji

– Oświadczenie Uczestnika

Imię i nazwisko uczestnika:

KOD uczestnika:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przedstawiłam (-em) uczestnikowi Indywidualny Program Rehabilitacji oraz poinformowałam (-em) o możliwości wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie uczestniczenia w programie kompleksowej rehabilitacji

Miejscowość, dnia

podpis lekarza

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA W ZAKRESIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam (-em) się z Indywidualnym Programem Rehabilitacji.
2. Zgadam się na realizację procedur zapisanych w Indywidualnym Programie Rehabilitacji.
3. Zostałam (-em) poinformowana (-y) o:
 - a. sposobie przeprowadzenia zaplanowanych czynności związanych z kompleksową rehabilitacją,
 - b. możliwości wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie uczestniczenia w programie kompleksowej rehabilitacji,
 - c. plan rehabilitacji ma charakter dynamiczny i możliwa jest jego modyfikacja na spotkaniu zespołu rehabilitacyjnego,
 - d. poszczególne rodzaje procedur (z wyłączeniem zawodowej) zostały zaplanowane na najbliższy miesiąc.
4. Zgadzam się na modyfikowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji, przy moim czynnym udziale
5. Przed sporządzeniem Indywidualnego Programu Rehabilitacji udzieliłam (-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały mi zadane w trakcie wywiadu lekarskiego na temat mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych chorób i zabiegów oraz wywiadu zawodowego.
6. Informacja przekazana mi przez personel jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała, a dodatkowo w trakcie rozmowy z personelem ośrodka miałam (-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania rehabilitacyjnego.
7. Otrzymałam (-em) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania.

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie wszelkich czynności związanych z rehabilitacją kompleksową i innych dalszych procedur wynikających z Indywidualnego Programu Rehabilitacji.

Miejscowość, dnia

podpis uczestnika

II.2.6. Załącznik 6 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji

– Plan realizacji Indywidualnego Programu Rehabilitacji

Realizacja Indywidualnego Planu Rehabilitacji

PLAN REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI (HARMONOGRAM)									
Nr									
Data wypełnienia									
Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją									
Imię i nazwisko Uczestnika									
Numer Uczestnika w ORK									
Lp.	Moduł	Procedura	Miesiąc:					Łączny czas – godz.	Imię, nazwisko i podpis realizującego
			 poniedz.	 wtorek	 środa	 czwartek	 piątek		
	medyczny	Wirówka ręce + nogi	10:00– 10:30	10:00– 10:30	10:00– 10:30	10:00– 10:30	10:00– 10:30	2,5	
			10:30 11:00	10:30 11:00	10:30 11:00	10:30 11:00	10:30 11:00	2,5	
	psychospołeczny	Sesja z psychologiem	8:00 9:00		8:00 9:00			2	
		Warsztaty psychologiczne		8:00 9:30		8:00 9:30		4	
	zawodowy	Doradztwo zawodowe	9:00 10:00		9:00 10:00			2	
		Spotkanie z pośrednikiem pracy							
		Szkolenie k. kluczowe							
		Szkolenie ICT							
		Szkolenie zawodowe							
Podpis uczestnika:								Suma: 30	

- Harmonogram przekazywany jest Uczestnikowi przez Specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją co tydzień, w piątek wieczorem lub poniedziałek przed zajęciami.

II.2.7. Załącznik 7 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji – Indywidualna karta obserwacji

INDYWIDUALNA KARTA OBSERWACJI	
Nr	
Data wypełnienia	
Osoba wypełniająca kartę	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	
OCENA MEDYCZNA, PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNA, ZAWODOWA	

pieczęćka podpis

II.2.8. Załącznik 8 do Indywidualnego Programu Rehabilitacji
 – Indywidualna karta oceny końcowej

INDYWIDUALNA KARTA OCENY KOŃCOWEJ	
Nr	
Data wypełnienia	
Osoba wypełniająca kartę	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	
OCENA MEDYCZNA	
Zalecenia i rekomendacje	

pieczęć i podpis

INDYWIDUALNA KARTA OCENY KOŃCOWEJ	
Nr	
Data wypełnienia	
Osoba wypełniająca kartę	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	
OCENA PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNA	
Zalecenia i rekomendacje	

pieczętka podpis

INDYWIDUALNA KARTA OCENY KOŃCOWEJ	
Nr	
Data wypełnienia	
Osoba wypełniająca kartę	
Imię i nazwisko Uczestnika	
Numer Uczestnika w ORK	
OCENA ZAWODOWA	
Zalecenia i rekomendacje	

pieczęćka podpis

IX.3. Formularz cenowy

Lp.	Działanie	Minimalna liczba uczestników	Jednostka	Średnia liczba jednostek na jednego uczestnika	Liczba jednostek ogółem (C × E)	Stawka jednostkowa brutto (PLN)	Cena netto	Cena brutto (F × G)
A	B	C	D	E	F	G	H	I
	I. Diagnoza i opracowanie IPR (Rozdział 5.1. OPZ)							
	Diagnoza na wejściu							
1	– fizjoterapeuta	150	godzina	2	300			
2	– doradca zawodowy	150	godzina	4	600			
3	– psycholog	150	godzina	4	600			
	Diagnoza w połowie pobytu							
4	– doradca zawodowy	150	godzina	2	300			
5	– psycholog	150	godzina	2	300			
	Diagnoza na zakończenie							
6	– fizjoterapeuta	150	godzina	2	300			
7	– doradca zawodowy	150	godzina	4	600			
8	– psycholog	150	godzina	4	600			
	Przygotowanie IPR							
9	– doradca zawodowy	150	godzina	2	300			
10	– pośrednik pracy	150	godzina	2	300			
11	– psycholog	150	godzina	2	300			

Lp.	Działanie	Minimalna liczba Uczestników	Jednostka	Średnia liczba jednostek na jednego Uczestnika	Liczba jednostek ogółem (C × E)	Stawka jednostkowa brutto (PLN)	Cena netto	Cena brutto (F × G)
	II. Moduł zawodowy (Rozdział 5.2.1. OPZ)							
12	Działania aktywizujące – doradztwo zawodowe – indywidualne sesje z doradcą zawodowym	150	godzina	11	1 650			
13	Działania aktywizujące – warsztaty funkcjonowania na rynku pracy (grupy średnio 10 osobowe).	150	godzina lekcyjna	40	6 000			
14	Działania aktywizujące – wyrównywanie deficytów w obszarach edukacyjnym – warsztaty (grupy średnio 10 osobowe).	150	godzina lekcyjna	40	6 000			
15	Działania aktywizujące – wzmocnienie kompetencji ICT – szkolenia (grupy średnio 10 osobowe).	150	godzina lekcyjna	80	12 000			
16	Przekwalifikowanie zawodowe – szkolenia Wariant 1 (grupy średnio 10 osobowe).	90	godzina lekcyjna	400	36 000			
17	Przekwalifikowanie zawodowe – szkolenia Wariant 2 (grupy średnio 10 osobowe).	60	godzina lekcyjna	400	24 000			
18	Pośrednictwo pracy – spotkania indywidualne z Uczestnikami	150	godzina	8	1 200			
19	Pośrednictwo pracy – współpraca z pracodawcami – spotkania indywidualne i grupowe	nd	godzina	nd	1 050			
20	Koszt badań lekarskich wymaganych przed podjęciem szkoleń (w zależności od planowanego stanowiska pracy)	150	badanie	1	150			
21	Działania upowszechniające wśród pracodawców	nd	spotkanie	nd	30			

Lp.	Działanie	Minimalna liczba Uczestników	Jednostka	Średnia liczba jednostek na jednego Uczestnika	Liczba jednostek ogółem (C × E)	Stawka jednostkowa brutto (PLN)	Cena netto	Cena brutto (F × G)
	III. Moduł psychospołeczny (Rozdział 5.2.2. OPZ)							
22	Sesje indywidualne z psychologiem	150	godzina	18	2 700			
23	Warsztaty grupowe (grupy średnio 10 osobowe).	150	godzina lekcyjna	40	6 000			
24	Spotkania indywidualne z członkami rodzin/bliskimi	150	godzina	2	300			
25	Warsztaty z rodzinami/bliskimi (grupy średnio 25 osobowe, 2 osoby na Uczestnika = Uczestnik + osoba bliska)	150	spotkanie/warsztat	1	12			
26	Działania integracyjne dla Uczestników	150	osoba/impreza	4	600			
	IV. Moduł medyczny (Rozdział 5.2.3. OPZ)							
27	– Opieka lekarska – opieka w trybie ciągłym (w ramach pracy gabinetu) – Udział lekarza w diagnozach oraz przygotowaniu IPR (Rozdział 5.1. OPZ) – Edukacja prozdrowotna (warsztaty)	nd	miesiąc	nd	31			
28	Rehabilitacja – zajęcia indywidualnie	150	godzina	94	14 100			
29	Rehabilitacja – zajęcia grupowe (grupy średnio 6 osobowe)	150	godzina	65	9 750			
	V. Świadczenia opcjonalne (Rozdział 5.2.5. OPZ)							
30	Wsparcie lekarskie – specjalistyczne	150	godzina	5	750			
31	Inne konsultacje specjalistyczne	150	godzina	5	750			

Lp.	Działanie	Minimalna liczba Uczestników	Jednostka	Średnia liczba jednostek na jednego Uczestnika	Liczba jednostek ogółem (C × E)	Stawka jednostkowa brutto (PLN)	Cena netto	Cena brutto (F × G)
32	Wsparcie indywidualne uzależnione od potrzeb uczestnika	nd	godzina	nd	600			
	VI. Świadczenia towarzyszące (Rozdział 5.2.6. OPZ)							
33	Nocleg dla uczestników stacjonarnych	90	doba	270	24 300			
34	Wyżywienie (śniadanie, przerwy kawowe, obiad i kolacja) dla uczestników stacjonarnych	90	dzień	270	24 300			
35	Wyżywienie (przerwy kawowe i obiad) dla uczestników niestacjonarnych	60	dzień	189	11 340			
36	Zapewnienie noclegu i wyżywienia dla rodzin Uczestników przebywających w ośrodku w trybie stacjonarnym	90	wizyta 1 osoby	6	540			
37	Opieka nad dziećmi do lat 7 (noclegi, żłobek/ przedszkole, dojazdy, wyżywienie) – założono udział 3 dzieci przez 9 miesięcy	nd	dzień	nd	810			
38	Opieka nad dziećmi od lat 7 (noclegi, dojazdy, wyżywienie) – założono udział 2 dzieci przez 9 miesięcy	nd	dzień	nd	540			
	VII. Zarządzanie i ewaluacja							
	Zarządzanie usługą rehabilitacji kompleksowej [w tym m.in. wynagrodzenie: 3 specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, 1 specjalisty ds. obsługi pilotażu i sprawozdawczości oraz 1 sekretarki medycznej, zakup i eksploatacja materiałów związanych z ewidencjonowaniem wsparcia, sprawozdawczość,							

Lp.	Działanie	Minimalna liczba Uczestników	Jednostka	Średnia liczba jednostek na jednego Uczestnika	Liczba jednostek ogółem (C × E)	Stawka jednostkowa brutto (PLN)	Cena netto	Cena brutto (F × G)
39	pozostałe koszty administracyjne, obsługa i przygotowanie szkolenia wstępnego, utrzymanie ORK, obsługa administracyjna projektu, obsługa wypłaty stypendiów, zapewnienie przejazdów lokalnych (pomiędzy miejscami świadczenia usług rehabilitacji kompleksowej i do najbliższego przystanku pow. 500 m) i inne czynności niezbędne dla prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia]	nd	miesiąc	nd	31			
	Monitoring przebiegu wsparcia – spotkania zespołu rehabilitacyjnego (co dwa tygodnie, nie mniej niż 2 w miesiącu) oraz spotkania konsultacyjne członków zespołu, prowadzenie monitoringu i ewaluacji rehabilitacji kompleksowej, sprawozdawczość zespołu rehabilitacyjnego. W tym wynagrodzenie zespołu rehabilitacyjnego (fizjoterapeuci, doradcy zawodowi, pośrednicy pracy, psychologowie) średnio po ok. 10 godzin na każdego Uczestnika dla każdego modułu.							
	VIII. CENA OFERTY:							

Wykaz skrótów

GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICF	Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (z ang. International classification of functioning, disability and health)
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)
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

Spis rysunków

Rysunek 1. Ścieżki rekrutacji do kompleksowej rehabilitacji w ORK	23
Rysunek 2. Schemat postępowania w ramach modelu rehabilitacji kompleksowej.....	24
Rysunek 3. Zasięg terytorialny pilotażowych ORK	25
Rysunek 4. Uczestnicy rehabilitacji kompleksowej	31
Rysunek 5. Macierz Zainteresowanie/Prawdopodobieństwo konfliktu – Wpływ....	43
Rysunek 6. Etapy oceny kompetencji zawodowych.....	66
Rysunek 7. Proces opracowywania Indywidualnego Programu Rehabilitacji.....	74
Rysunek 8. Struktura IPR	78
Rysunek 9. Przykładowy plan realizacji IPR.....	79
Rysunek 10. Działania w ramach rehabilitacji kompleksowej – moduł zawodowy ...	89
Rysunek 11. Obszary rehabilitacji psychologiczno-społecznej w ORK.....	103
Rysunek 12. Proces rehabilitacji medycznej	113

Spis tabel

Tabela 1. Rodzaje działań terapeutycznych w ramach modułu medycznego	114
Tabela 2. Wymagania lokalizacyjne i lokalowe dla ORK.....	126
Tabela 3. Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie warunków lokalowych oraz wyposażenia jednego ORK.....	130
Tabela 4. Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie dotyczącym personelu (dla jednego ORK).....	136

