



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Model kształcenia

Studia podyplomowe

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją

Autorzy

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

mgr Katarzyna Krysik – koordynacja merytoryczna

mgr Beata Góral

mgr Ewa Płodzień-Pałasz

mgr Piotr Wójtowicz

Gdański Uniwersytet Medyczny

dr n. o zdr. Krzysztof Basiński

dr n. med. Joanna Jabłońska-Brudło

dr n. med. Tadeusz Jędrzejczyk

dr hab. inż. Justyna Rogowska

dr hab. n. med. Dominika Szalewska

mgr Małgorzata Wojnarowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. o zdr. Justyna Chmiel

dr n. o zdr. Kamil Chołuj

dr hab. n. o zdr. Beata Dobrowolska

dr hab. n. o zdr. Ewa Humeniuk

dr n. med. Jadwiga Klukow

dr n. med. Bogumiła Kosicka

dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr n. med Kinga Kulczycka

dr hab. n. med. Michał Latański

dr hab. n. o zdr. Rafał Patryn

dr n. o zdr. Anna Szulc

dr hab. n. med. Alicja Wójcik-Załuska

Uniwersytet Warszawski

prof. dr hab. Grażyna Firlit-Fesnak

dr hab. Emila Jaroszevska

dr Mariola Kordas-Surowiec

dr hab. prof. UW Jacek Męcina

dr Tomasz Niedziński

dr Małgorzata Ołdak

dr hab. Grażyna Spytek-Bandurska

Uniwersytet Wrocławski

mgr Anna Cieślik

doc. dr Alina Czapiga

dr Magdalena Ślęzyk-Sobol

dr Dominika Zawadzka

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

mgr Bartosz Gaca

mgr Katarzyna Orlińska

mgr Paulina Roicka-Gruca

Przedstawiciele organizacji pozarządowych

mgr Krystyna Konieczna

prof. dr hab. Tomasz Tasiemski

Przedstawiciele organizacji pracodawców

mgr Adam Hadław

mgr Tomasz Leśniak

mgr Iwona Wójcik

Publikacja została zrealizowana w ramach projektu pn. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia Specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją - jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014- 2020”

Publikacja jest bezpłatna

Wydawca: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ISBN 978-83-942149-4-4

Korekta językowa: Izabela Gorzkowska

Opracowanie graficzne, skład i łamanie: Edyta Wojciechowska-Jadczak

MODEL CHRONIONY PRAWAMI AUTORSKIMI

Spis treści

Słownik pojęć 7

Wprowadzenie 8

Część I – Diagnoza 9

1. Sytuacja osób z niepełnosprawnością w Polsce 9

1.1. Dokumenty strategiczne 9

1.2. Wyzwania związane z aktywizacją społeczną lub zawodową osób z niepełnosprawnością 10

1.3. Dane statystyczne 12

1.3.1. Osoby z niepełnosprawnością 12

1.3.2. Wypadki przy pracy 14

1.4. Uwarunkowania prawne 16

2. Analiza potrzeb edukacyjno-kompetencyjnych przyszłego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 23

2.1. Diagnoza potrzeb i oczekiwań odbiorców usług specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w zakresie jego kompetencji 23

2.2. Kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w opinii otoczenia 42

2.3. Doświadczenia niemieckie 44

Część II – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją 49

1. Uwarunkowania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 49

1.1. Czym jest zarządzanie rehabilitacją? 49

1.2. Rola i zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 49

1.3. Odbiorcy wsparcia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 51

1.4. Procedura działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 52

1.6. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją na rynku pracy 57

2. Profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 57

2.1. Kompetencje osobiste 60

2.2. Kompetencje społeczne 62

2.3. Kompetencje menedżerskie 63

2.4. Kompetencje zawodowe 65

| | |
|---|-----------|
| 3. Standardy jakości pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 69 |
| 4. Rekrutacja kandydatów na specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją | 70 |
| 4.1. Wymagania wobec kandydatów na studia | 70 |
| 4.2. Zasady rekrutacji na studia | 70 |
| Część III – Model kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 80 |
| 1. Założenia modelu kształcenia | 80 |
| 2. Zakładane efekty uczenia się w odniesieniu do Polskiej Ramy Kwalifikacji | 84 |
| 2.1. Polska Rama Kwalifikacji | 84 |
| 2.2. Zakładane efekty uczenia się po ukończeniu studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” | 86 |
| 3. Program kształcenia | 93 |
| 3.1. Moduł Prawno-Organizacyjny | 93 |
| 3.1.1. Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | 93 |
| 3.1.2. Prawo pracy | 110 |
| 3.2. Moduł Medyczny | 120 |
| 3.2.1. Propedeutyka medycyny | 121 |
| 3.2.2. Propedeutyka rehabilitacji medycznej | 131 |
| 3.3. Moduł Psychologiczny | 139 |
| 3.3.1. Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | 140 |
| 3.3.2. Kompetencje interpersonalne I | 148 |
| 3.3.3. Kompetencje interpersonalne II | 157 |
| 3.4. Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy | 168 |
| 3.4.1. Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | 168 |
| 3.4.2. Rehabilitacja społeczna | 184 |
| 3.5. Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji | 201 |
| 3.5.1. Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | 201 |
| 3.5.2. Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 208 |
| 3.5.3. Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych | 219 |
| 3.6. Moduł Seminarium | 226 |

| | |
|---|------------|
| 4. Matryca efektów uczenia się | 231 |
| 5. Metody realizacji zajęć na studiach podyplomowych | 242 |
| 6. Warunki ukończenia studiów | 244 |
| 7. Sylwetka absolwenta studiów podyplomowych | 244 |
| 8. Samokształcenie – rozwój własny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 245 |
| 8.1. Opracowanie planu rozwoju | 246 |
| 8.2. Rozwój merytoryczny | 246 |
| 8.3. Rozwój umiejętności pozamerytorycznych | 246 |
| 8.4. Metody samorozwoju | 247 |
| Bibliografia | 248 |
| Spis rysunków i tabel | 252 |
| Załącznik nr 1 Organizacja systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością | 253 |

Słownik pojęć

ICF: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), służąca do opisu różnych aspektów zdrowia.

Niepełnosprawność¹: to wynikające z uszkodzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normę u człowieka w tym samym wieku, tej samej płci i kultury.

Osoba rehabilitowana/pacjent: klient – odbiorca usług specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, który może być pacjentem poszczególnych podmiotów leczniczych w okresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Osoba z niepełnosprawnością²: osoba, która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może – w oddziaływaniu z różnymi barierami – utrudniać jej pełny i skuteczny udział w życiu społecznym na zasadzie równości z innymi osobami.

Rehabilitacja³: to użycie wszystkich środków mających na celu zmniejszenie wpływu niepełnosprawności i stanów upośledzających oraz stworzenie warunków, w których osoby z niepełnosprawnością osiągną optymalny poziom integracji społecznej.

¹ Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

² Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Art. 1 (Dz.U. 2012, poz. 1169).

³ Za Światową Organizacją Zdrowia (WHO).

Wprowadzenie

Obserwowana w Polsce dezintegracja instytucjonalna i związane z nią rozproszenie finansowania procesu rehabilitacji stało się bezpośrednią inspiracją do wykreowania nowego typu profilu zawodowego, tj. specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. Ich działalność zawodowa polegać będzie na wsparciu osób – które w wyniku różnych zdarzeń losowych stały się niepełnosprawne lub u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia uniemożliwiające im, przynajmniej czasowo, dalszą aktywność zawodową lub społeczną – w procesie kompleksowej rehabilitacji dającej szansę na powrót do aktywności społecznej lub zawodowej. Na polskim rynku edukacyjnym nie funkcjonowały dotychczas ani studia, ani nawet kursy przygotowujące do wykonywania zadań związanych z zarządzaniem rehabilitacją, nie powstał także zawód czy nawet specjalizacja w tym zakresie. Koniecznością stało się więc opracowanie modelu kształcenia, który wypełni istniejącą lukę edukacyjną w systemie rehabilitacji w Polsce.

Absolwent studiów będzie dysponować niezbędną wiedzą z zakresu nauk biologicznych, medycznych, humanistycznych i społecznych oraz umiejętnościami pozwalającymi na identyfikację i rozwiązywanie zróżnicowanych problemów człowieka po wypadku lub chorobie, których skutki, takie jak niepełnosprawność, utrudniają powrót do aktywności społeczno-zawodowej lub który z powodu swojej niepełnosprawności nie podejmuje aktywności zawodowej. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją zdobędzie umiejętność koordynowania procesu kompleksowej rehabilitacji klienta zgodnie z diagnozą medyczną i wynikającymi z niej potrzebami leczenia oraz wyboru nowego zawodu i przystosowania stanowiska pracy, przy uwzględnieniu potrzeb i sytuacji życiowej klienta. Prezentowany profil i zakres zadań jest modelem docelowym, sporządzonym na wzór analogicznego stanowiska pracy w Niemczech.

Publikacja została podzielona na trzy części. (I) Pierwsza z nich prezentuje dane statystyczne oraz informacje o sytuacji osób z niepełnosprawnością w Polsce i jej uwarunkowaniach prawnych. Dodatkowo zawiera analizę potrzeb edukacyjno-kompetencyjnych przyszłych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. (II) Druga przedstawia założenia odnośnie do zakresu wiedzy, kompetencji i cech osobowościowych, wymaganych do pełnienia funkcji zawodowej specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. (III) Trzecia, ostatnia część publikacji, będąca szczegółowym opisem modelu kształcenia, opartym na dwóch wcześniejszych częściach dokumentu, prezentuje sposób dojścia do sylwetki zawodowej opisanej w części II, która będzie odpowiedzią na wymagania społeczne przedstawione w części I.

Część I – Diagnoza

1. Sytuacja osób z niepełnosprawnością w Polsce

1.1. Dokumenty strategiczne

- 1) Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej⁴: art. 26 – Unia uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności.
- 2) Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ:
 - a) art. 26 – państwa – strony konwencji zobowiązane są do podejmowania odpowiednich środków w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. Państwa – strony powinny rozwinąć programy i usługi w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych,
 - b) art. 27 – państwa – strony konwencji uznają prawo osób niepełnosprawnych do pracy na zasadzie równości z innymi osobami. Prawo to obejmuje możliwość zarabiania na życie poprzez pracę swobodnie wybraną na otwartym rynku pracy i integracyjnym, dostępnym dla osób niepełnosprawnych. W celu realizacji tego prawa państwa – strony powinny podjąć odpowiednie działania prawne, a także informacyjne, edukacyjne i inne.
- 3) Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: celem strategii jest zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych tak, aby mogły

⁴ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT> z dn. 6.12.2017 [dostęp 4-09-2020].

one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce, zwłaszcza dzięki jednolitemu rynkowi⁵.

- 4) Konwencja 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych.
- 5) Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.).
- 6) Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju (Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności).

1.2. Wyzwania związane z aktywizacją społeczną lub zawodową osób z niepełnosprawnością

Jednym z największych wyzwań, przed którymi stoi funkcjonujący w Polsce system pomocy osobom, które w wyniku różnych zdarzeń losowych stały się niepełnosprawne lub u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia uniemożliwiające im, przynajmniej czasowo, dalszą aktywność zawodową lub społeczną albo mają wrodzoną niepełnosprawność, jest zapewnienie im – w odpowiednim czasie – holistycznego wsparcia, niezbędnego dla utrzymania lub przywrócenia im tej zdolności.

Na podstawie badań i analiz przeprowadzonych w okresie od września 2013 r. do czerwca 2014 r. przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa Pracy i Ochrony Zdrowia, obejmujących 28 państw członkowskich UE oraz 4 kraje Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) pod kątem polityk, strategii i programów rehabilitacji i powrotu do pracy, państwa te zostały pogrupowane według ich systemów rehabilitacji/powrotu do pracy⁶. Kryteriami służącymi przyporządkowaniu danego kraju do odpowiedniej kategorii były: zobowiązania pracodawców dotyczące rehabilitacji i powrotu do pracy, dostęp do rehabilitacji zawodowej, podejście do niepełnosprawności w danym kraju, harmonogram interwencji i skupienie się na zapobieganiu, koordynacji zainteresowanych stron i (lub) zespołów wielodyscyplinarnych w proces rehabilitacji oraz poziom

⁵ Strategia na lata 2020-2030 jest obecnie przedmiotem prac legislacyjnych w MRPIPS i znajduje się na etapie opiniowania. <https://legislacja.gov.pl/projekt/12334055> [dostęp 4-09-2020].

⁶ *Rehabilitacja i powrót do pracy: Raport z analizy dotyczący polityki, strategii i programów realizowanych w UE i w Państwach Członkowskich*, European Agency for Safety and Health at Work, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2017, nr 1(22), s. 7-25.

zewnątrznego wsparcia udzielanego pracodawcom. Z analizy wynikały dwie główne tendencje.

Niektóre kraje koncentrują się na przeciwdziałaniu dyskryminacji i zapewnieniu równości w polityce zatrudnienia, ukierunkowanej na osoby z niepełnosprawnością. Ich system skupia się bardziej na promowaniu dostępu tych osób do rynku pracy niż na rzeczywistym procesie reintegracji po długotrwałej nieobecności spowodowanej chorobą bądź inną dysfunkcją, która doprowadziła do niepełnosprawności.

W pozostałych krajach rehabilitacja skupia się na zapewnieniu trwałości systemów zabezpieczenia społecznego. System skierowany jest tam do wszystkich pracowników i koncentruje się na zarządzaniu nieobecnością w pracy spowodowanej chorobą lub inną dysfunkcją organizmu na wczesnym etapie i zapobieganiu wykluczeniu z rynku pracy.

Bazując na tych ogólnych tendencjach, zidentyfikowano cztery grupy krajów – Polska lokuje się w czwartej obok Czech, Grecji, Chorwacji i Łotwy. W wymienionych krajach dostęp do rehabilitacji i reintegracji społecznej i zawodowej jest ograniczony. Rehabilitacja (medyczna, zawodowa i społeczna) dedykowana jest osobom z niepełnosprawnością i ma na celu promowanie dostępu tej grupy do rynku pracy. Jednakże w ocenie OECD w wielu z tych krajów polityki publiczne w zakresie niepełnosprawności są ukierunkowane na rekompensatę utraconych szans i możliwości niż na faktyczną rehabilitację. Pozostałe grupy to:

- 1) Austria, Dania, Finlandia, Niemcy, Holandia, Norwegia i Szwecja – koncentrują się na zapobieganiu i wczesnej interwencji, szerokiej odpowiedzialności pracodawcy w procesie powrotu do pracy, skutecznej koordynacji zespołów wielodyscyplinarnych i podejścia do zarządzania kwestiami rehabilitacji. W tych krajach rehabilitacja skupia się na promowaniu trwałego życia zawodowego lub zapobieganiu wykluczeniu z rynku pracy.
- 2) Belgia, Francja, Islandia, Włochy, Luksemburg, Szwajcaria i Wielka Brytania – państwa te mają dobrze rozwinięte systemy rehabilitacji i reintegracji zawodowej, ale koordynacja między różnymi etapami procesu powrotu do pracy, od rehabilitacji medycznej i zawodowej po reintegrację w miejscu pracy, pozostaje ograniczona. W rezultacie rozwiązania dotyczące powrotu do pracy są zazwyczaj wdrażane po zakończeniu absencji spowodowanej chorobą, a wczesna integracja jest ograniczona. Jednakże we Francji i Wielkiej Brytanii obserwuje się

ostatnio reorientację polityk dotyczących rehabilitacji i powrotu do pracy w kierunku bardziej kompleksowego i zintegrowanego podejścia.

- 3) Bułgaria, Estonia, Irlandia, Hiszpania, Litwa, Węgry, Portugalia i Rumunia – państwa te nie mają skoordynowanych podejść do rehabilitacji, a działania ograniczają się do wsparcia instytucjonalnego w zakresie powrotu do pracy pracowników po nieobecności spowodowanej chorobą bądź inną dysfunkcją organizmu. Obecnie obserwuje się jednak pewne inicjatywy ze strony agencji rządowych i pozarządowych. Usługi rehabilitacji zawodowej i wsparcie procesu powrotu do pracy są ogólnie dostępne dla osób z niepełnosprawnością. W większości przypadków możliwy jest dostęp do rehabilitacji pracowników powracających na rynek pracy po okresie absencji spowodowanej wypadkiem lub chorobą zawodową bądź długotrwale lub częściowo niezdolnych do pracy.

1.3. Dane statystyczne

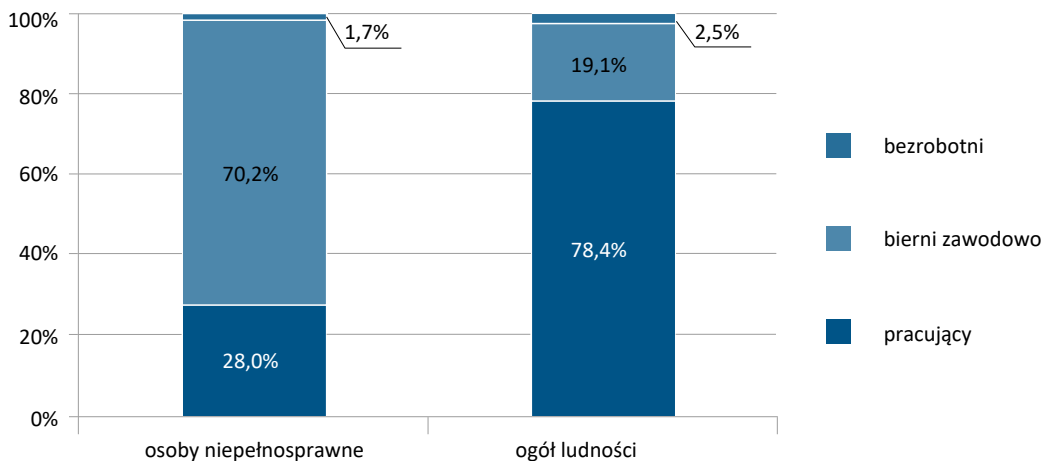
1.3.1. Osoby z niepełnosprawnością

Według Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. liczba osób z niepełnosprawnością ogółem wynosiła blisko 4,7 mln, w tym około 3,1 mln posiadało prawne potwierdzenie niepełnosprawności. Wyniki spisu ludności 2011 r. wykazały, że liczba osób, które zadeklarowały ograniczenie zdolności do wykonywania zwykłych czynności podstawowych dla swojego wieku i (lub) posiadały ważne orzeczenie kwalifikujące je do zaliczenia do zbiorowości osób z niepełnosprawnością, wynosiła 4 697,5 tys., co stanowiło 12,2% ludności kraju.

W Polsce liczba osób z niepełnosprawnością aktywnych zawodowo znacząco odbiega od ludności kraju ogółem. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za I kwartał 2020 r. spośród 1548 tys. osób z orzeczoną niepełnosprawnością, będących w wieku produkcyjnym⁷, aż 70,2% osób było biernych zawodowo. Pracowało tylko 28% (434 tys.), a pozostałe 1,7% posiadało status osoby bezrobotnej (27 tys.). W odniesieniu do ogółu ludności Polski w wieku produkcyjnym w grupie 19 549 tys. osób biernych zawodowo było 19,1% (3 729 tys.), pracujących – 78,4% (15 328 tys.), a 2,5% stanowiły osoby bezrobotne (492 tys.).

⁷ Kobiety – wiek 18-59, mężczyźni – wiek 18-64.

Rysunek 1. Status na rynku pracy osób z niepełnosprawnością w wieku produkcyjnym w I kwartale 2020 r.



Źródło: Badanie aktywności ekonomicznej ludności I kwartał 2020 r. – GUS, osoby niepełnosprawne prawnie, opracowanie własne.

Pomimo znacznego wzrostu w Polsce wydatków publicznych na aktywizację zawodową osób z niepełnosprawnością większość z nich pozostaje poza rynkiem pracy. Wskaźnik ich zatrudnienia w naszym kraju w porównaniu ze wskaźnikiem zatrudnienia w Unii Europejskiej pozostaje nadal na bardzo niskim poziomie. W 2014 r. wskaźnik zatrudnienia osób w wieku od 15 do 64 lat w Unii Europejskiej, mierzony w ramach badania aktywności ekonomicznej ludności UE (EU LFS), wyniósł 64,9%⁸. W Polsce – pomimo odnotowania w ostatnich latach istotnego wzrostu wskaźnika zatrudnienia osób z niepełnosprawnością oraz współczynnika aktywności zawodowej, a także spadku stopy bezrobocia w tej populacji – nadal pozostają one niższe od wskaźników dotyczących ogółu społeczeństwa.

Zgodnie z wynikami badań Eurostat z 2011 r.⁹ zatrudnienie osób z niepełnosprawnością w Polsce jest poniżej średniej dla krajów Unii Europejskiej. Średnio o 13 osób mniej na 100 osób z niepełnosprawnością pracuje w Polsce w porównaniu ze średnią dla wszystkich krajów Unii Europejskiej. Gorszy wskaźnik od Polski uzyskała część krajów z byłego bloku

⁸ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/pl [dostęp 4-09-2020].

⁹ *European Union Labour Force Survey 2011*, Eurostat 2011, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_dlm010&lang=en [dostęp 4-09-2020].

wschodniego, np. Rumunia, Węgry, Bułgaria. W najlepszej sytuacji są osoby z niepełnosprawnością w krajach skandynawskich, gdzie nawet od 60 do 70 osób na 100 znajduje zatrudnienie.

1.3.2. Wypadki przy pracy¹⁰

Za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą¹¹:

- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
- 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Na równi z wypadkiem przy pracy w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ:

- 1) w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
- 2) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- 3) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

Dane statystyczne o wypadkach przy pracy zbierane są przez GUS na podstawie statystycznej karty wypadku przy pracy oraz wypadku traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy. W 2018 r. zarejestrowano 84 304 osoby poszkodowane w wypadkach przy pracy, w tym 211 osób w wypadkach ze skutkiem śmiertelnym i 527 osób w wypadkach ciężkich. Udział kobiet w ogólnej liczbie osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy wynosił 37,7% (i zwiększył się w stosunku do 2015 r. z 37,3%).

Wskaźnik wypadkowości, tj. liczba osób poszkodowanych na 1000 pracujących ogółem w Polsce, sukcesywnie od kilku lat wykazuje tendencję malejącą

¹⁰ Opracowano na podstawie: *Wypadki przy pracy w 2016*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 1-26.

¹¹ Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. 2019, poz. 1205).

i wynosił w 2018 r. 6,30. Największą częstość występowania zdarzeń wypadkowych odnotowuje się w branżach:

- górnictwo i wydobywanie – 16,24,
- dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami; rekultywacja – 14,42,
- przetwórstwo przemysłowe – 10,27.

Wskaźnik wypadkowości ogółem dla mężczyzn (liczba poszkodowanych mężczyzn na 1000 pracujących mężczyzn w Polsce) w 2016 r. wyniósł 7,42, a dla kobiet (liczba poszkodowanych kobiet na 1000 pracujących kobiet w Polsce) – 5,02. W podziale na województwa wskaźnik wypadkowości był najwyższy w województwach: dolnośląskim – 7,87, wielkopolskim – 7,85, warmińsko-mazurskim – 7,60, a najniższy w województwach: mazowieckim – 4,33, małopolskim – 4,71 i podkarpackim – 5,72.

Z analizy stażu pracy na zajmowanym stanowisku przez osoby poszkodowane w wypadkach w 2018 r. wynika, że wypadki zdarzyły się najczęściej wśród osób z krótkim stażem pracy, nieprzekraczającym jednego roku. Osoby z najkrótszym stażem pracy, poniżej jednego roku, stanowiły 34,3% z liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem w 2018 r.

W 2018 r. najliczniejszą grupę poszkodowanych (25,6%) stanowiły osoby w wieku 30-39 lat, na drugim miejscu znalazła się grupa osób w wieku 40-49 lat (23,7%). Najczęściej wypadkom przy pracy ulegali mężczyźni, którzy stanowili 62,9% ogólnej liczby osób poszkodowanych. Mężczyźni byli także największą grupą poszkodowanych w wypadkach śmiertelnych (93,4%) oraz ciężkich (86,3%).

Wypadkom śmiertelnym najczęściej ulegały osoby w wieku 30-39 i 40-49 lat (po 18,0%), a wypadkom ciężkim – w wieku 40-49 lata (27,1%).

Największy odsetek osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy wystąpił w dwóch wielkich grupach zawodów, tj.:

- 1) robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy – 25% ogółem osób poszkodowanych (głównie są to: robotnicy obróbki metali i mechanicy maszyn i pokrewni, z wyłączeniem elektryków),
- 2) operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń – 16,5% ogółem osób poszkodowanych w kraju (głównie są to: operatorzy maszyn i urządzeń wydobywczych i przetwórczych, kierowcy i operatorzy pojazdów).

Jedną z ważnych konsekwencji wypadków przy pracy (poza skutkami powodującymi śmiertelne lub ciężkie obrażenia ciała), tak w skali zakładu, jak i całej gospodarki narodowej, jest absencja pracowników. W 2018 r. w wyniku zaistniałych wypadków liczba dni niezdolności do pracy wyniosła

3,5 mln (spadek o 9,4% w stosunku do 2017 r.), co w przeliczeniu na jednego poszkodowanego dało 41 dni niezdolności do pracy.

Analizując liczbę wypadków przy pracy pod względem umiejscowienia urazu oraz jego rodzaju, należy stwierdzić, że wśród poszkodowanych:

- 43,8% doznało urazów kończyn górnych,
- 35% doznało urazów kończyn dolnych,
- 2,7% doznało urazów ciała i różnych jego części,
- 9,7% doznało urazów głowy,
- 2% doznało urazów szyi wraz kręgosłupem szyjnym,
- 3,3% doznało urazów grzbietu łącznie z kręgosłupem,
- 3,5% doznało urazu tułowia i organów wewnętrznych.

1.4. Uwarunkowania prawne

Ustawodawstwo z zakresu zabezpieczenia społecznego, ustanawiające określone uprawnienia dla osób z niepełnosprawnością, w tym niezdolnych do pracy, jest rozproszone między poszczególne branże zabezpieczenia społecznego.

1. System orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w Polsce

Obowiązujący system orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy jest rozproszony. W aktualnym stanie prawnym funkcjonuje pięć systemów orzekania. Odrębny system obowiązuje osoby objęte powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, inny dotyczy rolników, żołnierzy zawodowych, a także funkcjonariuszy służb mundurowych. Obok nich funkcjonuje system orzekania o niepełnosprawności.

Cztery systemy ustalają uprawnienia do świadczeń rentowych. W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwie Obrony Narodowej (MON) oraz Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) orzeka się odpowiednio o niezdolności do pracy, całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, inwalidztwie żołnierzy oraz inwalidztwie funkcjonariuszy służb mundurowych. W ramach piątego systemu orzeka się o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych, co leży w kompetencji powiatowych i wojewódzkich zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności oraz poradni psychologiczno-pedagogicznych.

2. Ryzyko niezdolności do pracy w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych

W powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych przedmiotem ochrony w ramach ubezpieczenia rentowego jest trwała lub okresowa niezdolność do pracy wynikająca albo z tzw. ogólnego stanu zdrowia, albo powstała w wyniku wypadku w drodze do pracy lub z pracy, a także utrata żywiciela rodziny. Ryzyko związane z utratą zdolności do pracy w wyniku wypadku przy pracy i choroby zawodowej jest z kolei przedmiotem ubezpieczenia wypadkowego.

Za niezdolną do pracy uważa się osobę, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu. Całkowita niezdolność do pracy oznacza niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

Z kolei za częściowo niezdolną do pracy uznaje się osobę, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Zasadą jest orzekanie niezdolności do pracy na okres nie dłuższy niż pięć lat. Niezdolność do pracy może być orzeczona na okres dłuższy niż pięć lat, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań co do odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

Odrębną kategorię orzeczniczą stanowi tzw. niezdolność do samodzielnej egzystencji. Orzeka się ją w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Orzekanie o niezdolności do pracy w ZUS jest dwuinstancyjne – w pierwszej instancji orzeka jednoosobowo lekarz orzecznik, a sprzeciw od jego orzeczenia rozpoznaje komisja lekarska.

Podstawę do wydania przez organ rentowy decyzji w sprawie świadczeń, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, stanowi orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej.

Zasady orzekania o niezdolności do pracy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, a także katalog świadczeń przysługujących w razie ziszczenia się ryzyka niezdolności do pracy reguluje ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹².

3. Ryzyko całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

¹² Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 53 (z późn. zm.).

Za całkowicie niezdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym uważa się ubezpieczonego, który z powodu naruszenia sprawności organizmu utracił – trwale bądź okresowo – zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym. Całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym uznaje się za trwałą, jeżeli ubezpieczony nie rokuje odzyskania zdolności do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.

Z kolei całkowitą niezdolność do pracy uznaje się za okresową, jeżeli ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym.

Całkowita trwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza, że osoba ubezpieczona utraciła zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym, a stwierdzone naruszenie sprawności organizmu powoduje też niezdolność do samodzielnej egzystencji (co oznacza konieczność sprawowania opieki nad nią przez inne osoby).

W związku z prowadzonym w KRUS postępowaniem o ustalenie prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego rolników orzeczenia wydają w pierwszej instancji lekarze rzeczoznawcy, a w drugiej – komisje lekarskie.

Zasady orzekania o niezdolności do pracy w KRUS, a także katalog świadczeń przysługujących w razie ziszczenia się ryzyka niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym reguluje ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników¹³.

4. Ryzyko niezdolności do pracy żołnierzy zawodowych

Wyróżnia się trzy grupy inwalidztwa żołnierzy całkowicie niezdolnych do służby:

- 1) I grupa – obejmująca całkowicie niezdolnych do pracy,
- 2) II grupa – obejmująca częściowo niezdolnych do pracy,
- 3) III grupa – obejmująca zdolnych do pracy.

W zależności od przyczyny powstania inwalidztwa uznaje się, że pozostaje ono w związku albo nie pozostaje w związku ze służbą. W przepisach prawa zdefiniowany jest katalog sytuacji, których skutkiem jest inwalidztwo, a które uznaje się, że mają związek ze służbą wojskową.

O inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej, emerytów i rencistów, związku albo braku związku inwalidztwa z czynną służbą wojskową oraz o związku albo braku związku chorób

¹³ Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 174 (z późn. zm.).

i ułomności oraz śmierci z czynną służbą wojskową orzekają w pierwszej instancji wojskowe komisje lekarskie MON, a w drugiej – wojskowe komisje lekarskie MON wyższego szczebla.

Podobnie jak w przypadku powszechnego ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia społecznego rolników, orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej albo wojskowej komisji lekarskiej wyższego szczebla w przedmiocie inwalidztwa żołnierzy stanowi podstawę faktyczną decyzji w sprawie świadczeń z zaopatrzenia emerytalnego żołnierzy zawodowych.

Zasady orzekania o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, a także katalog świadczeń przysługujących w razie ziszczenia się tego ryzyka jest przedmiotem ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin¹⁴.

5. Ryzyko niezdolności do pracy funkcjonariuszy służb mundurowych

Tak jak w przypadku żołnierzy zawodowych, ustala się trzy grupy inwalidztwa funkcjonariuszy całkowicie niezdolnych do służby:

- 1) I grupa – obejmująca całkowicie niezdolnych do pracy,
- 2) II grupa – obejmująca częściowo niezdolnych do pracy,
- 3) III grupa – obejmująca zdolnych do pracy.

W zależności od przyczyny powstania inwalidztwa uznaje się, że pozostaje ono w związku lub nie pozostaje w związku ze służbą. Przepisy prawa definiują katalog sytuacji, których skutkiem jest inwalidztwo, a które uznaje się, że mają związek ze służbą.

O inwalidztwie kandydatów do służby oraz funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej orzekają komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, a także komisje lekarskie podległe szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, szefowi Agencji Wywiadu oraz komisje lekarskie w stosunku do funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego.

Zasady orzekania o inwalidztwie, a także katalog świadczeń przysługujących w razie ziszczenia się tego ryzyka reguluje 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,

¹⁴ Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 586 (z późn. zm.).

Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin¹⁵.

6. Orzecznictwo o niepełnosprawności dla celów pozarentowych

Orzecznictwo pozarentowe prowadzone jest przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności – powiatowe (w pierwszej instancji) oraz wojewódzkie (organ odwoławczy). Podstawę prawną orzecznictwa lekarskiego dla celów pozarentowych stanowi ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych¹⁶.

W rozumieniu ww. ustawy niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Orzeczenie ustalające stopień niepełnosprawności stanowi m.in. podstawę do przyznania ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

Przyjmuje się, że ocena stanu zdrowia nie jest jedynym wyznacznikiem niepełnosprawności. Orzecznictwo o niepełnosprawności uwzględnia bowiem zarówno fizyczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty funkcjonowania człowieka. Wystąpienie tylko jednego z elementów, np. naruszenie sprawności organizmu, nie musi zatem zawsze oznaczać, że osoba nim dotknięta jest niepełnosprawna w rozumieniu przepisów wspomnianej ustawy.

W przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ustawa przewiduje gradację niepełnosprawności poprzez określenie jej stopni. Ustala się trzy stopnie niepełnosprawności:

- 1) znaczny,
- 2) umiarkowany,
- 3) lekki.

Znaczny stopień niepełnosprawności dotyczy osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Umiarkowanym stopniem niepełnosprawności legitymują się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie

¹⁵ Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 723 (z późn. zm.).

¹⁶ Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 426 (z późn. zm.).

w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Lekki stopień niepełnosprawności orzeka się wobec osób z naruszoną sprawnością organizmu, powodującą w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu funkcji społecznych, dające się kompensować dzięki wyposażeniu jej w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub techniczne.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Stopień niepełnosprawności orzeka się na czas określony lub na stałe. Decyduje o tym ocena możliwości poprawy funkcjonowania osoby zainteresowanej.

7. Rehabilitacja osób z niepełnosprawnością

W rehabilitacji osób z niepełnosprawnością dominuje sektorowe (branżowe) podejście, tj. rehabilitacja jest podzielona i realizowana przez następujące instytucje publiczne:

- 1) Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) prowadzi rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i leczenie uzdrowiskowe. Na rehabilitację leczniczą w 2018 r. NFZ wydatkował 2 497 985,2 tys. zł¹⁸.
- 2) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy, rokujących powrót do niej. Podstawę prawną rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej stanowi ustawa systemowa. Osobami uprawnionymi do rehabilitacji są osoby ubezpieczone, zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego

¹⁷ Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 1398 (z późn. zm.).

¹⁸ Łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie za okres 1.01-31.12.2018 r.

lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. W ramach prewencji rentowej ZUS:

- a) kieruje osoby uprawnione do ośrodków rehabilitacyjnych,
- b) może tworzyć i prowadzić własne ośrodki rehabilitacyjne,
- c) udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach,
- d) prowadzi we własnym zakresie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy,
- e) może zamawiać przeprowadzanie przez inne podmioty badań naukowych dotyczących przyczyn niezdolności do pracy oraz metod i rozwiązań zapobiegających niezdolności do pracy,
- f) może finansować inne działania dotyczące prewencji rentowej. Koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2019 r. wynosiły 204 025 tys. zł. Rocznie ponad 80 tys. osób jest poddawanych rehabilitacji. Rehabilitacja obejmuje osoby ze schorzeniami narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, psychosomatycznymi, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego oraz narządu głosu.

- 3) Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prowadzi rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności. Każdego roku z rehabilitacji leczniczej KRUS korzysta około 14 tys. osób. Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników KRUS podejmuje działania na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia, wykazującym całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokującym jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonym całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym. Działania KRUS obejmują w szczególności:

- a) kierowanie na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych,
- b) prowadzenie zakładów rehabilitacji leczniczej,
- c) wspieranie rozwoju rehabilitacji ambulatoryjnej na obszarach wiejskich,
- d) prowadzenie, we własnym zakresie, badań i analiz przyczyn niezdolności do pracy,
- e) odpłatne zlecenie badań naukowych i ekspertyz dotyczących przyczyn niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz metod jej przeciwdziałania,
- f) promocję zdrowia,

- g) działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej w środowisku wiejskim.
- 4) Rehabilitację społeczną i zawodową osób z niepełnosprawnością prowadzi w przeważającej mierze Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). W myśl ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych rehabilitacja osób z niepełnosprawnością oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Rehabilitacja społeczna ma na celu umożliwienie osobom z niepełnosprawnością uczestnictwa w życiu społecznym. Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnością uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego, głównie przez odpowiednie poradnictwo i szkolenia zawodowe oraz pośrednictwo pracy. W 2019 r. na rehabilitację zawodową i społeczną PFRON wydatkował około 5,4 mld zł.

Od 1996 r. ZUS również prowadzi działania będące elementem rehabilitacji zawodowej, tj. wprowadził nowe świadczenia – rentę szkoleniową. Od 2005 r. także w KRUS istnieje możliwość przyznania rolnikom renty szkoleniowej. Ma ona na celu umożliwienie przekwalifikowania zawodowego osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w wyuczonym zawodzie.

Szczegółową charakterystykę organizacji systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością prezentuje załącznik nr 1.

2. Analiza potrzeb edukacyjno-kompetencyjnych przyszłego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

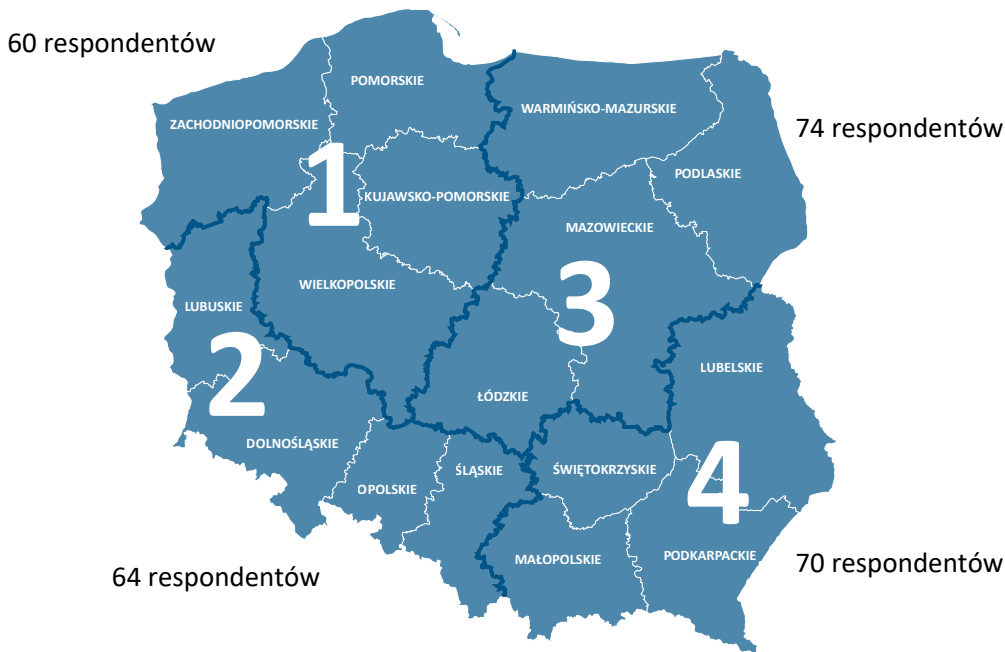
2.1. Diagnoza potrzeb i oczekiwań odbiorców usług specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w zakresie jego kompetencji

W ramach projektu zrealizowano badanie pt. „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”. Głównym celem było dostarczenie rekomendacji w zakresie określenia pożądanych kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, natomiast celem operacyjnym – zdiagnozowanie potrzeb osób z niepełnosprawnością w zakresie leczenia, rehabilitacji społecznej, przekwalifikowania zawodowego w procesie

powrotu na rynek pracy, które mogłyby zostać zaspokojone w ramach usług świadczonych przez ww. specjalistę.

Badaniem objęto 268 osób, które w latach 2013-2017 uzyskały prawo do renty szkoleniowej w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Rysunek 2. Mapa Polski z podziałem na makroregiony – uczestnicy badania¹⁹



Źródło: opracowanie własne.

Osoby biorące udział w badaniu przeszły cały proces rehabilitacji – od wypadku/ choroby poprzez leczenie i rehabilitację medyczną oraz aktywizację zawodową – zatem bazując na tych doświadczeniach, mogły określić swoje potrzeby związane z usprawnieniem procesu rehabilitacji. W grupie uczestników badania ponad 72% stanowiły osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności lub inne orzeczenie. Zdecydowana większość respondentów (93,7%) w wyniku wypadku lub choroby zawodowej podjęła leczenie i (lub) rehabilitację. Ponad 90% było leczonych na oddziałach szpitalnych. Większość (65,3%) korzystała z rehabilitacji w ramach usług świadczonych przez oddziały rehabilitacji stacjonarnej w szpitalach, 35,2% zaś – z rehabilitacji w ramach pobytu w sanatorium lub uzdrowisku. $\frac{3}{4}$ badanych oceniało przebieg leczenia i rehabilitacji pozytywnie. Na

¹⁹ Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018, Tabela nr 8, s. 34.

taką ocenę tych procesów może mieć wpływ poczynione w badaniu ustalenie, że duża grupa respondentów była poddana leczeniu i rehabilitacji na oddziałach szpitalnych lub w specjalistycznych ośrodkach. Te elementy przełożyły się na podniesienie jakości świadczonych usług.

Tabela 1. Formy organizacji usług rehabilitacyjnych

| Forma usługi rehabilitacyjnej | Liczba osób | [%] |
|--|-------------|-------|
| oddział rehabilitacji stacjonarnej w szpitalu | 139 | 65,3% |
| pobyt w sanatorium lub w uzdrowisku | 75 | 35,2% |
| oddział/ośrodek rehabilitacji dziennej | 65 | 30,5% |
| rehabilitacja domowa | 63 | 29,6% |
| oddział rehabilitacji stacjonarnej w innym ośrodku niż szpital | 62 | 29,1% |
| rehabilitacja ambulatoryjna | 50 | 23,5% |
| telerehabilitacja | 1 | 0,5% |
| inna odpowiedź | 2 | 0,9% |

Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018²⁰.

Znaczna część uczestników badania skarżyła się jednak na brak dostatecznego wsparcia w zakresie organizacji procesu leczenia i rehabilitacji, w tym przede wszystkim podczas załatwiania formalności dotyczących leczenia sanatoryjnego/ organizacji fizjoterapii²¹. Najczęściej korzystano z usług lekarzy specjalistów (98%) oraz usług rehabilitacyjnych (77,5%).

Tabela 2. Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji²²

| Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia | [%] |
|--|-------|
| usługi lekarzy specjalistów | 98,0% |
| usługi rehabilitacyjne (fizjoterapia) | 77,5% |
| bieżące informowanie o stanie zdrowia i przebiegu leczenia | 60,9% |

²⁰ *Ibidem*, Tabela nr 8, s. 39.

²¹ *Ibidem*, s. 59.

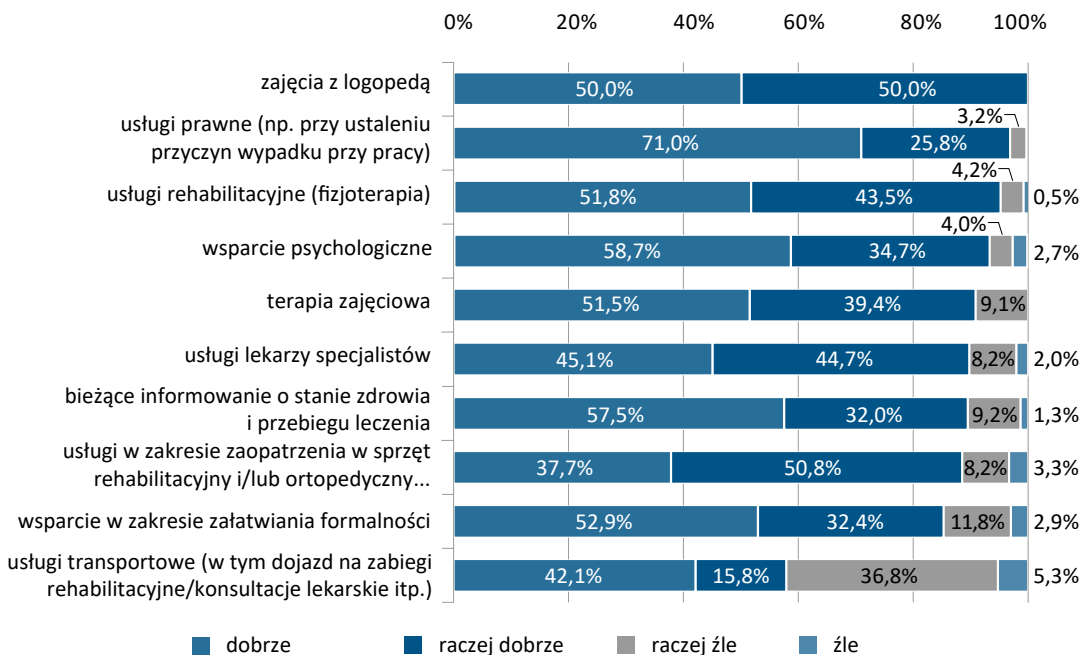
²² *Ibidem*, Tabela nr 9, s. 40.

| Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia | [%] |
|---|-------|
| wsparcie psychologiczne | 29,0% |
| usługi w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny i (lub) ortopedyczny, i (lub) środki pomocnicze | 25,0% |
| terapia zajęciowa | 13,3% |
| wsparcie w zakresie załatwiania formalności: np. ustalanie terminów badań lekarskich, przygotowania i złożenia wniosku o zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, ortopedyczny itp. | 13,2% |
| usługi prawne (np. przy ustaleniu przyczyn wypadku przy pracy) | 12,1% |
| usługi transportowe (w tym dojazd na zabiegi rehabilitacyjne/konsultacje lekarskie itp.) | 8,0% |
| zajęcia z logopedą | 4,0% |

Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018.

Większość usług w procesie leczenia/rehabilitacji została wysoko oceniona. Najwięcej negatywnych ocen (42,1% wskazań; łącznie odpowiedzi: raczej źle i źle) uzyskały usługi transportowe, w tym dojazd na zabiegi rehabilitacyjne/konsultacje lekarskie. Wyniki badania wskazują na potrzebę podniesienia jakości usług transportowych dla osób z niepełnosprawnościami.

Rysunek 3. Ocena usług/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji²³



Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018

Dotkliwym problemem był brak wsparcia w załatwianiu formalności dotyczących leczenia sanatoryjnego, fizjoterapii itp. (40% wskazań), brak pomocy w załatwieniu odpowiednich badań lekarskich (35% wskazań) oraz brak szybkiego dostępu do odpowiednich lekarzy specjalistów (34% wskazań). Wyniki badania informują o dużym zapotrzebowaniu respondentów na tego typu wsparcie.

²³ *Ibidem*, Rysunek nr 12, s. 42.

Rysunek 4. Brak wsparcia w procesie powrotu do zdrowia



Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 201824.

Pomimo dużej liczby ocen pozytywnych dotyczących poszczególnych usług medycznych i rehabilitacyjnych co czwarta osoba była raczej niezadowolona i bardzo niezadowolona z przebiegu procesu leczenia/rehabilitacji. Ponadto 1/3 badanych była zdania, że nie wyczerpano wszystkich możliwości ich leczenia/rehabilitacji²⁵.

231 uczestników (ponad 86%) utraciło pracę na skutek wypadku przy pracy lub choroby. 3/4 ogółu badanych (201 osób) oświadczyło, że brało udział w procesie przekwalifikowania zawodowego, z czego 82% (160 osób) pozytywnie oceniło poziom jego organizacji²⁶.

Blisko 82% respondentów biorących udział w przekwalifikowaniu zawodowym skorzystało ze szkoleń zawodowych, a 12% – ze staży organizowanych u pracodawców. Wyniki badania wskazują na to, że staże zawodowe są najefektywniejszym narzędziem powrotu na rynek pracy. 81% uczestników badania, którzy skorzystali z tego wsparcia, znalazło zatrudnienie. Istotną rolę w procesie przekwalifikowania zawodowego odgrywa doradca zawodowy. Ponad 3/4 osób korzystających z jego pomocy oceniło je pozytywnie. Z badania wynika jednak, że wraz z kolejną fazą procesu przekwalifikowania zawodowego była ona mniejsza. Doradca zawodowy najrzadziej uczestniczył w ostatnim, a jednocześnie najtrudniejszym etapie – w znalezieniu odpowiedniego pracodawcy²⁷.

²⁴ *Ibidem*, Tabela nr 22, s. 56.

²⁵ *Ibidem*, s. 60.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*, s. 61.

Tabela 3. Rodzaj wsparcia ze strony doradcy zawodowego

| Rodzaj wsparcia | % wskazań |
|--|-----------|
| pomoc w wyborze kierunku przekwalifikowania w odniesieniu do Pana(i) możliwości i oczekiwań | 92,2% |
| pomoc w wyborze kierunku przekwalifikowania w odniesieniu do oczekiwań lokalnego rynku pracy | 74,8% |
| pomoc w znalezieniu odpowiedniego szkolenia/kursu zawodowego | 56,3% |
| pomoc w przygotowaniu i zebraniu odpowiedniej dokumentacji potrzebnej do zatrudnienia (np. pomoc w napisaniu CV i listu motywacyjnego) | 53,4% |
| przygotowanie do rozmów kwalifikacyjnych z pracodawcą | 40,8% |
| pomoc w znalezieniu pracodawcy | 32,0% |
| pomoc w rozmowie z przyszłym pracodawcą | 21,4% |
| pomoc w uzyskaniu stażu zawodowego | 18,4% |

Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018²⁸.

Mniej niż 1/3 uczestników badania w trakcie przekwalifikowania zawodowego skorzystała z pomocy psychologa, 1/4 zaś – z pomocy prawnej. Obie usługi zostały ocenione wysoko. Najczęściej zakres pomocy prawnej obejmował: uzyskanie odszkodowania, przygotowanie dokumentacji, uzyskanie renty. Z badania wynika, że część osób udała się do prawnika, aby uzyskać poradę dotyczącą zakresu świadczeń, z których mogłyby skorzystać w danej sytuacji życiowej²⁹. Duża grupa badanych oświadczyła, że miała problem z dostępem do informacji na temat możliwości uzyskania różnego rodzaju wsparcia w procesie powrotu do aktywności zawodowej³⁰. Dla znacznej grupy w procesie powrotu do pracy problemem był brak usług w zakresie pośrednictwa pracy – co trzeci respondent (34%) twierdził, że nie otrzymał pomocy w znalezieniu odpowiedniego pracodawcy. Ponadto 27,2% badanych oczekiwałoby również wsparcia w zakresie organizacji stażu u pracodawcy, a 19,8% – w zakresie doradztwa zawodowego. Istotnym problemem z punktu widzenia respondentów był również brak odpowiedniego ich przygotowania mentalnego do rozmów z potencjalnym pracodawcą, w tym m.in. brak: szkoleń motywujących (27% wskazań), szkoleń miękkich w zakresie

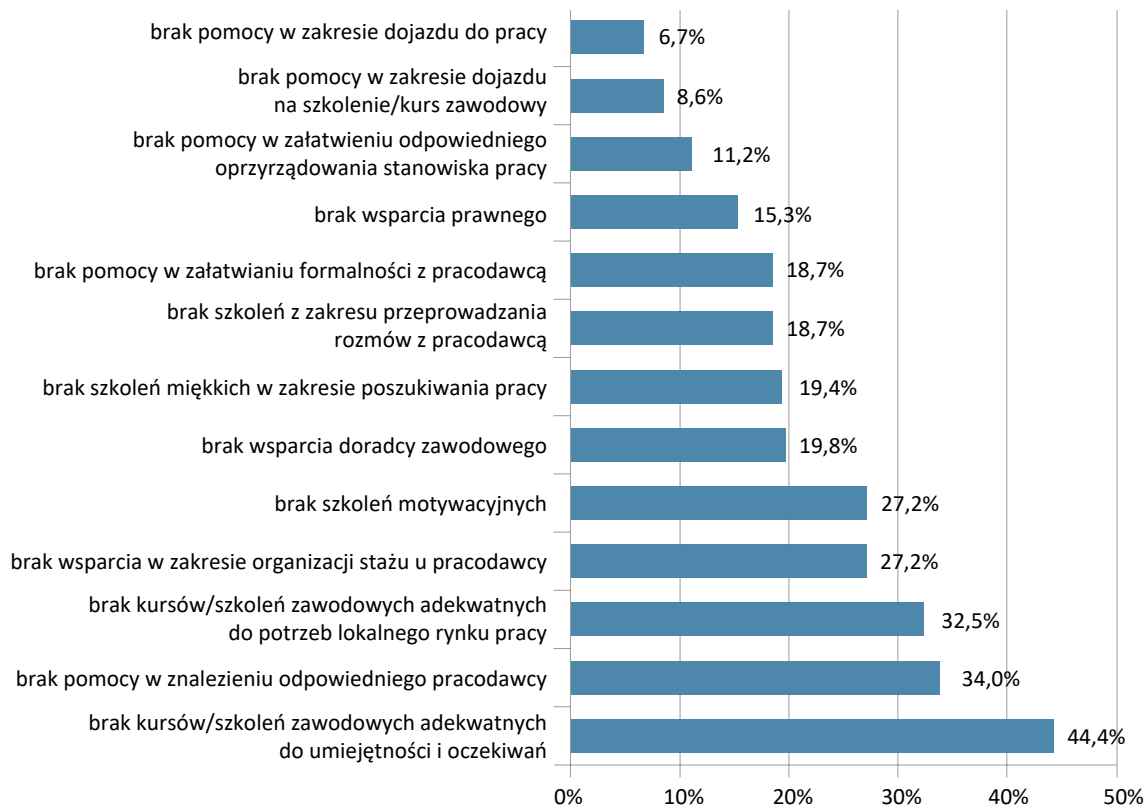
²⁸ *Ibidem*, Tabela nr 14, s. 50.

²⁹ *Ibidem*, s. 52.

³⁰ *Ibidem*, s. 62.

poszukiwania pracy (19,4% wskazań) i umiejętności prowadzenia rozmów z pracodawcą³¹.

Rysunek 5. Brak wsparcia w procesie powrotu do pracy



Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018³².

W ocenie respondentów w powrocie na rynek pracy zabrakło także dostatecznego zaangażowania pracowników instytucji zajmujących się pośrednictwem pracy. Badani uskarżali się na brak ofert pracy lub propozycje stanowisk nieadekwatnych do ich możliwości oraz brak pomocy w kontakcie z pracodawcą. Dodatkowym problemem było także niedostateczne wsparcie finansowe w okresie przekwalifikowania zawodowego³³.

³¹ *Ibidem*, s. 57.

³² *Ibidem*, Rysunek 23, s. 57.

³³ *Ibidem*, s. 57.

Wyniki badania wskazują na to, że aż 62% badanych w wyniku procesu przekwalifikowania zawodowego nie podjęło pracy, a 45% zadeklarowało, że nie wyczerpano wszystkich możliwości ich wsparcia w powrocie do zatrudnienia.

Niespełna 38% osób w wyniku udziału w procesie przekwalifikowania zawodowego podjęło pracę, z czego niemal 1/5 u tego samego pracodawcy (stanowisko ich pracy wymagało odpowiedniego dostosowania).

Wielu badanych przyznało, że po wypadku lub przebytej chorobie przeżywało wątplenie w możliwość powrotu do aktywności zawodowej i życiowej, depresję, obniżenie samooceny. Wsparcie najczęściej uzyskiwali ze strony rodziny i najbliższych. Mniej niż 1/3 uczestników badania (28,7% ogółu) skorzystała ze wsparcia psychologa. Na brak profesjonalnej pomocy psychologicznej wskazało 23,5% respondentów³⁴.

W trakcie wywiadów uczestnicy badania mogli sformułować swoje oczekiwania wobec specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Wynika z nich, że szczególnie istotne są kompetencje miękkie takiej osoby, w tym przede wszystkim: umiejętność indywidualnego podejścia, dawanie podopiecznemu rzeczywistego wsparcia, życzliwość i empatia. Zdaniem respondentów specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien „mieć podejście do osoby z niepełnosprawnością”, być dyspozycyjny, a przede wszystkim „musi mieć powołanie”. Ponadto istotne jest, aby w razie potrzeby umiał zorganizować dla klienta profesjonalne wsparcie psychologiczne i ewentualnie możliwość udziału w grupie wsparcia, a swoim zainteresowaniem objął także rodzinę klienta i udzielał jej stosownej pomocy. Badani oczekują również, że osoba taka będzie autentycznie zaangażowana w proces poprawy ich sytuacji życiowej, zadba o koordynację ich leczenia i rehabilitacji, a także weźmie aktywny udział w procesie ich powrotu na rynek pracy. Badani często zgłaszali postulaty: „wszystko powinno działać się szybciej”. Oczekują, że specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie posiadał wiedzę w zakresie dostępnych usług medycznych, przyspieszy dostęp do specjalistów, nada właściwy kierunek leczeniu oraz rehabilitacji i w konsekwencji usprawni proces powrotu do zdrowia. Zarazem powinien być zaopatrzony w wiedzę dotyczącą rynku pracy, posiadać kompetencje umożliwiające skuteczną współpracę z ekspertami i właściwymi instytucjami w celu organizacji szkoleń zawodowych dostosowanych do możliwości klienta, a jednocześnie adekwatnych do oczekiwań lokalnego rynku pracy. Ponadto badani liczą na to, że specjalista będzie posiadał informacje w zakresie uprawnień osoby z niepełnosprawnością i możliwych form wsparcia oraz pomoże w załatwianiu niezbędnych formalności³⁵.

³⁴ *Ibidem*, s. 62.

³⁵ *Ibidem*, s. 58.

Tabela 4. Rekomendowane kompetencje i oczekiwania w świetle badań osób z niepełnosprawnością

| KOMPETENCJE | OCZEKIWANIA WOBEC SPECJALISTY DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ |
|---|--|
| Kompetencje społeczne: życzliwość, otwartość, empatia, umiejętność budowania relacji | – dawanie klientowi i jego rodzinie faktycznego wsparcia, zbudowanie zaufania i wypracowanie odpowiedniej relacji z klientem, która umożliwi efektywny przebieg procesu rehabilitacji |
| Znajomość zagadnień dotyczących niepełnosprawności oraz systemu wsparcia | – doradztwo w zakresie dostępnych form wsparcia – pomoc w zaopatrzeniu klienta w odpowiedni sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny itp. |
| Wiedza dotycząca świadczeń medycznych i organizacji systemu ochrony zdrowia | – koordynacja procesu leczenia i rehabilitacji: wsparcie klienta w dostępie do odpowiednich badań, ułatwienie dostępu do lekarzy specjalistów, dbanie o ciągłość i terminowość procesu |
| Wiedza dotycząca rynku pracy i instytucji rynku pracy | – współpraca z instytucjami rynku pracy w zakresie organizacji kursów/szkoleń zawodowych adekwatnych do potrzeb klienta i dostosowanych do potrzeb rynku pracy – współpraca w zakresie organizacji staży zawodowych, które są najbardziej efektywnym narzędziem rynku pracy w procesie aktywizacji zawodowej – ułatwianie klientowi udziału w szkoleniach miękkich, np. motywacyjnych oraz z zakresu autoprezentacji – wsparcie klienta w poszukiwaniu odpowiedniego stanowiska pracy, pomoc w kontaktach z potencjalnym pracodawcą |
| Umiejętność podejścia do drugiego człowieka, współpraca z psychologiem oraz wiedza psychologiczna | – organizowanie wsparcia psychologicznego – umożliwienie klientowi udziału w grupie wsparcia |

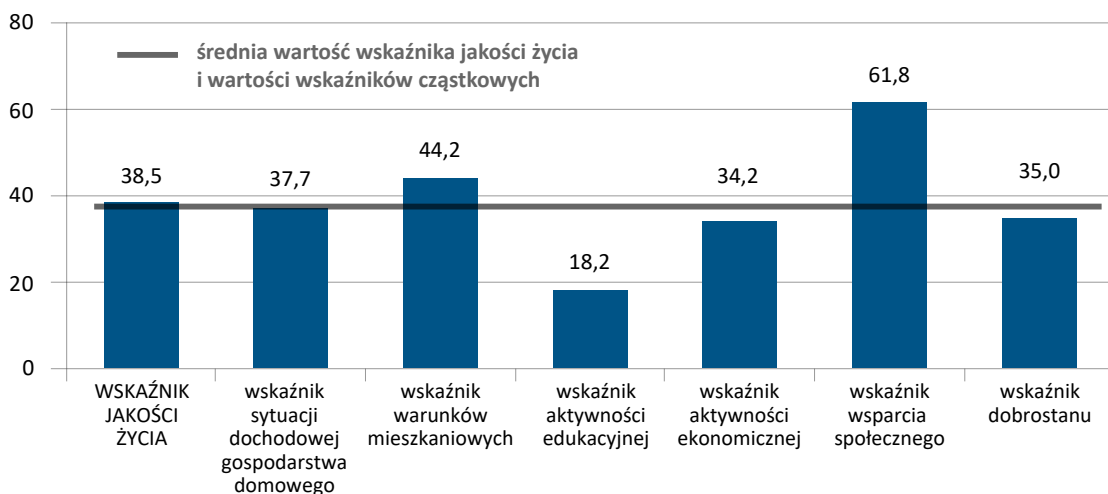
| KOMPETENCJE | OCZEKIWANIA WOBEC SPECJALISTY DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ |
|---|---|
| Orientacja w przepisach dotyczących prawa pracy i ubezpieczeniowego | – wsparcie klienta w dostępie do usług prawnych |
| Umiejętność współpracy z ekspertami | – kooperacja ze specjalistami w celu podniesienia efektów leczenia i rehabilitacji oraz procesu przekwalifikowania zawodowego klienta |
| Mobilność | – organizacja usług transportowych i zapewnienie niezbędnego sprzętu umożliwiającego przemieszczanie się (np. wózek); zadanie powinno być realizowane od najwcześniejszego etapu rehabilitacji leczniczej |
| Zdolności organizacyjne | – pomoc w załatwianiu formalności – tworzenie sieci współpracujących ze sobą specjalistów/ekspertów |

Źródło: Badanie „Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, PFRON, Warszawa 2018.

Potrzeby osób z różnymi rodzajami dysfunkcji mogą przyjmować różne pozycje na skali hierarchii ważności. Według *Badania potrzeb osób niepełnosprawnych*, przeprowadzonego na zlecenie PFRON w 2017 r., globalny wskaźnik jakości życia osób z niepełnosprawnością w skali 0-100 pkt przyjął wartość 38,5 pkt. Istotny wpływ na obniżenie jakości życia osób z niepełnosprawnością mają niskie wartości wskaźników aktywności edukacyjnej (18,2) oraz aktywności ekonomicznej (34,2), co automatycznie przekłada się na niski poziom dochodów tych osób. Z badań wynika, że wiele rodzin osób z niepełnosprawnością nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb materialno-bytowych³⁶.

³⁶ Sochańska-Kawiecka M., Kołakowska-Seroczyńska Z., Zielińska D., et al., *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*, Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa 2017, s. 227 i n.

Rysunek 6. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe – średnia



Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa 2017.

Respondenci badania – łącznie 966 osób (podzielonych na pięć grup ze względu na rodzaj niepełnosprawności: osoby z dysfunkcją wzroku, słuchu, ruchu, osoby chore psychicznie, osoby z upośledzeniem umysłowym) – zostali poproszeni o wskazanie (spośród 20) 5 najważniejszych potrzeb w hierarchii: od najważniejszej do najmniej ważnej. W ujęciu globalnym potrzeba zapewnienia odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej została uznana przez 16% respondentów jako najważniejsza, 35% zaś wskazało ją w pierwszej piątce. Następne wskazane najważniejsze potrzeby to kolejno: praca (12% wskazań na pierwszym miejscu), przyrządy pomagające w niepełnosprawności (8%), zdrowie/opieka medyczna (7%), rehabilitacja fizyczna (6%) oraz przystosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb (6%).

W zależności od rodzaju niepełnosprawności respondentów ww. potrzeby znalazły się na różnych pozycjach w hierarchii. Potrzeba zapewnienia odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej dla wszystkich pięciu grup została wskazana na pierwszym miejscu. Wysoko uplasowała się też potrzeba pracy, nie licząc hierarchii potrzeb osób z upośledzeniem umysłowym, w której praca znalazła się na dalszej, ósmej pozycji.

Tabela 5. Hierarchia potrzeb osób z niepełnosprawnością ze względu na rodzaj niepełnosprawności (najważniejsze potrzeby wskazane spośród 20 kategorii potrzeb)

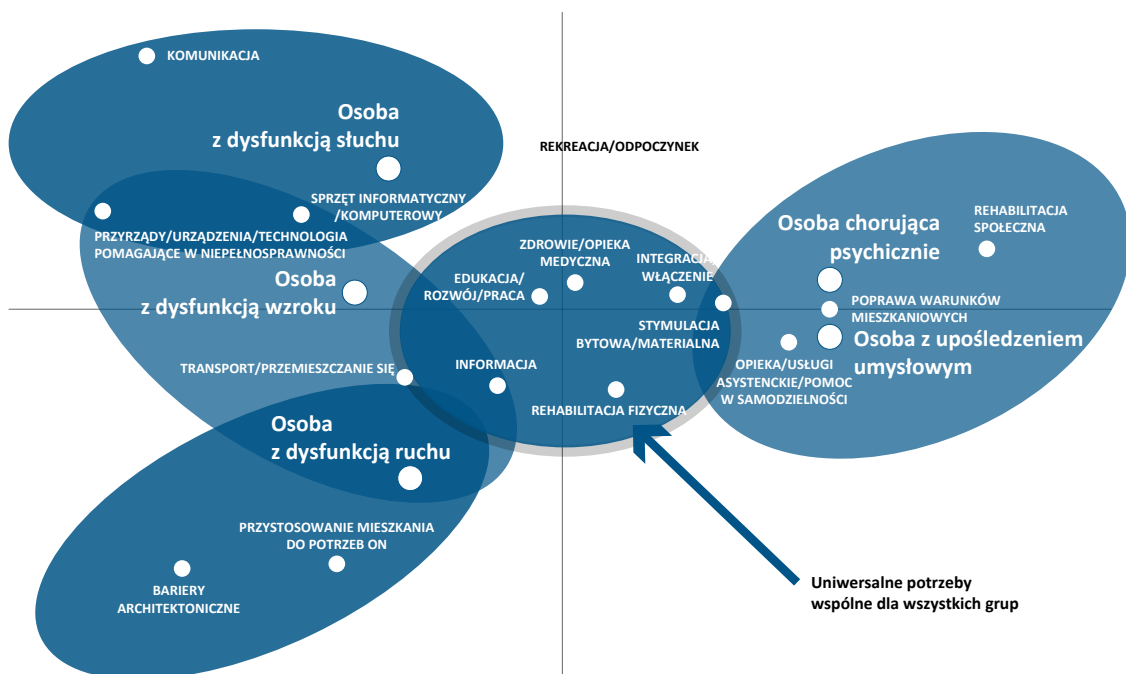
| | Osoby z upośledzeniem umysłowym | Osoby chorujące psychicznie | Osoby z dysfunkcją słuchu | Osoby z dysfunkcją wzroku | Osoby z dysfunkcją ruchu |
|----|--|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1 | sytuacja materialno-bytowa | sytuacja materialno-bytowa | sytuacja materialno-bytowa | sytuacja materialno-bytowa | sytuacja materialno-bytowa |
| 2 | opieka/usługi asystenckie | praca | przyrządy/urządzenia/technologie | przyrządy/urządzenia/technologie | praca |
| 3 | rehabilitacja fizyczna | zdrowie/opieka medyczna | praca | praca | zdrowie/opieka medyczna |
| 4 | rehabilitacja społeczna | rehabilitacja społeczna | zdrowie/opieka medyczna | zdrowie/opieka medyczna | rehabilitacja fizyczna |
| 5 | integracja/włączanie | integracja/włączanie | komunikacja | likwidacja barier architektonicznych | przyrządy/urządzenia/technologie |
| 6 | poprawa warunków mieszkaniowych | opieka/usługi asystenckie | rehabilitacja fizyczna | transport/przemieszczanie się | przystosowanie mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych |
| 7 | zdrowie/opieka medyczna | poprawa warunków mieszkaniowych | integracja/włączanie | rehabilitacja fizyczna | likwidacja barier architektonicznych |
| 8 | praca | rehabilitacja fizyczna | opieka/usługi asystenckie | komunikacja | integracja/włączanie |
| 9 | transport/przemieszczanie się | edukacja/rozwój | edukacja/rozwój | sprzęt informatyczny/komputer | opieka/usługi asystenckie |
| 10 | informacja | rekreacja/odpoczynek | transport/przemieszczanie się | integracja/włączanie | transport/przemieszczanie się |

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa 2017*³⁷.

³⁷ *Ibidem*, Tabela 5, s. 76.

Oprócz poprawy warunków materialno-bytowych w czółówce najważniejszych potrzeb dla osób upośledzonych umysłowo znalazły się: opieka/usługi asystenckie, rehabilitacja fizyczna i społeczna, integracja/włączenie oraz poprawa warunków mieszkaniowych; dla osób chorujących psychicznie: praca, zdrowie/opieka medyczna, rehabilitacja społeczna, integracja/włączenie; dla osób z dysfunkcją słuchu: przyrządy/urządzenia/technologie, praca, zdrowie/opieka medyczna, komunikacja; dla osób z dysfunkcją wzroku: przyrządy/urządzenia/technologie, praca, zdrowie/opieka medyczna, likwidacja barier architektonicznych; dla osób z dysfunkcją ruchu: praca, zdrowie/opieka medyczna, rehabilitacja fizyczna, przyrządy/urządzenia/technologie oraz przystosowanie mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Rysunek 7. Mapa zależności pomiędzy wagą potrzeb a rodzajem niepełnosprawności



Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa 2017*³⁸.

Zależność pomiędzy potrzebami a rodzajem niepełnosprawności ustalono z wykorzystaniem analizy korespondencji (typ analizy statystycznej służącej wizualizacji zależności pomiędzy zmiennymi). Przedmiotem interpretacji są

³⁸ *Ibidem*, Rysunek 35, s. 75.

odległości pomiędzy punktami – im bliżej siebie znajdują się dwa punkty, tym zależność pomiędzy nimi jest większa.

Biorąc pod uwagę zależności pomiędzy wagą potrzeb a rodzajem niepełnosprawności, zidentyfikowano pewien zestaw potrzeb, które są uniwersalne dla wszystkich grup osób z niepełnosprawnością. Znalazły się w nim przede wszystkim praca i zdrowie /opieka medyczna, sytuacja materialno-bytowa, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja. Część z tych potrzeb, choć uniwersalne i ważne dla wszystkich grup osób z niepełnosprawnością, była częściej wskazywana przez przedstawicieli wybranych niepełnosprawności. I tak np. transport jest najważniejszy dla osób z dysfunkcją ruchu, edukacja – dla osób z dysfunkcją słuchu lub wzroku, a integracja – dla chorujących psychicznie lub z upośledzeniem umysłowym³⁹.

Tabela 6. Kategorie potrzeb osób z niepełnosprawnością, zaspokojone w najmniejszym stopniu

| Obszar | Osoby z upośledzeniem umysłowym | Osoby chorujące psychicznie | Osoby z dysfunkcją słuchu | Osoby z dysfunkcją wzroku | Osoby z dysfunkcją ruchu |
|----------------|--|-----------------------------|--|--|---|
| Mieszkalnictwo | przystosowanie mieszkania: meble bez ostrych elementów, wyściółka ścian, specjalne sprzęty domowego użytku | x | komunikacja: wideokamera, wideodomofon, budzik dla niesłyszących, dzwonek-lampka | komunikacja: dostęp do internetu i komputera | przystosowanie kuchni, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny |

³⁹ *Ibidem*, s. 74.

| Obszar | Osoby z upośledzeniem umysłowym | Osoby chorujące psychicznie | Osoby z dysfunkcją słuchu | Osoby z dysfunkcją wzroku | Osoby z dysfunkcją ruchu |
|------------|--|---|---------------------------|---------------------------|---|
| Integracja | usługi asystenckie; integracja/włączanie: działania skierowane na wyjście osób niepełnosprawnych z domu i uczestnictwo w różnych wydarzeniach, spotkaniach | integracja/włączanie: działania skierowane na wyjście z domu i uczestnictwo w różnych wydarzeniach, spotkaniach | x | x | dostosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób o ograniczonej swobodzie poruszania się |

| Obszar | Osoby z upośledzeniem umysłowym | Osoby chorujące psychicznie | Osoby z dysfunkcją słuchu | Osoby z dysfunkcją wzroku | Osoby z dysfunkcją ruchu |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|---|
| Komunikacja i informacja | x | x | x | zniesienie barier transportowych i komunikacyjnych: w przestrzeni publicznej (sygnalizacja głosowa/ większy druk/ tablice tyflo/ alfabet Braille`a | transport/ przemieszczanie się: zniesienie barier architektonicznych w przestrzeni publicznej, przystosowanie środka transportu, zapewnienie transportu, przyrządy/ urządzenia/ technologie, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny |

| Obszar | Osoby z upośledzeniem umysłowym | Osoby chorujące psychicznie | Osoby z dysfunkcją słuchu | Osoby z dysfunkcją wzroku | Osoby z dysfunkcją ruchu |
|----------|---------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| Edukacja | x | x | wsparcie specjalistów: kadry nauczycielskiej, psychologa, logopedy; sprzęt pomocniczy: sprzęt FM/ aparat słuchowy, nakładka do implantu ślimakowego, specjalistyczne programy komputerowe, przystosowany komputer | przystosowanie materiałów/ podręczników, zaliczeń: dłuższy czas/forma pisemna/forma ustna, elektroniczna forma podręczników, dostosowanie wykładów; sprzęt pomocniczy: powiększalniki, lupy, specjalistyczne programy komputerowe; pomoc asystenta | likwidacja barier architektonicznych w placówkach edukacyjnych/szkolących dodatkowe zajęcia wyrównawcze, korepetycje |

| Obszar | Osoby z upośledzeniem umysłowym | Osoby chorujące psychicznie | Osoby z dysfunkcją słuchu | Osoby z dysfunkcją wzroku | Osoby z dysfunkcją ruchu |
|--------------------|--|---|---|---------------------------|---|
| Aktywność zawodowa | wsparcie w miejscu pracy przez trenera pracy | wsparcie w miejscu pracy przez trenera pracy; dostosowanie stanowiska/ miejsca pracy do indywidualnych potrzeb; odpowiednio długie praktyki/staże/szkolenia | wsparcie w miejscu pracy: tłumacz migowy, pomoc w znalezieniu pracy; dostosowanie stanowiska/ miejsca pracy | x | zapewnienie dojazdu do pracy; praca blisko miejsca zamieszkania |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Badania potrzeb osób niepełnosprawnych, Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa 2017.

I tak np. transport jest najmniej zaspokojoną potrzebą w przypadku osób z dysfunkcją ruchu, edukacja – w przypadku osób z dysfunkcją słuchu lub wzroku, a integracja – w przypadku osób chorujących psychicznie lub z upośledzeniem umysłowym⁴⁰. Spośród potrzeb najmniej zaspokojonych wymienić należy: w odniesieniu do osób upośledzonych umysłowo – przystosowanie mieszkania, usługi asystenckie, działania integracyjne, wsparcie trenera pracy w miejscu pracy; osób chorujących psychicznie – działania integracyjne, wsparcie trenera pracy w miejscu pracy, dostosowanie miejsca pracy do indywidualnych potrzeb, odpowiednio długie praktyki/staże/szkolenia; osób z dysfunkcją słuchu – umożliwienie komunikacji poprzez odpowiednie urządzenia, wyposażenie w niezbędny sprzęt i pomoce w procesie edukacji/szkolenia, wsparcie w miejscu pracy (tłumacz migowy), dostosowanie stanowiska pracy/miejsca pracy; dla osób z dysfunkcją wzroku – ułatwienie komunikacji poprzez odpowiednie urządzenia, zniesienie barier transportowych i komunikacyjnych, wyposażenie

⁴⁰ Ibidem, s. 74.

w niezbędny sprzęt i pomoce w procesie edukacji/szkolenia; osób z dysfunkcją ruchu – przystosowanie kuchni, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, zapewnienie transportu, likwidacja barier architektonicznych (szczególnie w obiektach edukacyjnych/szkoleniowych), zapewnienie dojazdu do pracy (praca blisko miejsca zamieszkania).

System wsparcia osób z niepełnosprawnością angażuje znaczne środki finansowe i jest mocno rozbudowany – obejmuje różnego rodzaju instytucje, które działają odrębnie według swoich własnych procedur i wymagań. Brakuje mechanizmów łączących poszczególne resorty i struktury wsparcia. Z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością system jest zbyt skomplikowany. Dodatkowym problemem jest częsta nieadekwatność wsparcia do rzeczywistych potrzeb. W rezultacie działania kierowane do tych osób nie mają charakteru kompleksowego, nie są zindywidualizowane w stopniu satysfakcjonującym, co ogranicza ich skuteczność⁴¹. Analiza badań wskazuje jednoznacznie, że szereg potrzeb osób z niepełnosprawnością w drodze do jak największej samodzielności i aktywności nie jest wciąż dostatecznie zaspokajana.

2.2. Kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w opinii otoczenia

Na przełomie listopada/grudnia 2017 r. przeprowadzono krótką ankietę, mającej na celu poznanie opinii na temat roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, a także wymagań w stosunku do jego osoby. Zrealizowano ją wśród pięciu grup: lekarzy, przedstawicieli organizacji pozarządowych (NGO), pracodawców, powiatowych urzędów pracy (PUP) i powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR). Ankietę zwrotnie wypełniło 16 lekarzy, 5 przedstawicieli PCPR, 5 pracodawców, 7 przedstawicieli organizacji pozarządowych i 5 przedstawicieli PUP.

Według ankietowanych główne trudności, jakie napotyka osoba, która uległa wypadkowi/chorobie zawodowej, lub osób z niepełnosprawnością w procesie powrotu do aktywności społecznej lub zawodowej, to:

- 1) długie terminy oczekiwania na rehabilitację, rozbieżności instytucjonalne i brak kompleksowej pomocy,
- 2) niezajomość systemu rehabilitacji – klient jest pozostawiony sam sobie w zorganizowaniu dla siebie rehabilitacji zawodowej czy społecznej,
- 3) utrudniony dostęp do nieodpłatnej rehabilitacji dostosowanej do potrzeb klienta.

⁴¹ Ibidem, s. 234.

Powyższe problemy są spotęgowane przez trudność odnalezienia się w nowej sytuacji i nauczenia się funkcjonowania na nowo, stres związany z utratą pracy i bariery architektoniczne.

Prawie wszyscy respondenci wskazali, że należy wprowadzić jeden kompleksowy system rehabilitacji, zwiększyć nakłady finansowe i dostęp do niej. Czas oczekiwania na rehabilitację jest za długi i niweluje pozytywne skutki zabiegów przeprowadzonych w szpitalu.

Według lekarzy w procesie rehabilitacji zorientowanym na powrót osoby do aktywności lub społecznej należałoby przede wszystkim:

- zwiększyć nakłady finansowe na rehabilitację (5),
- stworzyć kompleksowy system rehabilitacji (4) oraz
- dostosować formy rehabilitacji do potrzeb danej osoby (4).

Przedstawiciele NGO również wskazali na brak rehabilitacji dostosowanej do potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz konieczność zwiększenia nacisku na aktywizację zawodową i motywację do powrotu do pracy. Wszyscy przedstawiciele PUP (5) uważają, że jest za mało atrakcyjnych form zatrudnienia i miejsc pracy.

Bez względu na reprezentowaną grupę ankietowani wskazali, że specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien mieć szeroką wiedzę na temat zagadnień prawnych i organizacyjnych dotyczących systemu ochrony zdrowia, praw osób z niepełnosprawnością oraz zagadnień dotyczących świadczeń m.in. z ZUS/KRUS i PFRON. Musi orientować się w rozproszonym systemie rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej. Prawie wszyscy wskazują na wysokie kompetencje społeczne i komunikacyjne, umiejętności motywowania i perswazji, ale również empatii i wsłuchiwania się w potrzeby osoby po wypadku lub osób z niepełnosprawnością. Kilka osób wskazało, że musi mieć również wiedzę psychologiczną i doświadczenie w pracy z osobami w trudnej sytuacji życiowej. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien być osobą zorganizowaną, umiejącą pracować w zespole i odporną na stres.

Większość ankietowanych uważa, że specjalista ma nie tylko doradzać, jakie formy wsparcia i rehabilitacji są dostępne, ale współpracować przy planowaniu procesu rehabilitacji (leczniczej, społecznej, zawodowej) danej osoby rehabilitowanej i przeprowadzać ją przez ten proces. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją miałby kontaktować się z instytucjami, rezerwować miejsca i terminy. Pojawiło się pięć opinii (trzy z NGO), że powinien weryfikować postępy rehabilitacji i funkcjonowania osób rehabilitowanych, a w razie potrzeby modyfikować plan i formy wsparcia.

Wszyscy wypowiadający się pracodawcy (4) i połowa przedstawicieli NGO (4) uważa, że powinien znać również podstawowe specjalistyczne nazewnictwo medyczne, aby skutecznie zarządzać procesem rehabilitacji.

Część przedstawicieli PCPR i PUP (6) wskazała, że powinien również być osobą pośredniczącą w kontaktach z pracodawcami lub doradcami zawodowymi oraz aktywnie szukać miejsc pracy i form zatrudnienia dostosowanych do potrzeb danego klienta.

2.3. Doświadczenia niemieckie

W opracowaniu profilu kompetencyjnego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, a następnie modelu jego kształcenia, wykorzystano doświadczenia partnera ponadnarodowego – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV, Niemieckie Ustawowe Ubezpieczenie od Nieszczęśliwych Wypadków).

W Niemczech procesem rehabilitacji osób poszkodowanych w wypadkach (grupa, jaką wspiera DGUV) zajmuje się **rehamenager**, który działa m.in. w następujących obszarach⁴²:

- doradza osobom ubezpieczonym we wszystkich kwestiach dotyczących udziału w życiu zawodowym,
- identyfikuje indywidualne potrzeby mające na celu udział w życiu zawodowym,
- tworzy i aktualizuje indywidualny plan udziału w życiu zawodowym,
- koordynuje, kieruje i nadzoruje proces rehabilitacji pod kątem efektywności i skuteczności,
- przeprowadza rozmowy z pracodawcą,
- przeprowadza analizę miejsc pracy oraz sprawdza ich wyposażenie pod kątem pomocy technicznych wspomagających pracę,
- doradza i organizuje spotkania w agencjach pracy, w ośrodkach rehabilitacji zawodowej i medycznej, w instytucjach szkoleniowych i przedsiębiorstwach.

Aby skutecznie działać w obszarze zarządzania rehabilitacją i sprostać stawianym wyzwaniom, rehamenagerowie muszą posiadać takie kompetencje, jak⁴³:

⁴² *Konzept für die Einweisung und Fortbildung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund*, źródło: DGUV, 2012, s. 2 i n.

⁴³ *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager*, 2012.

- 1) wiedza i kompetencje fachowe, m.in.:
 - prawo z zakresu prawa pracy, opieki zdrowotnej itd.,
 - polityka zdrowotna,
 - koncepcje i strategie zarządzania rehabilitacją,
 - znajomość struktur opieki zdrowotnej,
 - struktura rynku pracy,
 - podstawowa wiedza z zakresu ekonomii,
 - medycyna społeczna,
- 2) społeczne, aby móc porozumiewać się z ubezpieczonymi, pracodawcami i świadczeniodawcami, m.in.:
 - umiejętności komunikacyjne,
 - umiejętność koordynacji,
 - zdolność krytycznego myślenia i radzenia sobie z konfliktami,
 - umiejętność multidyscyplinarnej współpracy,
 - prowadzenie negocjacji,
 - empatia,
- 3) samorozwojowe, aby w ramach analizy rezultatów potrafił w sposób jak najbardziej realistyczny ocenić również własną pracę, m.in.:
 - pewność siebie, samoświadomość,
 - umiejętność refleksji,
 - umiejętność nawiązywania kontaktów, otwartość i odporność,
 - autorefleksja, wydawanie opinii,
 - samoorganizacja,
- 4) metodyczne, aby na wszystkich etapach zarządzania rehabilitacją był w stanie stosować właściwe instrumenty i metody w taki sposób, aby uzyskać pożądany efekt, m.in.:
 - networking,
 - kompetencje proceduralne w poszczególnych fazach zarządzania rehabilitacją: analiza przypadku, ustalenie katalogu działań (plan rehabilitacji), nadzorowanie realizacji (monitoring), kontrola wyników, ewaluacja.

Rehamenagerowie są rekrutowani na dwa sposoby: z wewnątrz danej instytucji ubezpieczenia oraz podczas zewnętrznego naboru. Wymogi dla kandydatów na to stanowisko spoza instytucji ubezpieczenia przedstawiają się następująco⁴⁴:

- 1) trzyletnie doświadczenie zawodowe i wynikająca z niego znajomość prawa (z ostatnich trzech lat),
- 2) wysokie umiejętności komunikacyjne oraz pomyślnie ukończone:
 - specjalistyczne studia wyższe w ramach praktyki przygotowującej do zajmowania wyższych stanowisk nietechnicznych w służbie administracyjnej lub
 - specjalistyczne studia wyższe jako pracownik socjalny, pedagog społeczny, pedagog rehabilitacyjny lub porównywalny kierunek lub
 - wykształcenie jako specjalista w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Przy wyborze kandydatów – niezależnie od typu naboru – decydujące znaczenie mają: doświadczenie, umiejętności komunikacyjne, osobowość i kompetencje miękkie (soft skills).

Program zarządzania rehabilitacją w DGUV definiowany jest jako proces planowania, koordynowania oraz celowych, aktywujących działań towarzyszących rehabilitacji medycznej, a także wszelkich świadczeń zmierzających do tego, aby klient mógł uczestniczyć w życiu zawodowym oraz społecznym, jego podstawę zaś stanowi indywidualny plan przeprowadzania rehabilitacji wraz z partnerskim włączaniem w ten proces wszystkich uczestników biorących w nim udział. Opiera się on na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)⁴⁵.

Na realizację programu zarządzania rehabilitacją składają się następujące elementy⁴⁶:

- 1) Działania przygotowawcze – zebranie podstawowych informacji o sytuacji klienta, np.: czy przewidywany dotychczas okres niezdolności do pracy został właściwie ustalony, jaki jest status zawodowy klienta, jaką pracę wykonywał, czy konieczne jest przeniesienie do innej placówki medycznej, jakie czynniki kontekstowe związane z daną osobą lub środowiskiem mogłyby wywoływać utrudnienia lub pomagać w rehabilitacji.

⁴⁴ *Konzept für die Einweisung...*, s. 3 i n.

⁴⁵ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden*, 2010, s. 5.

⁴⁶ Ibidem, s. 7 i n.

- 2) Plan rehabilitacji – umowne ustalenia dotyczące przebiegu rehabilitacji. Plan musi być kształtowany dynamicznie w taki sposób, aby poczynione ustalenia można było w każdym momencie dopasować do zmieniających się warunków oraz ma obejmować wszystkie działania, które należy podjąć, aż do momentu osiągnięcia wyznaczonego celu. Jest on sporządzany w trakcie rozmowy zespołu, składającego się z ubezpieczonego/ ubezpieczonej, lekarza i rehamenagera, a także – w razie potrzeby – z kolejnych uczestników procesu. Plan rehabilitacji należy sporządzić w ciągu miesiąca od wypadku, chyba że zaistnieją przeszkody lub szczególne okoliczności uniemożliwiające jego sporządzenie w tym okresie.
- 3) Koordynowanie procesu rehabilitacji – proces rehabilitacji jest na bieżąco sprawdzany, koordynowany i – o ile to konieczne – odpowiednio sterowany. Rehamenager aktywnie informuje ubezpieczonych i świadczeniodawców np. o postępach w procesie leczenia, problemach lub konfliktach, które wymagają interwencji. Dlatego istotnym zadaniem rehamenagera jest wymiana informacji pomiędzy uczestnikami procesu rehabilitacji i uzgadnianie terminów z takim wyprzedzeniem, aby można było sterować procesem odpowiednio wcześniej w przypadku, gdy zaistnieje niebezpieczeństwo ewentualnego opóźnienia się zaplanowanych działań.
- 4) Rozmowy w zespole – są one nieodłącznym elementem procesu. Odbywają się z konkretnego powodu – gdy realizacja wyznaczonych poszczególnych celów, podjętych działań jest zagrożona, np. poprzez istotnie zmieniające się warunki lub pojawiające się konflikty. Do rozmów, jeśli jest taka potrzeba, należy włączyć przedstawicieli pracodawcy, po uprzednim wyrażeniu zgody przez klienta. Rehamenagerowie odpowiadają za przeprowadzanie rozmów w zespole.
- 5) Porównanie profilu wykonywanej działalności (pracy) z aktualnym stanem leczenia względnie z osiągniętymi postępami w leczeniu (aktualny profil umiejętności) – aspekt ten pozwala na odpowiednio wcześniejsze zaplanowanie rehabilitacji dla danego rodzaju wykonywanej działalności, rozpoznać perspektywy reintegracji, zaplanować świadczenia zmierzające do powrotu do aktywności zawodowej.
- 6) Dopasowanie planu rehabilitacyjnego – konieczne działanie rehamenagera m.in. ze względu na powstałe opóźnienia, zmienione warunki, nowo zdobytą wiedzę lub gdy skutki wypadku utrudniają integrację ze środowiskiem społecznym.
- 7) Współdziałanie lekarzy biorących udział w procesie rehabilitacji i innych specjalistów zaangażowanych w jego realizację.

Program zarządzania rehabilitacją uznaje się za zakończony w momencie, gdy zostaną osiągnięte cele rehabilitacyjne, a dalsza rehabilitacja medyczna oraz działania na rzecz zwiększenia uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym nie są potrzebne. W praktyce najczęściej mamy do czynienia z zakończeniem programu, gdy⁴⁷:

- 1) zostanie podjęta dotychczasowa działalność zawodowa,
- 2) zostanie podjęta nowa działalność zawodowa,
- 3) została zakończona rehabilitacja medyczna, ale nie jest możliwy powrót do życia zawodowego, a świadczenia na uczestniczenie w życiu społecznym nie są konieczne,
- 4) nie jest już wykonywana żadna działalność zawodowa, a rehabilitacja medyczna (z wyjątkiem towarzyszącej opieki lekarskiej lub fizykoterapii) jest zakończona.

⁴⁷ Ibidem, s. 14.

Część II – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją

1. Uwarunkowania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

1.1. Czym jest zarządzanie rehabilitacją?

Ideą zarządzania rehabilitacją, a konkretniej – procesem rehabilitacji, jest koordynacja działań mających na celu podjęcie lub powrót do aktywności społecznej lub zawodowej przez osoby rehabilitowane. Zarządzanie to odnosi się do projektowania konkretnych czynności z zakresu rehabilitacji społeczno-zawodowej, medycznej, a także podejmowania działań motywujących, zwłaszcza wśród osób, które w nagły sposób stały się niepełnosprawne. Ustalenie priorytetów w tym procesie wymaga zidentyfikowania wszystkich istotnych dziedzin aktywności i uczestnictwa osoby rehabilitowanej zgodnie z ICF. Proces zarządzania rehabilitacją można podzielić na cztery etapy, z których każdy odgrywa ważną rolę:

- 1) intensywne leczenie szpitalne (tam, gdzie jest to potrzebne),
- 2) podstawową rehabilitację: szpitalną (w warunkach stacjonarnych), dzienną, ambulatoryjną i domową – finansowaną przez NFZ,
- 3) rehabilitację związaną z miejscem pracy lub pełnionej służby – finansowaną m.in. z ZUS, MSWiA,
- 4) reintegrację zawodową.

W całym procesie osoba zarządzająca rehabilitacją pełni kluczową funkcję w zakresie planowania, koordynacji oraz kontroli osiągnięcia efektów na poszczególnych etapach.

1.2. Rola i zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Zadaniem specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest koordynacja działań podejmowanych w ramach rehabilitacji medycznej, psychologicznej, społecznej i zawodowej, które składają się na model kompleksowej rehabilitacji. Model ten

ukierunkowany jest na jak najpełniejszą integrację osoby z niepełnosprawnością, przywrócenie/nabycie zdolności do aktywności zawodowej i optymalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Dla skutecznej realizacji tego celu konieczne jest skoordynowanie wielu różnych elementów obejmujących przede wszystkim leczenie i rehabilitację medyczną, poradnictwo zawodowe, doradztwo zawodowe oraz wsparcie logistyczne i psychologiczne.

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją ma być swoistym łącznikiem pomiędzy wszystkimi osobami i instytucjami zaangażowanymi w proces rehabilitacji klienta. Koordynuje współpracę między tą osobą a pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi działającymi w obszarze zabezpieczenia społecznego, lekarzami, ośrodkami rehabilitacyjnymi i szeroko rozumianym otoczeniem społecznym, w tym rodziną. Ta współpraca dotyczy takich aspektów, jak:

- utrzymanie zdolności do pracy i zatrudnienia,
- aktywność zawodowa klienta,
- bezpieczeństwo socjalne – poprzez np. podjęcie lub utrzymanie pracy, pozwalające zapewnić standard życia na godnym poziomie,
- dostosowanie wsparcia do rodzaju wykonywanej pracy lub posiadanych kompetencji i kwalifikacji, a także do ewentualnego uszczerbku na zdrowiu,
- wsparcie w uzyskaniu nowych kwalifikacji zawodowych lub rozwinięciu posiadanych, tak aby klient po zakończeniu procesu kompleksowej rehabilitacji mógł pozostać na rynku pracy w przyszłości.

Zarządzając procesem rehabilitacji, specjalista powinien przede wszystkim:

- 1) nawiązać kontakt z osobą rehabilitowaną – zbudować zaufanie, psychicznie wzmocnić w celu uzyskania podstawowych informacji, a także motywować ją do podejmowania działań,
- 2) nawiązać kontakt (w zależności od potrzeb) z lekarzem, pracodawcą i rodziną,
- 3) opracować wspólnie z partnerami (m.in. lekarzem, pracodawcą, psychologiem, doradcą zawodowym) oraz osobą rehabilitowaną indywidualny program rehabilitacji (IPR),
- 4) zbudować sieć konieczną do realizacji zaplanowanego procesu rehabilitacji, czyli nawiązać kontakt z odpowiednimi instytucjami/organizacjami/osobami oraz współpracować z nimi, w tym z oddziałami PFRON, które odgrywają rolę lidera ds. osób z niepełnosprawnością

w regionie i podejmują działania prowadzące do ich włączenia do życia społecznego i zawodowego.

Priorytetem specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją zawsze powinno być dobro osoby rehabilitowanej. Informacje uzyskane w trakcie jego pracy stanowić będą tajemnicę zawodową.

Obowiązkiem specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest aktualizacja wiedzy w zakresie rynku pracy i funkcjonowania polskiego systemu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, tak aby podejmowane przez niego decyzje były dla klienta korzystne.

1.3. Odbiorcy wsparcia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Odbiorcami wsparcia działań prowadzonych przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją będą następujące osoby:

1. Osoby rehabilitowane – główni odbiorcy wsparcia:

- 1) Osoby, w przypadku których zdiagnozowano dysfunkcję organizmu lub doznały urazu uniemożliwiającego podjęcie lub powrót do pracy u dotychczasowego pracodawcy.
- 2) Osoby z niesprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie pracowały zawodowo i przebywają w swoim środowisku zamieszkania oraz osoby żyjące w placówkach opiekuńczych, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej.

Wsparcie dla tej grupy osób będzie dostępne niezależnie od tego, czy są one uprawnione do otrzymywania świadczenia związanego z niepełnosprawnością lub z którego systemu ubezpieczenia społecznego otrzymują świadczenie. Otrzymują je więc osoby korzystające z systemu zabezpieczenia społecznego PFRON, ZUS, KRUS, MON czy MSWiA, a także nieposiadające prawa do świadczeń; w wieku aktywności zawodowej, u których wskutek wypadku, urazu, choroby lub pogorszenia stanu zdrowia nastąpiło uszkodzenie lub ograniczenie funkcji organizmu, ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania codziennych czynności lub brak zdolności do pracy zawodowej oraz z niepełnosprawnością wrodzoną.

2. Rodzina/osoby bliskie dla osoby rehabilitowanej.

3. Pracodawcy oraz współpracownicy w miejscu pracy.

4. Otoczenie instytucjonalne.

1.4. Procedura działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Zarządzanie rehabilitacją jest procesem, w którym specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie miał do wykonania m.in. następujące działania (możliwe do realizacji po uzyskaniu stosownej zgody klienta):

1. Kompleksowa diagnoza sytuacji klienta z jednoczesną wczesną identyfikacją i włączeniem czynników kontekstowych w proces rehabilitacji. Konieczna jest analiza:

- sytuacji zdrowotnej, w tym rokowania i przewidywany okres leczenia w przypadku osób po urazach,
- sytuacji zawodowej: dotychczasowe doświadczenie, informacja na temat konkretnego zakresu czynności/działań wykonywanych w pracy, relacje w pracy, wskazania lub przeciwwskazania do zatrudnienia wynikające z niepełnosprawności (lub urazu, choroby),
- sytuacji rodzinnej i społecznej: wykształcenie, szczególne uzdolnienia, zainteresowania, hobby, sytuacja finansowa, miejsce zamieszkania, relacje rodzinne, relacje pozarodzinne, cechy charakteru i osobowości klienta.

Zebranie tych danych ma na celu stworzenie kompletnego obrazu sytuacji klienta. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, przystępując do pracy z daną osobą, musi uwzględnić wszystkie obszary jej życia, które mogą mieć wpływ na proces rehabilitacji. Istotne znaczenie mogą też odgrywać inne czynniki dotyczące klienta, takie jak np. posiadanie prawa jazdy czy nawet zwierząt. W celu zgromadzenia wspomnianych danych konieczne jest nawiązanie kontaktu nie tylko z osobą rehabilitowaną, ale również jej lekarzem, pracodawcą oraz rodziną.

Efektom analizy powinna być diagnoza słabych i mocnych stron klienta, której wynikiem stanie się wytyczenie najlepszego, a zarazem realistycznego celu rehabilitacji (np. powrót do pracy na tym samym stanowisku, powrót do pracy na innym stanowisku u tego samego pracodawcy, inne miejsce pracy, integracja ze środowiskiem lokalnym).

2. Opracowanie indywidualnego programu rehabilitacji (IPR).

Plan ten musi powstać we współpracy z klientem i z pozostałymi partnerami zaangażowanymi w proces rehabilitacji, np.: z lekarzem prowadzącym (najlepiej specjalistą rehabilitacji medycznej), pracodawcą, fizjoterapeutą, terapeutą zajęciowym, pracownikiem socjalnym, doradcą zawodowym, trenerem pracy.

Ważnym elementem będzie opracowanie harmonogramu, na podstawie którego IPR zostanie zrealizowany.

IPR powinien obejmować następujące aspekty rehabilitacji:

- 1) medyczny – przewidywany okres trwania leczenia, metody leczenia, metody rehabilitacji, wybór odpowiedniej placówki medycznej itp.,
- 2) zawodowy – wykorzystanie odpowiednich dla klienta instrumentów rehabilitacji i aktywizacji zawodowej, kontakt z doradcą zawodowym itp.,
- 3) społeczno-psychologiczny – wykorzystanie odpowiednich dla klienta instrumentów aktywizacji i integracji społecznej, np. adaptacja samochodu i mieszkania, dostęp do środków pomocniczych, współpraca z rodziną zorganizowanie kontaktu z psychologiem itp.

IPR musi być oparty na rzetelnej analizie dostępnych rozwiązań prawnych. Ponadto powinien określać również cel realizacji procesu rehabilitacji.

3. Opracowanie harmonogramu działania i jego monitorowanie.

Specjalista jest odpowiedzialny za monitorowanie, kontrolę i modyfikację IPR w zależności od pojawiających się nowych okoliczności. Stąd zachodzi konieczność organizowania cyklicznych spotkań z udziałem specjalistów odpowiedzialnych za proces rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej klienta, z samym klientem oraz jego rodziną i pracodawcą. Skład uczestników winien być uzależniony od kwestii, które wymagają rozwiązania czy przeanalizowania. Spotkania te służą również monitorowaniu postępów w rehabilitacji i pozwalają reagować na nieprzewidziane wydarzenia powodujące zmiany w IPR oraz opóźnienia w jego realizacji.

4. Realizacja IPR zgodnie z przyjętymi założeniami.

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją zobowiązany jest do dokumentowania procesu realizacji IPR, która służyć będzie monitorowaniu postępów u klienta, a także kontroli wewnętrznej procesu rehabilitacji – realizacji zadań przewidzianych w IPR i porównaniu efektów z celami i zadaniami planu w przyjętym harmonogramie. W sytuacji wystąpienia nieprzewidzianych zdarzeń wspólnie z klientem i innymi osobami zaangażowanymi w proces należy zmodyfikować IPR.

5. Autoewaluacja.

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją każdorazowo po osiągnięciu założonego celu powinien dokonać autoewaluacji. Działanie to ma być ukierunkowane na

podnoszenie jego kompetencji i skuteczności przy realizacji kolejnych procesów. Jest to swego rodzaju indywidualny monitoring, rodzaj zawodowej autorefleksji nad wymiernymi efektami swojej pracy.

Zakończenie działań prowadzonych przez specjalistę powinno nastąpić w momencie, gdy klient odzyska lub nabędzie zdolność do wykonywania aktywności zawodowej, a także, gdy mimo podjętych przez specjalistę działań odmawia współpracy z nim lub nie ma motywacji do zmiany swojej sytuacji życiowej.

1.5. Zakres koniecznych uprawnień specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Istotnym aspektem działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest dostęp do informacji na temat sytuacji zdrowotnej i społecznej klienta na każdym etapie procesu rehabilitacji. Są one niezbędne do podejmowania decyzji przez specjalistę w trakcie zarządzania rehabilitacją klienta.

W tym celu specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien legitymować się m.in. następującymi dokumentami:

1. Pełnomocnictwo od klienta, precyzyjnie wskazujące na zakres umocowania specjalisty.

Z uwagi na to, że aktualnie instytucja specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją nie jest uregulowana w prawie, to aby mógł on podejmować działania w imieniu i na rzecz swojego klienta, musi dysponować dokumentem pełnomocnictwa udzielonym przez niego (bądź jego przedstawiciela ustawowego). Powinno to być pełnomocnictwo określające szczegółowo zakres umocowania specjalisty, czyli albo pełnomocnictwo rodzajowe, albo szczególne.

2. Zgoda klienta (albo jego przedstawiciela ustawowego) na udzielenie specjaliście przez osobę wykonującą zawód medyczny informacji o stanie zdrowia klienta oraz zgoda na zwolnienie osób wykonujących zawód medyczny z tajemnicy dotyczącej klienta.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁸ stanowi, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu

⁴⁸ Tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 849 (z późn. zm.).

medycznego (art. 13 ustawy). Ponadto, w celu realizacji tego prawa, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem jego zdrowia (art. 14 ustawy). Ustawa przewiduje jednakże możliwość wyrażenia zgody przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na ujawnienie tajemnicy związanej z pacjentem oraz jego stanem zdrowia przez ww. osoby. W tym celu specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien dysponować dokumentem, w którym jego klient oświadczy, że zwalnia z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej osoby wykonujące zawód medyczny, prowadzące jego leczenie oraz sprawujące opiekę medyczną nad nim w Polsce lub za granicą.

3. Upoważnienie klienta albo jego przedstawiciela ustawowego do udostępnienia specjalistę przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej dotyczącej klienta.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź też osobie upoważnionej przez pacjenta. W związku z tym, tak jak powyżej, klient powinien upoważnić specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją do uzyskiwania dokumentów medycznych dotyczących stanu jego zdrowia, w szczególności np. oryginałów, odpisów i kopii protokołów, oświadczeń i opinii lekarskich, kart informacyjnych, historii choroby itp.

4. Zgoda klienta na przetwarzanie jego danych osobowych.

Jedną z przesłanek legalizujących przetwarzanie danych osobowych jest zgoda osoby, której dane dotyczą. Stanowi o tym Rozporządzenie 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)⁴⁹, które ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Specjalista w swojej pracy będzie pozyskiwał dane osobowe jego klienta, w tym dane wrażliwe, dotyczące m.in. stanu zdrowia. Aby mógł zatem przetwarzać zebrane dane, powinien dysponować zgodą klienta na wykonywanie operacji na jego danych osobowych.

⁴⁹ Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1.

Według ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zgoda osoby, której dane dotyczą, może być udzielona w formie oświadczenia lub wyraźnego działania potwierdzającego, z którego wynika, że osoba ta przyzwala na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych. Zgodnie z rozporządzeniem zgoda może, lecz nie musi być wyrażona w formie pisemnej (w tym elektronicznej). Może przyjąć też formę ustną, polegać na zaznaczeniu okienka wyboru podczas przeglądania strony internetowej lub na wyborze ustawień technicznych do korzystania z usług społeczeństwa informacyjnego, a także na innym oświadczeniu bądź zachowaniu, które w danym kontekście jasno wskazuje, że osoba, której dane dotyczą, zaakceptowała proponowane przetwarzanie jej danych osobowych.

Analizując poszczególne etapy działania specjalisty w kontekście podjęcia czy też powrotu do aktywności zawodowej klienta, specjalista winien mieć następujące uprawnienia, aby mógł zrealizować założony cel (mogą się one różnić w zależności od tego, kto będzie go zatrudniał):

- 1) wypadek w pracy – dostęp do dokumentacji powypadkowej,
- 2) choroba zawodowa – dostęp do dokumentacji medycznej klienta oraz dokumentacji zakładu pracy związanej z występującymi na stanowisku pracy czynnikami ryzyka (zagroženiami),
- 3) osoba całkowicie lub czasowo bierna zawodowo (osoba dotychczas niepracująca, osoba, która utraciła pracę) – dostęp do informacji na temat stanu zdrowia, informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zatrudnienia w celu opracowania diagnozy zawodowej,
- 4) w stosunku do zakładu pracy – dostęp do informacji o stanowisku pracy, wykonywanych czynnościach oraz niezbędnych kwalifikacjach do wykonywania danej pracy na tym stanowisku,
- 5) w przypadku konieczności wyposażenia, doposażenia lub przystosowania stanowiska pracy – dostęp do informacji o warunkach i stanowisku pracy, uprawnienia do współpracy z pracodawcą w zakresie sfinansowania (lub pozyskania finansowania), doposażenia wyposażenia lub przystosowania stanowiska pracy,
- 6) na etapie opracowywania IPR – uprawnienia do udostępnienia informacji osobom współpracującym w opracowaniu programu: lekarzom, rehabilitantom, doradcom zawodowym, pracownikom socjalnym, psychologom,
- 7) na etapie realizacji IPR – kompetencje w zakresie podejmowania decyzji o wydatkach (leczenie, rehabilitacja, sprzęt) lub dokonywania modyfikacji programu,

- 8) w przypadku konieczności przekwalifikowania – dostęp do opinii doradcy zawodowego,
- 9) współpraca z rodziną lub opieką społeczną (lub PCPR) w zakresie koniecznej rehabilitacji społecznej lub leczniczej – dostęp do informacji o sytuacji rodzinnej.

Podstawowym warunkiem powodzenia procesu prowadzonego przez specjalistę jest jednak akceptacja społeczna dla jego działań – lekarzy, rodziny, pracodawcy, a przede wszystkim samej osoby rehabilitowanej. W procesie zarządzania istotne jest, aby specjalista wiedział, do czego jest uprawniony i do czego są zobowiązani inni względem niego, gdy posiada stosowne dokumenty.

1.6. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją na rynku pracy

Specjaliści ds. zarządzania rehabilitacją będą mogli zostać włączeni w proces rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez ZUS poprzez pozyskiwanie osób zainteresowanych udziałem w rehabilitacji leczniczej, informowanie o jej warunkach, a następnie koordynowanie jej przebiegu.

Kompetencje nabyte przez absolwentów studiów podyplomowych w zakresie zarządzania rehabilitacją pozwolą na zatrudnienie ich w ośrodkach rehabilitacji, w tym rehabilitacji kompleksowej, placówkach służby zdrowia, firmach wdrażających programy zarządzania rehabilitacją „powrotu do pracy” (return-to-work), instytucjach zabezpieczenia społecznego (w podejściu aktywnym i prewencyjnym, często jako pierwszy kontakt dla osoby wymagającej rehabilitacji) oraz firmach ubezpieczeniowych. Ponadto przyjmuje się, że absolwenci zakładać będą własną działalność gospodarczą, świadcząc usługi na rzecz podmiotów zainteresowanych zarządzaniem procesem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, w tym samych zainteresowanych, za wynagrodzeniem. Wiedza i umiejętności specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją mogą być także wykorzystane w realizacji programów z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, realizowanych przez organizacje pozarządowe i finansowanych ze środków publicznych lub prywatnych.

2. Profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

W odniesieniu do pojęcia „kompetencje” występuje duża różnorodność definicyjna. Pojęcie kompetencji jest terminem szerszym od pojęcia kwalifikacji, gdyż zawiera w sobie zdolność do skutecznego działania, co ma duże znaczenie z punktu widzenia praktyki. Sprzyjają temu predyspozycje osobowościowe, charakterystyczne dla konkretnych czynności/zadań, oraz doświadczenie ogólne

(życiowe) i specyficzne (zawodowe)⁵⁰. Ten sam autor wskazuje na motywację pracowników oddziałującą na skuteczność działań i przyjmowanie pożądanych postaw wobec klientów, współpracowników czy stawianych celów. Przegląd definicji wykorzystywanych do opisu kompetencji wskazuje, że wykorzystywane są takie aspekty, jak:

- kwalifikacje rozumiane jako poziom wykształcenia,
- kwalifikacje rozumiane jako formalne uprawnienia do wykonywania zawodu,
- wiedza – ogólna i specjalistyczna,
- umiejętności,
- zdolności,
- zachowania,
- postawy,
- doświadczenia,
- wprawa,
- wartości,
- sposoby rozumowania,
- style myślenia,
- motywacja,
- wyobrażenie o sobie (samowiedza i (lub) samoocena),
- przyjmowane role społeczne,
- inteligencja (poznawcza i emocjonalna),
- cechy osobowości,
- temperament,
- cechy psychofizyczne.

Szeroki zakres możliwych do uwzględnienia cech pozwala kształtować definicję kompetencji na wiele różnych sposobów. Dla uproszczenia przyjmuje się, że kompetencje to dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, pozwalające realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie⁵¹. Przez wiedzę deklaratywną (wiem „co”) rozumiemy znajomość różnych faktów, sytuacji oraz ludzi, którą zdobywa się w trakcie edukacji.

⁵⁰ Walkowiak R., *Model kompetencji menedżerskich organizacji samorządowych*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2004.

⁵¹ Kossowska M., Sołtysińska I., *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 14.

Drugim kluczowym komponentem kompetencji są umiejętności, rozumiane jako zdolność do realizacji złożonych, dobrze zorganizowanych wzorców zachowania w sposób płynny i elastyczny, zapewniających osiągnięcie jakiegoś celu lub wyniku (wiedza proceduralna – wiem „jak”). Inaczej mówiąc, umiejętność jest tym czynnikiem, który w odpowiednich warunkach decyduje o tym, na ile efektywnie realizuje się zadania.

Przekształcenie wiedzy i umiejętności we względnie trwałe dyspozycje jest warunkowane przez postawy wpływające na chęć wykorzystania swojej wiedzy i umiejętności do realizacji celu w sposób zgodny z oczekiwaniami. Postawy uruchamiają mechanizmy odpowiedzialne za rozpoczęcie, ukierunkowanie i podtrzymanie działań. Należy podkreślić, że gotowość do zachowania się zgodnie z oczekiwaniami możliwa jest w sytuacji, gdy osoba zna, rozumie oraz akceptuje oczekiwania i wymagania w tym zakresie. Warto w tym miejscu podkreślić, że żaden z opisanych wyżej elementów nie stanowi kompetencji sam w sobie. To, co nas interesuje, na potrzeby opracowania modelu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, to takie połączenie tych elementów, które warunkuje skuteczną realizację zadań zawodowych⁵².

Złożoność i wieloznaczność pojęcia kompetencji powoduje, że wielu autorów podkreśla konieczność ich podziału na odpowiednie kategorie (rodzaje). Na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano następujący podział⁵³:

- kompetencje osobiste (w tym poznawcze),
- kompetencje społeczne,
- kompetencje menadżerskie,
- kompetencje zawodowe.

Niezbędnym potwierdzeniem osiągnięcia kompetencji do pełnienia funkcji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest ukończenie studiów podyplomowych zgodnie z założeniami „Modelu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją” i uzyskanie dyplomu ukończenia studiów, tj. wymaganych kwalifikacji.

⁵² Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 25.

⁵³ Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami perspektywa firmowa i osobista*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

Rysunek 8. Komponenty profilu kompetencyjnego



Źródło: opracowanie własne.

W oparciu o przeprowadzoną analizę wyodrębniono poniżej kompetencje osobiste, społeczne, menedżerskie oraz zawodowe, ważne dla prawidłowego wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

2.1. Kompetencje osobiste

Przez kompetencje osobiste należy rozumieć predyspozycje, cechy oraz zdolności poznawcze, związane z indywidualnym sposobem realizacji zadań. Poziom tych kompetencji wpływa na ogólną jakość wykonywanych zadań – decyduje o szybkości, jakości i zaangażowaniu w podejmowane działania. Ponieważ kompetencje te są w dużej mierze właściwością danej osoby i trudno je ukształtować w toku edukacji, powinny być weryfikowane na etapie kwalifikacji na studia.

Dla prawidłowego wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją ważne są następujące kompetencje osobiste:

Empatia poznawcza

To najważniejsza kompetencja przyszłego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, rozumiana jako poznawanie i próba rozumienia problemu z perspektywy klienta w procesie rehabilitacji kompleksowej. To zdolność rozpoznawania stanów psychicznych innych osób oraz rozumienia motywów nimi kierujących (jako źródeł ich decyzji i postaw), a także umiejętność spojrzenia na sytuację (rzeczywistość) z ich perspektywy i zareagowania na nie z odpowiednią emocją⁵⁴. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien znać granice i umieć utrzymać odpowiedni dystans w stosunku do klienta. Właściwy balans w relacji pomiędzy specjalistą ds. zarządzania rehabilitacją a klientem to podstawowa umiejętność skutecznej rehabilitacji kompleksowej.

Inteligencja emocjonalna

Inteligencja emocjonalna rozumiana jest jako wgląd we własne procesy psychiczne i emocjonalne, umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych/przeżyć własnych i innych ludzi, także wykorzystywanie własnych emocji (szczególnie kontroli emocjonalnej) do radzenia sobie z emocjami innych osób⁵⁵. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien rozumieć emocje klienta, pomagać mu radzić sobie z nimi, ale jednocześnie zachować spojrzenie zewnętrznego obserwatora bez przekraczania granic emocjonalnych.

Adaptacja i radzenie sobie ze stresem

To kompetencja rozumiana jako zdolność świadomego reagowania na bodźce i kontrolowania własnych stanów emocjonalnych. Stabilność emocjonalna przejawia się w tym, że człowiek w sytuacji pobudzenia emocjonalnego szybko powraca do zrównoważenia⁵⁶. To także zdolność do podejmowania działań, które mają na celu poradzenie sobie z sytuacjami trudnymi, obciążeniem, presją, napięciem, to świadomość własnych reakcji na sytuacje stresujące. Specjalista w wykonywaniu swych zadań musi mieć umiejętność szybkiego powrotu do równowagi emocjonalnej, także w sytuacji trudnej, obciążającej emocjonalnie, stąd konieczna jest znajomość technik radzenia sobie ze stresem.

Samodoskonalenie i motywacja osiągnięć

⁵⁴ Barona-Cohen S., *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2014, s. 10.

⁵⁵ Matczak A., Knopp K.A., *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*, Liberi Libri, Warszawa 2013.

⁵⁶ Siuta J. *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta r. McCrae. Podręcznik.*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006.

Motywacja osiągnięć to stan gotowości do podjęcia działań ukierunkowanych na zdobycie, realizację określonego celu. To aktywizowanie samego siebie do określonego działania. Świadomość konieczności aktualizowania wiedzy i ciągłego rozwoju oraz poszukiwanie nowych rozwiązań w dążeniu do osiągnięcia celu i dostosowywanie się do nowych sytuacji to kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, które pozwalają mu na indywidualne podejście do każdego klienta i stosowanie nietuzinkowych, ale skutecznych rozwiązań.

2.2. Kompetencje społeczne

Kompetencje społeczne wpływają na sposób budowania i jakość relacji z innymi oraz sposób wykonywania zadań związanych z takimi kontaktami. Poziom tych kompetencji decyduje o skuteczności współpracy, porozumiewania się i wywierania wpływu na innych. Dla prawidłowego wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją ważne są następujące kompetencje społeczne:

Umiejętność współpracy i pracy zespołowej

Kompetencja rozumiana jako umiejętność nawiązywania oraz budowania relacji w ramach zespołu zaangażowanego w proces rehabilitacji kompleksowej. Relacja ta musi być oparta na wzajemnym zaufaniu i współpracy, otwartości na poglądy innych osób, a także szacunku dla ludzi. To także zdolność trafnego rozpoznawania oraz reagowania na potrzeby i oczekiwania innych, rozumienie zasad tworzenia bezpiecznego, wspierającego środowiska. Cenna jest również umiejętność moderowania pracy zespołu, ustalania priorytetów i kierunków działania oraz podejmowania wspólnego wysiłku w celu ich realizacji⁵⁷.

Komunikatywność oraz umiejętność nawiązywania i budowania relacji

Znajomość zasad skutecznej komunikacji interpersonalnej jest niezwykle istotna podczas wykonywaniu zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. To umiejętność jasnego i precyzyjnego formułowania myśli i spostrzeżeń, prezentowania własnego stanowiska i argumentowania, rozumienia wypowiedzi innych, aktywnego słuchania i porozumiewania się z rozmówcami⁵⁸. Równie duże znaczenie w pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją ma

⁵⁷ Bartram D., Coyne I., *Międzynarodowe wytyczne dotyczące komputerowych i internetowych badań testowych*, tłum. Szustrowa T., Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

⁵⁸ Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników...*, s. 241.

rozumienie roli komunikacji pozawerbalnej i umiejętność niwelowania barier komunikacyjnych. W pracy z osobami z niepełnosprawnościami należy zwrócić uwagę na dopasowywanie sposobu komunikowania się do potrzeb i możliwości danej osoby.

Asertywność

To umiejętność otwartego i jednoznacznego wyrażania swoich potrzeb, uczuć i opinii z zachowaniem szacunku do siebie, przy jednoczesnym respektowaniu uczuć, potrzeb, opinii i praw innych osób⁵⁹. W pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją cecha ta jest niezmiernie ważna we współpracy z klientami.

Utrzymanie odpowiedniego balansu pomiędzy empatią a asertywnością daje możliwość udzielenia pomocy innym, ale bez jednoczesnego niszczenia siebie.

Umiejętności coachingowe i motywacyjne

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien umieć aktywnie słuchać, stosować techniki i narzędzia coachingowe. Zdolność do stworzenia bezpiecznego, wspomagającego środowiska, dzięki któremu rozwijają się wzajemny szacunek i zaufanie pomiędzy klientem i specjalistą ds. zarządzania rehabilitacją, wpływa na powodzenie całego procesu rehabilitacji. To również umiejętność odkrywania i tworzenia z klientem możliwości ciągłego uczenia się, a także motywowanie do podejmowania nowych działań, które w najbardziej efektywny sposób prowadzą do osiągnięcia założonych celów rehabilitacyjnych⁶⁰. Należy jednak pamiętać, że specjalista ds. zarządzania rehabilitacją nie powinien zastępować psychologa ani doradcy, ale z nimi współpracować i przekazywać informacje.

2.3. Kompetencje menedżerskie

Kompetencje menedżerskie związane są z tworzeniem/zarządzaniem siecią współpracowników współuczestniczących w procesie rehabilitacji kompleksowej. Dotyczą zarówno miękkich obszarów kierowania, związanych z relacjami interpersonalnymi, organizacji pracy własnej/zespołu pracującego na rzecz klienta oraz strategicznego zarządzania w aspekcie podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, jak również marketingowych aspektów

⁵⁹ Król-Fijewska M., *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2012.

⁶⁰ Whitmore J., *Coaching. Trening efektywności*, tłum. Sobczak M., Wydawnictwo Burda Publishing Polska, Warszawa 2011.

zarządzania⁶¹. Poziom tych kompetencji decyduje o skuteczności zarządzania podległym obszarem.

Dla prawidłowego wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją ważne są następujące kompetencje menedżerskie:

Koordynowanie pracy zespołowej

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją planuje i koordynuje proces rehabilitacji kompleksowej. Stąd też kluczowe znaczenie umiejętności organizowania pracy zespołu, delegowania zadań, weryfikacji ich realizacji i integrowania zespołu wokół wspólnego celu. Składa się na to planowanie, motywowanie, organizowanie, kontrola i dostosowywanie do zmieniającego się środowiska działań. Umiejętność właściwego doboru ekspertów zaangażowanych w proces (pod względem kwalifikacji oraz preferencji i potrzeb klienta) wpływa na jego ostateczny sukces. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien również potrafić monitorować procesy zachodzące w grupie klientów oraz w środowisku ich funkcjonowania.

Istotnym elementem tej kompetencji jest tworzenie sieci współpracy ze współpracownikami oraz z lokalnymi instytucjami/organizacjami, które mogą być zaangażowane w proces rehabilitacji, integrowanie współpracowników wokół wspólnego celu, komunikowanie się ze współpracownikami, specjalistami oraz instytucjami/organizacjami zewnętrznymi (uwrażliwianie na problemy osób poszkodowanych oraz upowszechnianie wiedzy na temat systemowej opieki nad osobami z niepełnosprawnością).

Sprawność organizacyjna i samodzielność

Skuteczność działania oraz odpowiedni wybór priorytetów przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją rzutują na efektywność procesu rehabilitacji. Powinien on umiejętnie i samodzielnie planować pracę swoją i członków zespołu zgodnie z wytyczanymi celami, precyzyjnie określać priorytety i zadania, potrafić umiejscowić je w czasie oraz monitorować przebieg procesu. Umiejętność zarządzania swoim czasem oraz organizowanie pracy w sposób zaplanowany, usystematyzowany są niezbędne do skutecznego osiągnięcia założonych celów.

Rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji. Umiejętności negocjacyjne i mediacyjne

Wskazana kompetencja to umiejętność trafnej oceny sytuacji, wielowymiarowego analizowania danych i wyciągania adekwatnych

⁶¹ Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami...*

wniosków w celu podjęcia decyzji we właściwym momencie i przejmowanie odpowiedzialności za jej skutki i konsekwencje. Konieczne jest zatem dostrzeganie wielu aspektów rzeczywistości, efektywna praca z dużą ilością różnych informacji, dostrzeganie zależności oraz wyciąganie wiarygodnych wniosków z posiadanych danych. Zadanie to wiąże się z umiejętnością prowadzenia wnikliwego procesu myślowego, polegającego na patrzeniu na zjawiska z różnych stron w celu ich zrozumienia oraz prognozowania podobnych zjawisk. To również zdolność do dostrzegania szczegółów w połączeniu ze zdolnością do widzenia całości problemu, dostrzegania powiązań i zależności pomiędzy działaniami. Nie bez znaczenia jest wiedza, jak rozpoznawać potrzeby stron uczestniczących w procesie rehabilitacji, a w sytuacjach konfliktowych – jak poszukiwać rozwiązań przy jednoczesnym przestrzeganiu zasad etyki kontaktu, respektowaniu granic w kontakcie pomiędzy stronami i utrzymaniu pozytywnych relacji.

Budowanie wizerunku własnego i klienta

Umiejętność budowania wizerunku profesjonalnego koordynatora procesu rehabilitacji. Wywieranie wpływu na członków zespołu zarządzającego rehabilitacją w celu wspomagania działań zespołowych, przekonywania innych do swoich racji.

2.4. Kompetencje zawodowe

Kompetencje zawodowe mają związek ze specjalistycznymi zadaniami dla danej grupy zawodowej. Często odnoszą się do zakresów konkretnej wiedzy (np. prawniczej czy finansowej) lub umiejętności (np. obsługa określonych systemów IT). Poziom tych kompetencji wpływa na efektywność realizacji zadań związanych ze specyfiką zawodu bądź funkcji.

Aby prawidłowo wykonywać swoje zadania, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien dysponować następującymi kompetencjami zawodowymi:

Wiedza z zakresu prawa administracyjnego, cywilnego i pracy

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją musi posiadać umiejętność posługiwania się zasadniczymi aktami prawnymi oraz interpretacji podstawowych pojęć prawa i pism urzędowych (decyzji i postanowień administracyjnych), w tym zwłaszcza dotyczących przepisów prawa pracy, a w szczególności zagadnień związanych

z powstaniem i ustaniem stosunku pracy, obowiązkami i uprawnieniami pracownika i pracodawcy, bezpieczeństwem i higieną pracy oraz wypadkami przy pracy. Jest to niezbędne, aby mógł sprawnie realizować zadania zarówno związane z potrzebami klienta, jak i jego aktualnego lub potencjalnego pracodawcy. Winien znać również obowiązujące przepisy w zakresie ochrony danych osobowych. Ważna jest również umiejętność poprawnego przygotowania dokumentacji urzędowej (wniosków, korespondencji).

Znajomość systemu zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej i wsparcia dla osób z niepełnosprawnością

Na tę kompetencję składają się:

- znajomość zasad funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej, systemu pomocy w przypadku wypadku przy pracy, choroby zawodowej i innych zdarzeń losowych,
- znajomość zagadnień z zakresu ubezpieczeń społecznych (m.in. ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe), podstaw prawa ubezpieczeniowego. Instytucje ubezpieczeniowe w Polsce (ZUS, KRUS, MSWIA, MON). Rodzaje świadczeń oraz system ustalania uprawnień,
- znajomość organizacji systemu oraz najważniejszych podmiotów odpowiedzialnych za pomoc osobom z niepełnosprawnością (w tym rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej), ich kompetencji oraz możliwości udzielenia wsparcia (w tym możliwości udzielenia wsparcia finansowego i rzeczowego), z uwzględnieniem systemu ubezpieczeń prywatnych, organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami,
- wiedza na temat roli PFRON we wsparciu osób z niepełnosprawnością,
- znajomość zagadnień dotyczących orzekania o niepełnosprawności oraz rodzaju uprawnień w zależności od stopnia niepełnosprawności, a także problematyki dotyczącej zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz uprawnień pracodawcy zatrudniającego osoby z niepełnosprawnością,
- umiejętność wykorzystania określonych elementów systemu wsparcia osób z niepełnosprawnością w procesie realizacji leczenia, rehabilitacji oraz powrotu klienta na rynek pracy,
- umiejętność wykorzystania wiedzy dziedzinowej w procesie wsparcia klienta i jego rodziny w dostępie do informacji dotyczących problematyki ubezpieczeniowej oraz w przeprowadzaniu formalności związanych z uzyskaniem wsparcia.

Wiedza z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia

Na tę kompetencję składają się:

- znajomość zasad funkcjonowania, finansowania oraz organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce,
- wiedza dotycząca usług zdrowotnych w ramach tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, programów zdrowotnych, leczenia uzdrowiskowego, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, zaopatrzenia w wyroby medyczne (w tym m.in. przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) oraz możliwości leczenia za granicą,
- podstawowa wiedza o prawach pacjenta oraz instytucjach działających w tym zakresie,
- wiedza na temat ośrodków medycznych działających w Polsce, specjalizujących się w leczeniu określonych schorzeń i obrażeń, wykorzystujących nowoczesne terapie.

Znajomość podstawowych zagadnień medycyny z zakresu chorób/urazów powodujących niezdolność do pracy

Na tę kompetencję składają się:

- znajomość podstawowej nomenklatury medycznej z zakresu anatomii, fizjologii, patofizjologii, rehabilitacji medycznej, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących chorób i urazów,
- podstawowe wiadomości dotyczące rodzajów niepełnosprawności, schorzeń (w tym chorób zawodowych) oraz skutków urazów i metod ich leczenia,
- znajomość metod oceny niepełnosprawności zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonalną Niepełnosprawności i Zdrowia ICF.

Znajomość narzędzi i metod rehabilitacji zawodowej

Na tę kompetencję składają się:

- znajomość podstawowych instytucji i programów prowadzących aktywizację zawodową, w tym osób z niepełnosprawnościami,
- znajomość sposobów oceny kompetencji zawodowych: testy preferencji zawodowych, próby pracy. Wiedza na temat wpływu stanu zdrowia na możliwości pracy w poszczególnych zawodach,

- znajomość etapów rehabilitacji zawodowej, roli doradcy zawodowego i pośrednika pracy oraz umiejętność współpracy na etapie rehabilitacji i zatrudniania,
- wiedza na temat narzędzi stosowanych w rehabilitacji zawodowej i umiejętność ich dobierania do potrzeb konkretnego klienta (sesje indywidualne, warsztaty uczące poruszania się po rynku pracy, szkolenia uzupełniające kompetencje kluczowe, szkolenia zawodowe, pośrednictwo pracy),
- umiejętność współpracy z pracodawcami zatrudniającymi osoby niepełnosprawne, wiedza o źródłach oraz pomoc w uzyskiwaniu dofinansowania do miejsc pracy.

Znajomość rynku pracy oraz instytucji i usług rynku pracy

Na tę kompetencję składają się:

- wiedza na temat polityki rynku pracy, instytucji i usług rynku pracy,
- znajomość specyfiki podmiotów chronionego i otwartego rynku pracy,
- umiejętność analizy lokalnego rynku pracy oraz powiązania potrzeb pracodawców i potencjalnych pracowników,
- zdolność do wsparcia klienta w zakresie aktywnego poszukiwania zatrudnienia oraz pracodawcy w zakresie przystosowania stanowiska pracy.

Znajomość metod i narzędzi pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Na tę kompetencję składają się:

- rozumienie roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w systemie kompleksowego wsparcia klientów,
- znajomość narzędzi i technik wykorzystywanych w planowaniu i realizacji rehabilitacji kompleksowej, m.in.: ogólnych zasad zarządzania projektem, zasad opracowania indywidualnego planu rehabilitacji, sporządzania harmonogramu, budżetu, ewaluacji i weryfikacji procesu, narzędzi wspomagających organizację pracy własnej specjalisty,
- umiejętność trafnego diagnozowania potrzeb i oczekiwań klienta we współpracy z ekspertami: lekarzami, fizjoterapeutami, psychologami, doradcami, pośrednikami pracy, trenerami itd.,
- umiejętność włączania do procesu rehabilitacji ekspertów dziedzinowych w ramach potrzeb klienta,

- znajomość zasad postępowania z osobą w kryzysie, motywowania klienta do podejmowania działań oraz wspierania w rozwoju,
- zdolność do elastycznego reagowania z poszanowaniem wartości i potrzeb klienta,
- umiejętność budowania pozytywnego wizerunku pracujących osób z niepełnosprawnością.

Znajomość podstawowych zasad psychologicznego funkcjonowania człowieka

Na tę kompetencję składają się:

- umiejętność interpretowania określonych zachowań klienta,
- zdolność nawiązania kontaktu z klientem z obniżonym nastrojem, apatią, depresją, zaburzeniami psychicznymi,
- wiedza na temat podstawowych problemów psychologicznych występujących u osób po wypadkach i z chorobami przewlekłymi, zasad pracy psychologa z osobami z niepełnosprawnością,
- umiejętność budowania zaufania i umiejętność współpracy z klientem o podwyższonej wrażliwości emocjonalnej. Znajomość podstawowych zasad etyki kontaktu i współpracy z osobami z różnymi zespołami zaburzeń i z niepełnosprawnością,
- umiejętność radzenia sobie w sytuacjach nagłych i panowania nad emocjami oraz współpracy z psychologiem.

Umiejętność obsługi komputera

Stały dostęp do informacji oraz możliwość komunikacji za pomocą internetu, a także organizacja pracy poprzez zarządzanie dokumentacją elektroniczną wymaga co najmniej podstawowej umiejętności obsługi komputera i znajomości programów w ramach powszechnie wykorzystywanego pakietu MS Office (programy Word, Excel).

3. Standardy jakości pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Podstawą wykonywania zadań przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją są wartości: szacunek i służebność, godność i dobro klienta, odpowiedzialność – w tym poufność, uczciwość, rzetelność w gromadzeniu informacji i ich opracowywaniu, autorefleksja i uczenie się na błędach, zaufanie, dialog, otwartość – różnorodność.

W procesie realizacji kluczowych zadań, które wymagają licznych kompetencji, warto określić aksjologiczne ramy działania, uniwersalne wartości – zasady,

do których można się odwołać w pracy z klientem. Standardy jakości pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją winny być następujące:

- 1) Jasno określona misja.
- 2) Przestrzeganie zasad etycznych i prawnych.
- 3) Kierowanie się dobrem klienta.
- 4) Zachowanie poufności w zakresie informacji, które zostaną pozyskane.
- 5) Profesjonalizm w działaniu.
- 6) Gotowość do ustawicznego doskonalenia się w zawodzie oraz w zakresie podnoszenia swoich kompetencji: superwizja, certyfikacja, uczenie się od innych, **jobshadowing** (obserwacja kompetencji specjalisty w miejscu pracy po to, aby początkujący specjalista ds. zarządzania rehabilitacją mógł poprzez czynną obserwację uczyć się i przyswajać dobre praktyki).

4. Rekrutacja kandydatów na specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją

4.1. Wymagania wobec kandydatów na studia

Kandydaci na studia podyplomowe w zakresie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją muszą spełniać następujące wymagania:

- 1) mieć ukończone studia pierwszego stopnia (licencjat) i (lub) studia drugiego stopnia (magisterskie) w dowolnej dziedzinie/dyscyplinie,
- 2) posiadać predyspozycje w obszarach zgodnych z profilem kształcenia.

Studia adresowane są w szczególności do: psychologów i pedagogów społecznych, pracowników instytucji zabezpieczenia społecznego, specjalistów w dziedzinach społecznych, prawnych i medycznych, osób posiadających doświadczenie kontaktu z osobą z niepełnosprawnością w rodzinie lub poprzez pracę, pracowników zajmujących się bezpieczeństwem i higieną pracy, przedstawicieli rad pracowniczych i osób z niepełnosprawnością, menedżerów ds. zasobów ludzkich, lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy.

Przed przystąpieniem do procesu rekrutacji kandydaci powinni mieć możliwość zapoznania się z modelem kształcenia oraz profilem kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

4.2. Zasady rekrutacji na studia

Za przeprowadzenie rekrutacji na studia odpowiada komisja rekrutacyjna powoływana zgodnie z przepisami obowiązującymi na danej uczelni. Zaleca się, aby w jej skład wchodził: kierownik studiów podyplomowych (opiekun merytoryczny studiów podyplomowych), pełniący funkcję przewodniczącego komisji, oraz psycholog. Do zadań komisji rekrutacyjnej należy m.in.:

- 1) ogłoszenie informacji o rekrutacji,
- 2) ocena formalna dokumentów złożonych przez kandydata,
- 3) ocena merytoryczna kandydatów zgodnie z przyjętą procedurą,
- 4) wydanie decyzji o przyjęciu na studia podyplomowe.

Celem procesu rekrutacji jest:

- a) ocena predyspozycji kandydatów do pełnienia funkcji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (poziom dopasowania kandydatów do profilu kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją),
- b) dobór kandydatów na studia umożliwiający optymalizację efektywności procesu kształcenia (dopasowanie kandydatów w taki sposób, aby zwiększyć korzyści dla procesu uczenia się dzięki wzajemnej wymianie doświadczeń oraz stworzeniu środowiska sprzyjającego rozwojowi kompetencji uczestników studiów, w tym głównie ocena zgodności oczekiwań kandydatów z ofertą studiów podyplomowych).

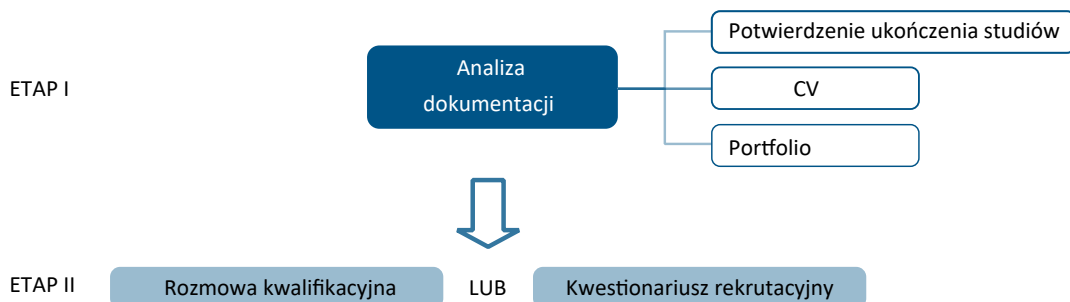
Elementy podlegające ocenie w procesie rekrutacji:

- 1) kwalifikacje kandydatów na studia,
- 2) doświadczenie zawodowe i życiowe,
- 3) preferencje zawodowe,
- 4) motywacja kandydatów do podjęcia studiów podyplomowych i pracy w charakterze specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją,
- 5) możliwości wykorzystania zdobytych kwalifikacji,
- 6) zgodność oczekiwań kandydatów z ofertą studiów.

Rekrutacja składać się będzie z dwóch etapów. W jej procesie rekomendowane jest posługiwanie się skalą punktową, gdzie 0 oznacza całkowity brak zgodności z kryterium podlegającym ocenie, a najwyższy wynik – całkowitą zgodność.

Dla każdego kandydata powinna być opracowana sumaryczna ocena uwzględniająca zarówno wyniki analizy dokumentacji (I etap), jak i rozmowy kwalifikacyjnej/kwestionariusza rekrutacyjnego (II etap).

Rysunek 9. Proces rekrutacji na studia podyplomowe



Etap I (formalny)

Złożenie/nadestanie lub rejestracja w systemie IRK w terminie wyznaczonym przez uczelnię kompletu dokumentów aplikacyjnych, takich jak:

- potwierdzenie ukończenia studiów I lub II stopnia (zaświadczenie/dyplom w oryginale lub poświadczony notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez pracownika uczelni przyjmującego dokumenty),
- *curriculum vitae* (CV) – preferowany szablon CV Europass,
- portfolio: dokumenty potwierdzające dodatkowe kwalifikacje kandydatów (zaświadczenia, certyfikaty), dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe i pozazawodowe kandydatów (np. zaświadczenia o wolontariacie, stażach, praktykach zawodowych), dokumenty potwierdzające doświadczenie związane z pracą z osobami z niepełnosprawnością, osobami starszymi, chorymi (np. dokumenty formalne potwierdzające doświadczenie zawodowe na stanowiskach związanych z tego typu pracą, czy też zaświadczenia i (lub) oświadczenia o sprawowaniu opieki nad osobami z niepełnosprawnościami),
- zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz wykorzystanie wizerunku zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi,
- inne dokumenty wymagane na podstawie przepisów obowiązujących w uczelni.

Nie złożenie kompletu dokumentów wskazanych w ogłoszeniu o rekrutacji skutkuje odrzuceniem aplikacji na studia podyplomowe.

Podstawą oceny kandydata w pierwszym etapie rekrutacji jest analiza jego dokumentacji przez wszystkich członków komisji. Zaleca się, by pierwszy etap stanowił 30% punktów możliwych do zdobycia w całym procesie rekrutacji.

Etap II (merytoryczny)

Przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej lub wypełnienie kwestionariusza rekrutacyjnego, mające na celu ocenę takich elementów, jak: doświadczenie zawodowe i życiowe kandydata, preferencje zawodowe oraz motywacja kandydata i możliwość wykorzystania zdobytych kwalifikacji, oczekiwania kandydata i ich zgodność z programem studiów. Rekomendowane jest na tym etapie rekrutacji przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej.

W przypadku, gdy wykorzystywaną metodą będzie rozmowa kwalifikacyjna, zaleca się, aby została przeprowadzona w obecności min. 2 członków komisji rekrutacyjnej, przeznaczając na jedną rozmowę maks. 30 minut. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej online przy zachowaniu tych samych zasad. Każdy członek komisji ocenia kandydata indywidualnie, przyznając mu punkty. Ocena końcowa z rozmowy, stanowiąca średnią ocen członków komisji, powinna być dokonana w prostym arkuszu oceny (pytanie, ocena, uwagi).

W przypadku rozmowy kwalifikacyjnej i kwestionariusza rekrutacyjnego ocenie podlegają te same obszary i są stosowane te same kryteria oceny. Szczegółowe pytania, ich kolejność oraz kryteria oceny zostaną opracowane przez komisję rekrutacyjną danej uczelni.

Zaleca się, by drugi etap rekrutacji stanowił 70% punktów możliwych do zdobycia w całym procesie rekrutacji.

Tabela 7. Elementy podlegające ocenie w procesie rekrutacji

I ETAP REKRUTACJI

| Obszary podlegające ocenie | Metody oceny | Kryteria oceny | Liczba punktów |
|---|--|--|-----------------------|
| Kwalifikacje kandydatów | Analiza dokumentów: dyplomy ukończenia studiów (licencjackich, magisterskich, podyplomowych); dyplomy, certyfikaty, świadectwa, zaświadczenia o ukończonych kursach i szkoleniach; CV. | W jakim zakresie wykształcenie kandydata jest zgodne z profilem zawodowym specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | 0-5 |
| | | W jakim zakresie uzyskane przez kandydata dodatkowe kwalifikacje są przydatne w zawodzie specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | 0-5 |
| | | Czy kandydat ma kwalifikacje w obszarze pracy z ludźmi i kompetencji miękkich ? | 0-5 |
| Doświadczenie zawodowe i życiowe | Analiza dokumentów: CV, dokumenty dotyczące przebiegu pracy zawodowej, wolontariatu, praktyk zawodowych, innych doświadczeń życiowych i zawodowych. | W jakim zakresie doświadczenie zawodowe kandydata jest przydatne w pełnieniu funkcji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | 0-5 |
| | | W jakim zakresie doświadczenie pozazawodowe kandydata jest przydatne w pełnieniu funkcji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | 0-5 |
| | | Czy kandydat ma doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością, osobami starszymi i(lub) chorymi ? | 0-5 |

II ETAP REKRUTACJI

| Obszary podlegające ocenie | Metody oceny | Kryteria oceny | Przykładowe pytania | Liczba punktów |
|--|---|--|--|----------------|
| Motywacja do podjęcia studiów i pracy w charakterze specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | Jaki jest poziom, źródło, rodzaj motywacji kandydata do podjęcia studiów i pracy w roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | Dlaczego Pan/Pani chce podjąć studia dla specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją? Czy chciałby Pan/Pani pełnić funkcję specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? Dlaczego? | 0-10 |
| Zgodność oczekiwań kandydatów z ofertą studiów podyplomowych | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | W jakim stopniu oczekiwania kandydatów są zgodne z modelem kształcenia? | Jakie kompetencje Pan/Pani chciałaby rozwijać w trakcie studiów? Jakimi przedmiotami oferowanymi na studiach jest Pan/Pani szczególnie zainteresowany? | 0-10 |

| Obszary podlegające ocenie | Metody oceny | Kryteria oceny | Przykładowe pytania | Liczba punktów |
|---|---|---|--|----------------|
| Wiedza na temat roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | W jakim stopniu poziom wiedzy i (lub) wyobrażeń kandydatów na temat roli zawodowej specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest zgodny z modelem? | Proszę opisać, czym Pana/Pani zdaniem zajmuje się specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, z jakimi innymi specjalistami, instytucjami/ podmiotami współpracuje? W jakich organizacjach/ instytucjach, firmach widzi Pan/Pani miejsce dla specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | 0-10 |

| Obszary podlegające ocenie | Metody oceny | Kryteria oceny | Przykładowe pytania | Liczba punktów |
|---|---|---|---|-----------------------|
| Doświadczenie zawodowe i życiowe kandydata | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | W jakim stopniu dotychczasowe doświadczenia zawodowe i pozazawodowe kandydata mogą być przydatne w pełnieniu funkcji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | Proszę opisać swoje doświadczenia zawodowe, które mogą być przydatne w pełnieniu funkcji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Proszę opisać doświadczenia pozazawodowe związane ze wspieraniem osób z niepełnosprawnością, które Pana/ Pani zdaniem mogłyby wzmocnić Pana/ Pani skuteczność jako specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. | 0-10 |

| Obszary podlegające ocenie | Metody oceny | Kryteria oceny | Przykładowe pytania | Liczba punktów |
|--|---|---|---|-----------------------|
| Preferencje zawodowe kandydatów | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | W jakim stopniu preferencje zawodowe kandydata są zgodne z rolą i profilem zawodowym specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | Jaki rodzaj pracy Pan/Pani lubi wykonywać i dlaczego? Jakie sytuacje zawodowe, czynności, zadania do realizacji sprawiają Panu/ Pani najwięcej satysfakcji i dlaczego? | 0-10 |
| Świadomość swoich mocnych stron i obszarów do dalszego rozwoju | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | Jaka jest świadomość kandydata na temat samego siebie i własnego rozwoju? | Jakie Pan/ Pani ma cechy, umiejętności i kompetencje, które mogą być przydatne w pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? Jakie obszary do dalszego rozwoju dostrzega Pan/ Pani u siebie, żeby dobrze wypełniać zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją? | 0-10 |

| Obszary podlegające ocenie | Metody oceny | Kryteria oceny | Przykładowe pytania | Liczba punktów |
|---|---|--|--|-----------------------|
| Możliwość wykorzystania zdobytych kwalifikacji | rozmowa kwalifikacyjna kwestionariusz rekrutacyjny | W jakim stopniu kandydat będzie miał możliwość wykorzystania zdobytych kwalifikacji w pracy zawodowej? | Jak Pan/Pani wykorzysta swoje kwalifikacje po zakończeniu studiów? Jakie są Pana/Pani plany zawodowe w perspektywie pięciu lat? | 0-10 |
| LICZBA PUNKTÓW | | | | 0-100 |

Część III – Model kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

1. Założenia modelu kształcenia

Model kształcenia to całościowy kształt zasad organizacyjnych i programowych (treści kształcenia, metod i technik nauczania) wzajemnie dostosowanych, tworzących system zintegrowany, pozwalający na realizację zadań dydaktycznych. Model kształcenia zawiera opis warunków, w których przebiega edukacja teoretyczna i praktyczna.

Kluczową ideą kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją jest interdyscyplinarność, dlatego uczestnicy studiów nabywają wiedzę, umiejętności oraz kompetencje z bardzo różnorodnych dziedzin i obszarów.

Program kształcenia na studiach podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” obejmuje 243 godziny dydaktyczne i składa się z następujących modułów kształcenia:

- 1) Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) – 50 godzin dydaktycznych,
- 2) Moduł Medyczny (MM) – 37 godzin dydaktycznych,
- 3) Moduł Psychologiczny (MP) – 55 godzin dydaktycznych,
- 4) Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) – 40 godzin dydaktycznych,
- 5) Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) – 51 godzin dydaktycznych,
- 6) Moduł Seminarium – 10 godzin dydaktycznych.

W czasie dwóch semestrów trwania studiów student zrealizuje łącznie 673 godzin zajęć (30 ECTS), w tym: 93 godzin wykładów, 150 godzin ćwiczeń/warsztatów/konwersatoriów (w tym 10 godzin seminarium, 6 godzin uczestnictwa w wizycie studyjnej) oraz 430 godzin w ramach samokształcenia.

Przewidziane są różne formy prowadzenia zajęć – m.in.: wykład, warsztat, konwersatorium, ćwiczenia, wizyty studyjne. Studia podyplomowe trwają

10 miesięcy i odbywają się w formule zjazdów weekendowych. Kończą się przygotowaniem pracy dyplomowej pod kierunkiem promotora, która podlegać będzie recenzji.

Tabela 8. Plan studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

| I SEMESTR | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------|------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------|------|
| Lp. | Nazwa przedmiotu | Forma zajęć | Forma zaliczenia | Liczba godzin w semestrze | Liczba godz. pracy własnej | Łączna liczba godz. pracy studenta | Sposób weryfikacji EK | ECTS |
| MODUŁ PRAWNO-ORGANIZACYJNY | | | | | | | | |
| 1 | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | W | Zal/o | 35 | 30 | 65 | Test | 2 |
| MODUŁ MEDYCZNY | | | | | | | | |
| 2 | Propedeutyka medycyny | W | Zal/o | 9 | 41 | 50 | Test | 2 |
| 3 | Propedeutyka rehabilitacji medycznej | W/Ćw | E | 28 (20 W; 8 Ćw) | 47 | 75 | Egzamin pisemny (test) | 3 |
| MODUŁ PSYCHOLOGICZNY | | | | | | | | |
| 4 | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | W | E | 15 | 35 | 50 | Egzamin pisemny | 2 |

| I SEMESTR | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|-------------|
| Lp. | Nazwa przedmiotu | Forma zajęć | Forma zaliczenia | Liczba godzin w semestrze | Liczba godz. pracy własnej | Łączna liczba godz. pracy studenta | Sposób weryfikacji EK | ECTS |
| 5 | Kompetencje interpersonalne I | War | Zal/o | 20 | 30 | 50 | Aktywny udział w zajęciach i autorefleksja, odgrywanie ról w trakcie warsztatów | 2 |
| MODUŁ REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ RYNKU PRACY | | | | | | | | |
| 6 | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | K | Zal/o | 25 | 35 | 60 | Test, realizacja zleconego zadania | 2 |
| MODUŁ ZARZĄDZANIA PROCESEM REHABILITACJI | | | | | | | | |

| I SEMESTR | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------|------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------|
| Lp. | Nazwa przedmiotu | Forma zajęć | Forma zaliczenia | Liczba godzin w semestrze | Liczba godz. pracy własnej | Łączna liczba godz. pracy studenta | Sposób weryfikacji EK | ECTS |
| 7 | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | W/Ćw | Zal/o | 8 (4 W; 4 Ćw) | 20 | 28 | Test | 1 |
| MODUŁ SEMINARIUM DYPLOMOWE | | | | | | | | |
| 8 | Seminarium | Sem | zal | 2 | 12 | 14 | - | 1 |
| SUMA I SEMESTR | | | | 142 | 250 | 392 | | 15 |

| II SEMESTR | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------|------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|---|------|
| Lp. | Nazwa przedmiotu | Forma zajęć | Forma zaliczenia | Liczba godzin w semestrze | Liczba godz. pracy własnej | Łączna liczba godz. pracy studenta | Sposób weryfikacji EK | ECTS |
| MODUŁ PSYCHOLOGICZNY | | | | | | | | |
| 1 | Kompetencje interpersonalne II | War | Zal/o | 20 | 34 | 54 | Aktywny udział w zajęciach, autorefleksja | 3 |
| MODUŁ PRAWNO-ORGANIZACYJNY | | | | | | | | |
| 2 | Prawo pracy | K | Zal/o | 15 | 35 | 50 | Test | 2 |
| MODUŁ REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ RYNKU PRACY | | | | | | | | |

| II SEMESTR | | | | | | | | |
|---|---|-------------|------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|---|-----------|
| Lp. | Nazwa przedmiotu | Forma zajęć | Forma zaliczenia | Liczba godzin w semestrze | Liczba godz. pracy własnej | Łączna liczba godz. pracy studenta | Sposób weryfikacji EK | ECTS |
| 3 | Rehabilitacja społeczna | K | Zal/o | 15 | 10 | 25 | Test, realizacja zleconego zadania | 2 |
| MODUŁ ZARZĄDZANIA PROCESEM REHABILITACJI | | | | | | | | |
| 4 | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | W / War | Zal/o | 30 (10 W; 20 War) | 40 | 70 | Realizacja zleconego zadania | 4 |
| 5 | Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych | WS /K | Zal | 13 (6 WS; 7 K) | 13 | 26 | Aktywność na zajęciach, udział w seminariach projektowych | 1 |
| MODUŁ SEMINARIUM DYPLOMOWE | | | | | | | | |
| 6 | Seminarium | Sem | zal | 8 | 48 | 56 | Praca dyplomowa | 3 |
| SUMA II SEMESTR | | | | 101 | 180 | 281 | | 15 |

2. Zakładane efekty uczenia się w odniesieniu do Polskiej Ramy Kwalifikacji

2.1. Polska Rama Kwalifikacji

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 września 2016 r. w sprawie charakterystyk drugiego stopnia Polskiej Ramy kwalifikacji typowych dla kwalifikacji uzyskiwanych w ramach szkolnictwa wyższego po uzyskaniu kwalifikacji pełnej na poziomie 4 – poziomy 6-8 na podstawie Ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji absolwent Studiów Podyplomowych – specjalista ds. zarządzania

rehabilitacją wykazuje w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych co następuje:

| | |
|---------------|---|
| SYMBOL | WIEDZA: ABSOLWENT ZNA I ROZUMIE: |
| P7_UW | w określonych dziedzinach wiedzy – w pogłębiony sposób – fakty, obiekty i zjawiska oraz dotyczące ich teorie i metody, także w powiązaniu z innymi dziedzinami, |
| P7Z_WT | w pogłębionym stopniu zastosowania praktyczne wiedzy właściwej dla kierunku studiów w działalności zawodowej i społecznej, trendy rozwojowe w dziedzinie działalności zawodowej, |
| P7Z_WO | różnorodne, złożone metody w dziedzinie działalności zawodowej, różnorodne, złożone rozwiązania organizacyjne w dziedzinie działalności zawodowej. |
| SYMBOL | UMIEJĘTNOŚCI: ABSOLWENT POTRAFI: |
| P7U_U | komunikować się ze zróżnicowanymi kręgami odbiorców, prezentować uzasadnienia różnych stanowisk, |
| P7Z_UI | monitorować rozwój dziedziny działalności zawodowej i dziedzin powiązanych, prognozować rozwój sytuacji w dziedzinie działalności zawodowej, |
| P7Z_UO | opracowywać plan strategiczny dla zespołu pracowniczego/ organizacji w dziedzinie działalności zawodowej, wykonywać złożone i nietypowe zadania zawodowe w zmiennych i nieprzewidywalnych warunkach, analizować i oceniać prowadzoną działalność zawodową w perspektywie trendów rozwojowych w dziedzinie działalności zawodowej, |
| P7S_UU | samodzielnie planować własne uczenie się przez całe życie i ukierunkowywać innych w tym zakresie. |
| SYMBOL | KOMPETENCJE SPOŁECZNE: ABSOLWENT JEST GOTÓW DO: |
| P7U_K | podejmowania inicjatyw, krytycznej oceny siebie oraz zespołów i organizacji, w których działaniu uczestniczy, przewodzenia grupie i ponoszenia odpowiedzialności za nią, |
| P7Z_KP | wymagania od innych przestrzegania zasad obowiązujących w dziedzinie działalności zawodowej, dotyczących utrzymywania jakości prowadzonej działalności oraz kultury współpracy i kultury konkurencji, |

| | |
|---------------|--|
| SYMBOL | WIEDZA: ABSOLWENT ZNA I ROZUMIE: |
| P7Z_KW | utrzymywania i tworzenia właściwych relacji w środowisku zawodowym, |
| P7Z_KO | promowania kultury pro jakościowej w dziedzinie działalności zawodowej, podejmowania decyzji w sytuacjach wysokiego ryzyka. |

Wyjaśnienie symboli kodowania:

Charakterystyki poziomów PRK typowe dla kwalifikacji uzyskiwanych w ramach kształcenia i szkolenia zawodowego (drugiego stopnia)

P = poziom PRK (1...8) – dla studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” przyjęto poziom 7

Z = charakterystyka typowa dla kwalifikacji uzyskiwanych w ramach kształcenia i szkolenia zawodowego

| W = wiedza | U = umiejętności | K = kompetencje społeczne |
|---|---|--|
| T = teorie i zasady Z = zjawiska i procesy O = organizacja pracy N = narzędzia i materiały | I = informacje O = organizacja pracy N = narzędzia i materiały U = uczenie się i rozwój zawodowy | P = przestrzeganie reguł W = współpraca O = odpowiedzialność |

2.2. Zakładane efekty uczenia się po ukończeniu studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

Obszar kształcenia w zakresie: nauki społeczne, nauki medyczne i o zdrowiu.

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|--------------------------|---|------------------|
| WIEDZA | | |
| K_W01 | Nabywa ogólną wiedzę związaną z funkcjonowaniem systemu instytucjonalno-organizacyjnego w zakresie pomocy społecznej i rehabilitacji. Poznaje cele, pojęcia, instrumenty i procedury działania w zakresie rehabilitacji. | P7Z_WT P7Z_WO |

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|-------------------|--|---------------------|
| K_W02 | Nabywa podstawową wiedzę prawniczą w dziedzinach prawa odnoszących się do zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji. Poznaje poszczególne rozwiązania prawne w zakresie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia, prawa cywilnego i postępowania administracyjnego. Zna uprawnienia i obowiązki osób z niepełnosprawnością. Poznaje orzecznictwo sądowe, stanowiska organów państwowych i wypowiedzi doktryny w tym zakresie. | P7Z_ WT |
| K_W03 | Nabywa podstawową wiedzę prawniczą w zakresie prawa pracy, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa w miejscu pracy. Poznaje orzecznictwo sądowe, stanowiska organów państwowych i wypowiedzi doktryny. | P7Z_ WT |
| K_W04 | Prezentuje podstawową wiedzę w zakresie budowy i funkcji organizmu człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem układu krążenia, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego. Zna i rozumie podstawowe procesy fizjologiczne u człowieka oraz mechanizmy patofizjologii chorób. | P7Z_ WT |
| K_W05 | Rozumie znaczenie zdrowia, choroby, niepełnosprawności i starości w relacji do postaw społecznych. Rozumie konsekwencje społeczne choroby i niepełnosprawności oraz bariery społeczno-kulturowe. Zna objawy i przyczyny wybranych zaburzeń i zmian chorobowych oraz metody ich oceny. | P7Z_ WT P7_UW |
| K_W06 | Umie przedstawić definicję i cele rehabilitacji; zna główne wskazania i przeciwwskazania do usprawniania. Zna model Polskiej Szkoły Rehabilitacji oraz skład zespołu rehabilitacyjnego. Zna koncepcję jakości życia uwarunkowaną stanem zdrowia. | P7Z_ WT |
| K_W07 | Opisuje specyfikę psychologicznego funkcjonowania klientów z niepełnosprawnością będącą efektem urazu i stanem wrodzonym lub nabytym w okresie rozwojowym. Dostrzega związek pomiędzy niepełnosprawnością a stylem funkcjonowania oraz rolę rodziny i otoczenia społecznego w procesie rehabilitacji. | P7Z_ WT |

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|--------------------------|--|------------------|
| K_W08 | Zna mechanizmy komunikacji i współpracy z profesjonalistami z różnych dziedzin i placówkami specjalistycznymi. | P7_UW |
| K_W09 | Rozumie mechanizmy związane z budowaniem i organizacją pracy zespołu. | P7Z_WO |
| K_W10 | Nabywa wiedzę w zakresie pojęć, funkcji i zasad rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością oraz wiedzę dotyczącą funkcjonowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej w Polsce. | P7Z_WT |
| K_W11 | Zna instrumenty i narzędzia wsparcia dla osób z niepełnosprawnością. Nabywa wiedzę w zakresie predyspozycji i ograniczeń do wykonywania określonych zawodów przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności. | P7_UW |
| K_W12 | Ma wiedzę na temat: celu działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, jego obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i obowiązujących go zasad etycznych oraz podstawowych założeń zarządzania procesem rehabilitacji, w tym zarządzania marketingowego tym procesem. | P7Z_WT P7Z_WO |
| K_W13 | Ma wiedzę na temat źródeł, metod i zasad pozyskiwania danych potrzebnych do oceny możliwości klienta, stosuje metodę SWOT do analizy sytuacji klienta oraz analizę stakeholders do stworzenia ewidencji osób i instytucji, które mogą w jakikolwiek sposób wywierać wpływ na proces rehabilitacji klienta. | P7_UW |
| K_W14 | Ma wiedzę na temat: zasad tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji i jego kluczowych elementów, koordynacji procesu rehabilitacji, podstawowych funkcji organizatorskich, analizy strategicznej i zarządzania strategicznego, w tym zna elementy budowy strategii dla zarządzania procesem rehabilitacji, kryteriów oceny pracy oraz metod i narzędzi ewaluacji procesu rehabilitacji. | P7Z_WT P7Z_WO |
| K_W15 | Ma wiedzę na temat doświadczeń osób wypełniających zadania z zakresu zarządzania rehabilitacją (na temat szans i zagrożeń, jakie mogą wystąpić podczas tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz jego realizacji). | P7Z_WT |

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|---------------------|--|------------------|
| UMIEJĘTNOŚCI | | |
| K_U01 | Nabywa umiejętności rozumienia złożoności i specyfiki rozwiązań prawno-organizacyjnych dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji, identyfikowania powiązań między nimi, poszukiwania i korzystania z właściwych rozwiązań oraz efektywnego wspierania osoby z niepełnosprawnością w procesie zarządzania rehabilitacją. | P7Z_UI P7Z_UO |
| K_U02 | Nabywa umiejętności identyfikowania i rozstrzygania głównych problemów zachodzących w dziedzinach związanych z rehabilitacją, podejmowania decyzji zgodnych z obowiązującym prawem zabezpieczenia społecznego, administracyjnego i cywilnego w konkretnych sytuacjach faktycznych. Nabywa podstawowe umiejętności w przygotowywaniu dokumentów i uczestniczenia w postępowaniach przy wykorzystaniu orzecznictwa sądowego, stanowisk organów państwowych i wypowiedzi doktryny. | P7Z_UI P7Z_UO |
| K_U03 | Nabywa umiejętności identyfikowania i rozstrzygania głównych problemów dotyczących analizowania i stosowania przepisów prawa pracy, podejmowania decyzji zgodnych z obowiązującym prawem pracy w konkretnych sytuacjach, przygotowywania dokumentów i uczestniczenia w postępowaniach przy wykorzystaniu orzecznictwa sądowego, stanowisk organów państwowych i wypowiedzi doktryny. | P7Z_UI P7Z_UO |
| K_U04 | Posługuje się podstawowym nazewnictwem anatomicznym, szczególnie w zakresie układu krążenia, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego; omawia podstawowe procesy fizjologiczne u człowieka oraz podstawowe mechanizmy patofizjologii chorób. | P7U_U |
| K_U05 | Umie przedstawić podstawowe objawy, metody diagnostyczne, profilaktyczne i lecznicze stosowane u pacjentów z chorobami układu nerwowego, krążenia, układu oddechowego oraz mięśniowo-szkieletowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, nowotworowych i stanów po urazach narządu ruchu. | P7U_U |

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|--------------------------|--|------------|
| K_U06 | Potrafi omówić cele rehabilitacji i metody terapeutyczne. | P7U_U |
| K_U07 | Rozpoznaje możliwości i ograniczenia w kontakcie z osobą z niepełnosprawnością. | P7U_U |
| K_U08 | Potrafi rozwiązywać sytuacje trudne w grupie oraz w kontakcie z potencjalnym klientem, zna i stosuje odpowiednie strategie radzenia sobie z obciążeniami emocjonalnymi. | P7U_U |
| K_U09 | Inicjuje kontakt z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami; włącza osoby niepełnosprawne do planowania procesu rehabilitacji; potrafi stosować narzędzia usprawniające komunikację i współpracę z różnymi specjalistami w realizacji celów rehabilitacji. | P7U_U |
| K_U10 | Potrafi pomóc w doborze i przystosowaniu stanowiska pracy stosownie do rodzaju ograniczeń wynikających z niepełnosprawności danej osoby oraz dobrać odpowiednie wsparcie dla osoby rehabilitowanej w ramach aktualnego systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej. | P7Z_UO |
| K_U11 | Jest zdolny do udzielenia pomocy osobie rehabilitowanej w kontaktach z pracodawcą oraz wspierania pracodawcy w przystosowaniu stanowiska pracy. Potrafi skutecznie znaleźć lub zorganizować grupę wsparcia dla danej osoby z niepełnosprawnością. | P7U_U |
| K_U12 | Potrafi określić cel działań rehabilitacyjnych, podejmować (zgodne z etyką i skutecznością działania) decyzje w zakresie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności oraz wykorzystywać kluczowe elementy strategii marketingowej dla zarządzania procesem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. | P7Z_UO |
| K_U13 | Potrafi pozyskiwać dane potrzebne do oceny możliwości klienta oraz dokonać analizy sytuacji klienta z wykorzystaniem metody SWOT oraz stakeholders. | P7Z_UO |
| K_U14 | Potrafi określić realistyczny cel działań rehabilitacyjnych i opracować indywidualny plan rehabilitacji; potrafi wyciągać wnioski z analizy przebiegu procesu. | P7Z_UO |

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|------------------------------|---|------------|
| K_U15 | Uwzględnia w planowaniu pracy doświadczenia osób wykonujących zadania z zakresu zarządzania rehabilitacją w celu unikania zagrożeń, jakie mogą wystąpić podczas oceny sytuacji klienta, tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz koordynacji procesu rehabilitacji. | P7Z_UO |
| K_U16 | W oparciu o zdobytą wiedzę potrafi określić zakres zadań i celów, które mają posłużyć realizacji przyjętego zakresu tematyki pracy. Potrafi interpretować zebrany materiał związany z podjętymi studiami. | P7Z_UO |
| KOMPETENCJE SPOŁECZNE | | |
| K_K01 | Nabywa kompetencje dotyczące nawiązywania kontaktów, efektywnego komunikowania się i podejmowania współpracy z podmiotami zajmującymi się rehabilitacją. Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju i samodoskonalenia. | P7U_K |
| K_K02 | Korzysta ze zdobytej wiedzy z obszaru: prawa zabezpieczenia społecznego, administracyjnego i cywilnego. Dzieli się zdobytą wiedzą w rozstrzyganiu problemów dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji. Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju i samodoskonalenia. | P7U_K |
| K_K03 | Korzysta ze zdobytej wiedzy w zakresie prawa pracy i dzieli się nią ze współpracownikami, klientami i członkami ich rodzin w rozstrzyganiu problemów dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji. Stosuje zdobytą wiedzę w zakresie prawa pracy w procesie samorozwoju i samodoskonalenia. | P7U_K |
| K_K04 | Stosuje zdobytą wiedzę w procesie koordynowania rehabilitacji, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych. | P7Z_KW |
| K_K05 | Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju, samodoskonalenia oraz wspierania rozwoju osób współpracujących przy planie działań rehabilitacyjnych. | P7U_K |

| Efekt uczenia się | Opis efektu uczenia się | PRK |
|-------------------|---|--------|
| K_K06 | Wykazuje wrażliwość na problemy osób z niepełnosprawnością, jest otwarty na kontakt i twórczy (aktywny) w planowaniu rehabilitacji; potrafi efektywnie komunikować się ze współpracownikami, klientami oraz członkami ich rodzin. | P7Z_KP |
| K_K07 | Stosuje zdobytą wiedzę do wspierania rozwoju i funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych. | P7U_K |
| K_K08 | Potrafi skutecznie komunikować się z osobą z niepełnosprawnością i jej obecnym lub przyszłym pracodawcą. | P7Z_K |
| K_K09 | Ma poczucie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji w sprawie aktywizacji osób niepełnosprawnych; zna zasady etyki postępowania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i potrafi wykorzystać je w planowaniu i realizacji procesu rehabilitacji. | P7Z_KW |
| K_K10 | Ma kompetencje komunikacyjne (przede wszystkim społeczne) potrzebne do prowadzenia wywiadu pogłębionego z klientem oraz wywiadu środowiskowego; jest w stanie oceniać sytuację klienta w sposób empatyczny z uwzględnieniem obszaru jego doświadczeń. | P7Z_KW |
| K_K11 | Podczas tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, a następnie ewaluacji procesu uwzględnia potrzeby, możliwości i oceny klienta, buduje relacje z osobami i instytucjami, które są istotne dla realizacji procesu rehabilitacji. | P7Z_KW |
| K_K12 | Potrafi korzystać z doświadczeń innych osób dla podniesienia kompetencji koniecznych do profesjonalnego wykonywania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. | P7Z_KO |

***Objaśnienie symboli:**

PRK – Polska Rama Kwalifikacji

P7S_WG – kod składnika opisu kwalifikacji dla poziomu 7 w charakterystykach drugiego stopnia Polskiej Ramy Kwalifikacji

K (przed podkreśleniem) – kierunkowe efekty uczenia się

W – kategoria – wiedza

U – kategoria – umiejętności

K (po podkreśleniu) – kategoria – kompetencje społeczne

01, 02, 03 i kolejne – kolejny numer kierunkowego efektu kształcenia

3. Program kształcenia

3.1. Moduł Prawno-Organizacyjny

W ramach modułu MPO realizowane będą następujące przedmioty:

- 1) podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji:
 - a) prawo administracyjne,
 - b) prawo cywilne.
- 2) prawo pracy.

3.1.1. Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne

| | | |
|----|---------------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | PODSTAWY SYSTEMOWE ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO I REHABILITACJI, PRAWO ADMINISTRACYJNE, PRAWO CYWILNE |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wykład |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 35 |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 30 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 65 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Przedmiot powinien być zrealizowany jako pierwszy (I semestr) z przedmiotów w module prawno-organizacyjnym. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Przedmiot powinien być zrealizowany jako pierwszy z przedmiotów z modułu prawno-organizacyjnego. |

| | | |
|----|----------------------|---|
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Przedmiot składający się z części: uregulowań zabezpieczenia społecznego podstaw systemowych rehabilitacji, prawa administracyjnego i cywilnego, ma za zadanie przedstawić w przewidzianej liczbie godzin zagadnienia z zakresu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uregulowań prawnych zabezpieczenia społecznego. 2. Podstawowych regulacji prawa socjalnego. 3. Uregulowań prawnych pomocy społecznej 4. Uregulowań prawnych dotyczących niepełnosprawności. 5. Polityki społecznej państwa. 6. Funkcjonowania modeli polityki społecznej. 7. Organizacji sektora ochrony zdrowia. 8. Wybranej tematyki i zagadnień z prawa administracyjnego. 9. Wybranej tematyki i zagadnień z prawa cywilnego. <p>Student poznaje historię zabezpieczenia społecznego w Europie i w Polsce oraz ogólne uwarunkowania prawno-organizacyjne związane z funkcjonowaniem systemu instytucjonalno-organizacyjnego w zakresie zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji. Dowiaduje się, jakie instytucje udzielają pomocy osobom niepełnosprawnym oraz poznaje ich strukturę organizacyjną, zakres kompetencji i uprawnień. Poznaje rozwiązania instytucjonalne i wspierające związane z pomocą osobom niepełnosprawnym. Następnie poznaje regulacje prawne dotyczące systemu rehabilitacji, uprawnień i przywilejów osób niepełnosprawnych, w tym również system ulg i zwolnień finansowych, oraz prawa osób niepełnosprawnych wraz podstawowymi aktami normującymi te kwestie. Poznaje różne formy wsparcia i pomocy ze strony systemu ochrony zdrowia i innych uprawnionych instytucji.</p> |
|----|----------------------|---|

| | | |
|-----|-------------------|--|
| | | <p>Student poznaje pojęcie zabezpieczenia społecznego i jego podstawowe cechy, a także zasady związane z funkcjonowaniem instytucji powołanej w tym celu. Następnie nabywa wiedzę dotyczącą zasad funkcjonowania zabezpieczenia społecznego i funkcjonujących tam podmiotów wraz z ich zadaniami i formami działalności.</p> <p>Wiedza z zakresu wybranych zagadnień prawa administracyjnego ma określić formalne zasady i procedury postępowania przed uprawnioną instytucją. Student poznaje: podstawowe zasady prawa administracyjnego, istotę takiej regulacji i szczegóły budowy decyzji administracyjnej; podstawowe zasady i pojęcia prawa cywilnego, łącznie z jego podziałem, definicję prawa cywilnego i cywilistyczną metodę regulacji życia społecznego.</p> <p>Otrzymuje informacje związane z prawem rodzinnym i spadkowym w zakresie potrzebnym do zrozumienia takich pojęć, jak: spadek, dziedziczenie, rodzina zastępcza, przysposobienie, pokrewieństwo itd. Systematyzuje mechanizmy funkcjonowania różnych podmiotów i określa podstawowe pojęcia, które mogą być pomocne w pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</p> <p>Nabywa wiedzę na temat funkcjonowania podmiotów związanych z pomocą uprawnionym oraz podstawowych pojęć, które mogą być pomocne w pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</p> |
| 10. | Tryb prowadzenia: | <p>W sali, w auli. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach.</p> |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Przedmiot składa się z części: uregulowań zabezpieczenia społecznego podstaw systemowych rehabilitacji, prawa administracyjnego, prawa cywilnego. Student zapoznaje się z podstawowymi regulacjami prawnymi dotyczącymi różnych aspektów rehabilitacji, wsparciem |
|-----|---------------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <p>finansowym i instytucjonalnym, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania systemu ubezpieczeń społecznych i systemu zabezpieczania społecznego. Poznaje zasady funkcjonowania uprawnionych instytucji i podmiotów polityki społecznej, odpowiedzialnych za organizację procesu rehabilitacji na poziomie krajowym i samorządowym. Kolejnym elementem jest zapoznanie z zasadami zabezpieczenia społecznego, tj. przedstawienie podmiotów oraz procedur potrzebnych i wymaganych w kontaktach z uprawnionymi instytucjami. Następnie prezentowany jest system zabezpieczenia społecznego z punktu widzenia jego ewolucji wraz z towarzyszącymi elementami składowymi i zasadami.</p> <p>Student podczas realizacji przedmiotu poznaje podstawowe pojęcia prawa administracyjnego i jego genezę, zasady organizacji administracji wraz z interpretacją prawa administracyjnego przez uprawnione organy oraz podstawowe zasady, tj. jawności i transparentności działania administracji oraz określone prawa podmiotowe odnośnie do pozycji (relacji) obywatela wobec administracji. Interpretacji i omówieniu będzie również podlegać decyzja administracyjna wraz ze swoimi elementami składowymi.</p> <p>Student poznaje źródła i niezbędne elementy prawa cywilnego, które koncentrują się na specyficznych pojęciach i mechanizmach regulacji cywilnoprawnej różnych zagadnień. Zostanie przedstawiony zarys i budowa Kodeksu cywilnego oraz wymagane elementy z zakresu prawa rodzinnego i prawa zobowiązań, a także postępowanie cywilne i jego rola. Student otrzyma informacje dotyczące podstawowych zasad ochrony danych osobowych i reguł, które przy tym funkcjonują (RODO).</p> |
|--|---|

| | | |
|-----|------------------------|---|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>Przedmiot składa się z części: podstaw systemowych rehabilitacji, uregulowań zabezpieczenia społecznego, prawa administracyjnego i prawa cywilnego. W czasie zajęć poruszone zostaną zagadnienia na temat podstawowych definicji, roli i funkcji różnych dziedzin prawa oraz praw i obowiązków uprawionych do pomocy i zabezpieczenia społecznego podmiotów. Będzie to dotyczyło prezentacji podstawowych pojęć i zasad odnoszących się do poszczególnych części realizowanego przedmiotu.</p> <p>W procesie zaznajamiania studentów z materiałem zostaną przedstawione treści pogrupowane w następujące tematy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geneza zabezpieczenia społecznego i polityki wsparcia ze strony państwa. Podstawowe cele i zadania. 2. Podstawowe regulacje prawne dotyczące zabezpieczenia społecznego wraz z przedstawieniem aktów międzynarodowych (konwencje) i krajowych w randze ustaw, rozporządzeń i określonych wytycznych. 3. Pojęcia i zakres: polityki społecznej, zabezpieczenia społecznego, systemu pomocy społecznej państwa. 4. Przedstawienie i omówienie podstawowych regulacji prawa socjalnego i praktycznego funkcjonowania polityki społecznej (przykłady). 5. Podstawowe regulacje prawne dotyczące rehabilitacji. 6. Zakres pojęciowy, rodzaje, cele i rola rehabilitacji w aspektach medycznych, społecznych i zawodowych. 7. Zakres i sposoby finansowania świadczeń rehabilitacyjnych, a także problemy, które przy tym występują. |
|-----|------------------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 8. System uprawnień i przywilejów osób niepełnosprawnych w obowiązujących przepisach. 9. Przegląd i prezentacja właściwych podmiotów pomocowych i świadczących omawiane usługi, czyli świadczeń pomocowych, rehabilitacyjnych i medycznych. 10. Prezentacja zadań: PFRON, ZUS, NFZ, KRUS, MON, MSWiA, podmiotów administracji centralnej i samorządowej, organizacji pozarządowych, instytucji rynku pracy i zakładów ubezpieczeń społecznych. Aspekty powiązań i współdziałania tych instytucji. 11. Organizacja systemu ochrony zdrowia, finansowania świadczeń zdrowotnych (NFZ), rehabilitacyjnych oraz zasady łączenia przewidzianego wsparcia i pomocy osobie niepełnosprawnej. 12. Przedstawienie podstawowych pojęć prawa administracyjnego. 13. Omówienie zasad prawa administracyjnego i jego wykładni przez uprawnione organy. 14. Sposób działania administracji publicznej. 15. Pojęcie decyzji administracyjnej, jej treść, zakres. Sposób odwołania się od decyzji administracyjnej. 16. Przedstawienie podstawowych pojęć i źródeł prawa cywilnego. 17. Pojęcie cywilistycznej metody regulacji i jej podstawowe cechy. 18. Rozwiązania Kodeksu cywilnego przydatne w praktyce zawodu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 19. Podstawowe pojęcia prawa rodzinnego i spadkowego. Wybrane zagadnienia prawa zobowiązań. 20. Postępowanie cywilne. Zadania, cele i zakres. 21. Ochrona danych osobowych – akt europejski RODO. Podstawowe regulacje i zasady. |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>W czasie zajęć studentom zostanie przybliżona i omówiona następująca tematyka w przewidzianej dla poszczególnych części liczbie godzin:</p> <p>Część I (5 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geneza i rozwój zabezpieczenia społecznego. 2. Ubezpieczenie społeczne w systemie zabezpieczenia społecznego. 3. System ubezpieczeń społecznych w Polsce. Rys historyczny, modele i interpretacja. <p>Część II (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Finansowanie ubezpieczenia społecznego. 2. Typologia ubezpieczeń wraz z przedstawieniem głównych cech. 3. Rodzaje ubezpieczeń: emerytalne, rentowe, chorobowe, zdrowotne, wypadkowe, komercyjne. <p>Część III (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zabezpieczenie społeczne w działalności Międzynarodowej Organizacji Pracy, Rady Europy oraz w regulacjach Unii Europejskiej System pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych. 2. System świadczeń z tytułu niepełnosprawności i bezrobocia. <p>Część IV (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zasady prawa administracyjnego i organizacji administracji. 2. Podstawowe pojęcia prawa administracyjnego. 3. Formy prawne działania administracji. Akty administracyjne, rodzaje. 4. Decyzja administracyjna – budowa i cechy szczególne. 5. Pojęcie sankcji administracyjnej, uznania administracyjnego, dobra publicznego, świadczenia publicznego, obowiązków publicznych. |
|--|--|---|

| | | |
|-----|--|---|
| | | <p>Część V (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zasady postępowania administracyjnego. Zakres obowiązywania k.p.a. 2. Postanowienie administracyjne. Odwołanie od decyzji, zażalenie. <p>Część VI (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pojęcie i źródła prawa cywilnego. Kodeks cywilny. 2. Obszar regulacji prawa cywilnego. 3. Część ogólna prawa cywilnego, prawo rzeczowe i prawo zobowiązań. 4. Prawo rodzinne i spadkowe. 5. Ochrona danych osobowych. RODO. |
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>W każdym z punktów należy zidentyfikować kluczowe elementy wiedzy potrzebne w procesie pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Kluczowe – czyli związane bezpośrednio w wymaganiami i praktyczną wiedzą dotyczącą: systemu ubezpieczeń społecznych, orzecznictwa o niepełnosprawności, prawa rodzinnego, prawa zobowiązań, postępowań (administracyjnego, cywilnego) i formalnych procedur. Zbiór przepisów i zasad, które są istotne dla pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, powinien być odzwierciedlony w materiałach dostarczonych studentom.</p> |

| | | | |
|-----|-------------------|-----------|--|
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Dostarczenie wiedzy o całokształcie procesów i powiązań instytucjonalnych związanych z zabezpieczeniem społecznym i rehabilitacją. |
| | | C2 | Przedstawienie podstawowych definicji, roli i funkcji różnych dziedzin prawa oraz wynikających z nich rozwiązań, a także wzajemnych praw i obowiązków podmiotów działających w obszarze rehabilitacji. |
| | | C4 | Rozwijanie umiejętności związanych ze stosowaniem przepisów prawnych w praktyce. |

| | | | |
|-----|---|----------------------|---|
| 15. | <p>Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi:</p> | <p>WIEDZA</p> | <p>K_W01 Nabywa ogólną wiedzę związaną z funkcjonowaniem systemu instytucjonalno-organizacyjnego w zakresie pomocy społecznej i rehabilitacji. Poznaje cele, pojęcia, instrumenty i procedury działania w zakresie rehabilitacji.</p> <p>K_W02 Nabywa podstawową wiedzę prawniczą w dziedzinach prawa odnoszących się do zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji; poznaje poszczególne rozwiązania prawne w zakresie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia, prawa cywilnego i postępowania administracyjnego. Zna uprawnienia i obowiązki osób z niepełnosprawnością. Poznaje orzecznictwo sądowe, stanowiska organów państwowych i wypowiedzi doktryny w tym zakresie.</p> |
|-----|---|----------------------|---|

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---|
| | | <p>UMIEJĘT- NOŚCI</p> | <p>K_U01 Nabywa umiejętności rozumienia złożoności i specyfiki rozwiązań prawno-organizacyjnych dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji, identyfikowania powiązań między nimi, poszukiwania i korzystania z właściwych rozwiązań oraz efektywnego wspierania osoby z niepełnosprawnością w procesie zarządzania rehabilitacją.</p> <p>K_U02 Nabywa umiejętności identyfikowania i rozstrzygania głównych problemów zachodzących w dziedzinach związanych z rehabilitacją, podejmowania decyzji zgodnych z obowiązującym prawem zabezpieczenia społecznego, administracyjnego i cywilnego, w konkretnych sytuacjach faktycznych. Nabywa podstawowe umiejętności w przygotowywania dokumentów i uczestniczenia w postępowaniach przy wykorzystaniu orzecznictwa sądowego, stanowisk organów państwowych i wypowiedzi doktryny.</p> |
|--|--|----------------------------------|---|

| | | | |
|-----|---------------------|--|--|
| | | <p>KOMPE- TENCJE SPOŁECZNE</p> | <p>K_K01 Nabywa kompetencje dotyczące nawiązywania kontaktów, efektywnego komunikowania się i podejmowania współpracy z podmiotami zajmującymi się rehabilitacją. Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju i samodoskonalenia.</p> <p>K_K02 Korzysta ze zdobytej wiedzy z obszaru: prawa zabezpieczenia społecznego, administracyjnego i cywilnego. Dzieli się zdobytą wiedzą w rozstrzyganiu problemów dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji. Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju i samodoskonalenia.</p> |
| 16. | Metody dydaktyczne: | <p>Podstawową metodą dydaktyczną będzie wykład (bądź seminarium), prezentujący w przystępnej formie opisane wyżej treści. Wykład realizowany:</p> <ul style="list-style-type: none"> • za pomocą prezentacji PP, • przy wykorzystaniu pomocy naukowych i podręczników, • przy wykorzystaniu grup projektowych i symulacji sytuacji faktycznych, • poprzez analizy tematyczne – case study. | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywność uczestnictwa w grupach projektowych (prezentacja zbiorowa) i (lub) praca semestralna (grupowa lub indywidualna) – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE – 0 pkt). • Wywiązanie się z powierzonych zadań indywidualnych oraz zespołowych. <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z testu zaliczeniowego. | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia, określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | <p>TEST PISEMNY JEDNOKROTNEGO WYBORU</p> <table border="1" data-bbox="541 734 1219 1243"> <tr> <td data-bbox="541 734 866 820">Ocena niedostateczna (2,0)</td> <td data-bbox="866 734 1219 820">0-50% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 820 866 906">Ocena dostateczna (3,0)</td> <td data-bbox="866 820 1219 906">51-60% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 906 866 991">Ocena dostateczna plus (3,5)</td> <td data-bbox="866 906 1219 991">61-70% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 991 866 1077">Ocena dobra (4,0)</td> <td data-bbox="866 991 1219 1077">71-80% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 1077 866 1163">Ocena ponad dobra (4,5)</td> <td data-bbox="866 1077 1219 1163">81-90% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 1163 866 1243">Ocena bardzo dobra (5,0)</td> <td data-bbox="866 1163 1219 1243">91-100% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> </table> | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna (3,0) | 51-60% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna plus (3,5) | 61-70% poprawnych odpowiedzi | Ocena dobra (4,0) | 71-80% poprawnych odpowiedzi | Ocena ponad dobra (4,5) | 81-90% poprawnych odpowiedzi | Ocena bardzo dobra (5,0) | 91-100% poprawnych odpowiedzi |
| Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna (3,0) | 51-60% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna plus (3,5) | 61-70% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dobra (4,0) | 71-80% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena ponad dobra (4,5) | 81-90% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena bardzo dobra (5,0) | 91-100% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----|--|---|
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none">1. Boć J., Prawo administracyjne, WUW, Wrocław 2000.2. Bosak M., Prawo a niepełnosprawność: wybrane aspekty, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2015.3. Ferens A., Macek I., Administracja i polityka. Wprowadzenie, WUW, Wrocław 1999.4. Firlit-Fesnak G., Polityka Społeczna, PWN, Warszawa 2009. |
|-----|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 5. Garbat M., Historia niepełnosprawności geneza i rozwój rehabilitacji, pomocy technicznych oraz wsparcia osób z niepełnosprawnością, Novae Res, Warszawa 2015. 6. Jędrasik-Jankowska I., Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, LexisNexis, Warszawa 2010. 7. Jończyk J., Prawo zabezpieczenia społecznego wydanie III uaktualnione, Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006. 8. Klinik A., Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych, Tom 4 serii W stronę podmiotowości osób niepełnosprawnych, Impuls, Warszawa 2008. 9. Kobiarska-Dowejko A., Niepełnosprawność: przewodnik po prawie, Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych, Olsztyn 2014. 10. Korzuch B., Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji, Wyd. Placet, Warszawa 2004. 11. Nowotny J., Rottermund J., Terapia zajęciowa w rehabilitacji medycznej. Podręcznik dla studentów i terapeutów, Wydawnictwo: Alfa-Medica Press, Warszawa 2016. 12. Pisula E. Bargiel-Matusiewicz K. Walewska K., Oblicza rehabilitacji, Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2011. 13. Radwański Z., Prawo cywilne – część ogólna. LexisNexis, Warszawa 2019. 14. Smyczyński T., Prawo rodzinne i opiekuńcze, LexisNexis, Warszawa 2009. 15. Sthal M., Prawo administracyjne, pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie, wyd. Difin, Warszawa 2013. 16. Szreniawski J., Wstęp do nauki administracji, WUL, Lublin 2000. 17. |
|--|--|--|

| | | |
|-----|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 18. Śledzianowski J., Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych, Impuls, Warszawa 2012. 19. Świątkowski A.M., Europejskie prawo socjalne, t, III – Europejskie prawo ubezpieczeń społecznych, LEX, Warszawa 2000. 20. Uścińska G., Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie, IPISS, Warszawa 2005. 21. Uścińska G., Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich, IPISS, Warszawa 2005. 22. Uścińska G., Zabezpieczenie społeczne w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości, IPISS, Warszawa 2008. 23. Ward A.B., Barnes M., Opara J., Podręcznik rehabilitacji medycznej, Wydawnictwo Urban & Partner, Warszawa 2008. 24. Wierzbowski D.M., Prawo administracyjne, LexisNexis, Warszawa 2004, 25. Woynarowska A., Belzyt J., Doświadczenia niepełnosprawności w przestrzeniach spotkania, Wydawnictwo Naukowe Katedra, Warszawa 2015. |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bieranowski J., Bogdalski P., Goettel M., Prawo cywilne w zarysie, Zakamycze 2007. 2. Garbat M., Historia niepełnosprawności geneza i rozwój rehabilitacji, pomocy technicznych oraz wsparcia osób z niepełnosprawnością, Novae Res, Warszawa 2015. 3. Radwański Z., Olejniczak A., Zobowiązania – część ogólna. WoltersKluwer, Warszawa 2019. 4. Skowrońska E., Prawo spadkowe, LexisNexis, Warszawa 2009. 5. Śledzianowski J., Niepełnosprawni i „Pełnosprawni”, Jedność, Warszawa 2012. 6. Wierzbowski M., Prawo administracyjne, LexisNexis, Warszawa 2004. |

| | | |
|-----|--|---|
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Materiały opracowane do realizacji modułu. 2. Garbat M., Historia niepełnosprawności geneza i rozwój rehabilitacji, pomocy technicznych oraz wsparcia osób z niepełnosprawnością, Novae Res, Warszawa 2015. 3. Jędrasik-Jankowska I., Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, LexisNexis Warszawa 2010. 4. Klinik A., Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych, Tom 4 serii W stronę podmiotowości osób niepełnosprawnych, Impuls, Warszawa 2008. 5. Radwański Z., Prawo cywilne – część ogólna. LexisNexis, Warszawa 2009. 6. Sthal M., Prawo administracyjne, pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie, wyd. Difin, Warszawa 2003. 7. Śledzianowski J., Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych, Impuls, Warszawa 2012. 8. Uścińska G., Zabezpieczenie społeczne w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości, IPISS, Warszawa 2008. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny, materiały do studiowania, wzory pism procesowych, kodeksy, ustawy. |

3.1.2. Prawo pracy

| | | |
|----|------------------------------|--------------------|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | PRAWO PRACY |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Konwersatorium |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 15 |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 35 |

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 50 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Przedmiot powinien być zrealizowany jako drugi z przedmiotów z modułu prawno-organizacyjnego. |
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Student w trakcie zajęć nabywa podstawową wiedzę prawniczą w zakresie prawa pracy ze szczególnym uwzględnieniem uprawnień osób niepełnosprawnych i zasad bezpieczeństwa w miejscu pracy. W czasie zajęć studenci poznają zasady i podstawowe instytucje oraz pojęcia charakterystyczne dla prawa pracy, które najbardziej przydają się w życiu zawodowym oraz pozwalają dostatecznie rozumieć specyfikę uprawnień pracowników i odpowiadające im obowiązki pracodawcy.</p> <p>W szczególności zapoznają się z charakterystyką stosunku pracy i różnic, jakie występują w przypadku form zatrudnienia niepracowniczego. Zapoznają się z obowiązkami pracownika i pracodawcy oraz regulacjami dotyczącymi wynagrodzeń, ich składników oraz ochrony wynagrodzenia za pracę. Poznają szczegółowe regulacje dotyczące odpowiedzialności materialnej i czasu pracy, z uwzględnieniem szczególnych uprawnień osób niepełnosprawnych.</p> |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| | | <p>Zapoznają się z przepisami dotyczącymi zakazu dyskryminacji i mobbingu, otwartym i chronionym rynkiem pracy, a także zdobywają wiedzę na temat mechanizmów ochrony przed niekorzystnymi zjawiskami w relacji pracodawca – pracownik.</p> <p>Zapoznają się również ze źródłami prawa pracy, w szczególności ze źródłami powszechnymi (ustawa, rozporządzenia) i szczególnym (zakładowymi).</p> <p>Podczas zajęć zostanie także przedstawiona odpowiedzialność materialna pracownika według zapisów ustawowych (Kodeksu pracy).</p> |
| 10. | Tryb prowadzenia: | <p>W sali, w auli. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach.</p> |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | <p>Przedmiot ma za zadanie zapoznać studentów z podstawową wiedzą z zakresu prawa pracy. W szczególności dotyczy to takich zagadnień, jak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Powstanie i ustanie stosunku pracy. 2. Obowiązki i uprawnienia pracownika i pracodawcy. 3. Wymiar czasu pracy (w tym wymiar czasu pracy osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności). 4. Urlopy (wypoczynkowy, szkoleniowy, związany z macierzyństwem). 5. Zasady bezpieczeństwa i higieny pracy. 6. Ochrona przed dyskryminacją i mobbingiem. 7. Odpowiedzialność materialna i porządkowa (regulamin pracy). 8. Zatrudnienie na chronionym rynku pracy. <p>Zadaniem przekazywanych treści jest praktyczne wykorzystanie wiedzy z zakresu prawa pracy przez studentów do realizacji zadań związanych z wykonywaniem zawodu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Dotyczy to zarówno bezpośrednich potrzeb klienta, jak i jego aktualnego lub potencjalnego pracodawcy, ze szczególnym uwzględnieniem grup wymagających szczególnej ochrony (niepełnosprawnych, kobiet w ciąży lub karmiących dziecko, osób po 50. roku życia).</p> <p>Po kursie student powinien również w wymaganym zakresie analizować i interpretować przepisy prawne oraz redagować pisma procesowe i formalne.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|----|------------------------|---|
| 12 | Pełny opis przedmiotu: | <p>Przedmiot ma na celu wyrobienie u studentów ogólnej orientacji w strukturze i zakresie regulacji Kodeksu pracy, tendencjach występujących na współczesnym rynku pracy oraz roli i znaczeniu dialogu społecznego w kształtowaniu stosunków pracy.</p> <p>W czasie zajęć poruszone zostaną wybrane problemy i zagadnienia prawa pracy, związane z ich praktycznym stosowaniem, które w swym założeniu będą pomoce w wykonywaniu zawodu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</p> <p>Problematyka zajęć ma koncentrować się na następujących zagadnieniach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawowe pojęcia i źródła prawa pracy (międzynarodowe źródła prawa pracy, układy zbiorowe pracy, Kodeks pracy, regulaminy pracy). 2. Stosunek pracy wraz przedstawieniem jego różnych form (prezentacja rodzajów umowy o pracę, a także charakterystyka elastycznych form zatrudnienia). 3. Różnice pomiędzy stosunkiem pracy a niepracowniczymi formami zatrudnienia. 4. Nawiązanie i rozwiązanie stosunku pracy (prawna ochrona stosunku pracy). 5. Wynagrodzenie za pracę (prawo do wynagrodzenia, regulamin wynagradzania, układy zbiorowe pracy, składniki wynagrodzeń i zasady dokonywania potrąceń). |
|----|------------------------|---|

| | | |
|----|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 6. Czas pracy (regulacja prawna wymiaru i rozkładu czasu pracy, szczególne systemy czasu pracy, regulacje w zakresie czasu pracy osób niepełnosprawnych). 7. Odpowiedzialność materialna pracownika (przesłanki odpowiedzialności materialnej). 8. Odpowiedzialność porządkowa. 9. Bezpieczeństwo i higiena pracy (zasady BHP, wymagania związane z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych). 10. Telepraca i szczególne formy organizacji pracy. 11. Roszczenia ze stosunku pracy. Pojęcie mediacji i postępowania przed sądem pracy. 12. Pojęcie otwartego i chronionego rynku pracy 13. Charakterystyka zakładów pracy chronionej i zakładów aktywności zawodowej 14. Zatrudnienie na chronionym rynku pracy. |
| 13 | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>Podczas zajęć zostaną zrealizowane treści z zakresu prawa pracy, zakwalifikowane do wymaganej wiedzy przekazywanej studentom. Treści koncentrują się wokół następujących tematów:</p> <p>Część I (3 godziny):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Określenie potrzeby znajomości Kodeksu pracy dla zawodu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 2. Definicje prawa pracy (definicje pracodawcy, pracownika, stosunku pracy). 3. Podstawowe zasady prawa pracy (zakaz dyskryminacji, prawo do godziwego wynagrodzenia, prawo do wypoczynku, zaspokajanie bytowych, socjalnych i kulturalnych potrzeb pracowników, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, poszanowanie dóbr osobistych pracownika). 4. Podstawowe obowiązki pracodawcy i pracownika 5. Zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (zasady BHP). 6. Nadzór i kontrola przestrzegania prawa pracy (PIP, SIP). |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>Część II (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stosunek pracy (umowa o pracę, rodzaje umów, kolejna umowa na czas określony, forma i treść umowy o pracę). 2. Różnic pomiędzy stosunkiem pracy a niepracowniczymi formami zatrudnienia. 3. Zatrudnienie na chronionym rynku pracy. Zasady. 4. Rozwiązanie umowy o pracę z zachowaniem okresu wypowiedzenia (m.in. wypowiedzenie umowy zawartej na czas określony, okresy wypowiedzenia różnych umów o pracę). 5. Rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia (rozwiązanie z winy pracownika, rozwiązanie z przyczyn niezawinionych przez pracownika). 6. Definicja czasu pracy (normy i ogólny wymiar czasu pracy, okresy odpoczynku). 7. Urlop wypoczynkowy, szkoleniowy (udzielanie urlopu, urlop proporcjonalny, ustalanie wymiaru urlopu). 8. Uprawnienia pracownika w razie niezgodnego z prawem rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia. 9. Wygaśnięcie umowy o pracę (śmierć pracownika, śmierć pracodawcy, tymczasowe aresztowanie). <p>Część III (6 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Odwołanie się pracownika do sądu pracy (tryb i zasady postępowania). 2. Zatrudnianie pracowników w formie telepracy. 3. Ustalanie wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą (układy zbiorowe pracy, regulamin wynagradzania, stawki wynagrodzenia). 4. Odpowiedzialność materialna i porządkowa pracowników. 5. Przeciwdziałanie mobbingowi i dyskryminacji, ze szczególnym uwzględnieniem dyskryminacji osób niepełnosprawnych 6. Rozwiązywanie kazuśów w celu sprawdzenia pozyskanej wiedzy w praktyce. |
|--|--|---|

| | | | |
|-----|-------------------|-----------|---|
| 14. | Cele kształcenia: | C3 | Poznanie wybranych zagadnień prawa pracy, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa w miejscu pracy. |
| | | C4 | Rozwijanie umiejętności związanych ze stosowaniem przepisów prawnych w praktyce. |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | K_W03 Nabywa podstawową wiedzę prawniczą w zakresie prawa pracy, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa w miejscu pracy. Poznaje orzecznictwo sądowe, stanowiska organów państwowych i wypowiedzi doktryny. |
| | | UMIEJĘTNOŚCI | K_U03 Nabywa umiejętności identyfikowania i rozstrzygania głównych problemów dotyczących analizowania i stosowania przepisów prawa pracy, podejmowania decyzji zgodnych z obowiązującym prawem pracy w konkretnych sytuacjach faktycznych, przygotowywania dokumentów i uczestniczenia w postępowaniach, przy wykorzystaniu orzecznictwa sądowego, stanowisk organów państwowych i wypowiedzi doktryny. |
| | | KOMPETENCJE SPOŁECZNE | K_K03 Korzysta ze zdobytej wiedzy w zakresie prawa pracy i dzieli się nią ze współpracownikami, klientami i członkami ich rodzin w rozstrzyganiu problemów dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji. Stosuje zdobytą wiedzę w zakresie prawa pracy w procesie samorozwoju i samodoskonalenia. |
| 16. | Metody dydaktyczne: | Podstawową metodą prezentacji będzie wykład opisujący w przystępnej formie zawarte powyżej treści: z użyciem prezentacji PP, korzystając z pomocy naukowych i podręczników, korzystając z grup projektowych i symulacji sytuacji faktycznych (case study). | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywność uczestnictwa w grupach projektowych (prezentacja zbiorowa) i (lub) praca semestralna (grupowa lub indywidualna) – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE– 0 pkt). <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z testu. | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | <p>TEST PISEMNY JEDNOKROTNEGO WYBORU</p> <table border="1" data-bbox="525 616 1206 1121"> <tr> <td data-bbox="525 616 848 702">Ocena niedostateczna (2,0)</td> <td data-bbox="848 616 1206 702">0-50% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="525 702 848 788">Ocena dostateczna (3,0)</td> <td data-bbox="848 702 1206 788">51-60% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="525 788 848 873">Ocena dostateczna plus (3,5)</td> <td data-bbox="848 788 1206 873">61-70% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="525 873 848 959">Ocena dobra (4,0)</td> <td data-bbox="848 873 1206 959">71-80% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="525 959 848 1045">Ocena ponad dobra (4,5)</td> <td data-bbox="848 959 1206 1045">81-90% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="525 1045 848 1121">Ocena bardzo dobra (5,0)</td> <td data-bbox="848 1045 1206 1121">91-100% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> </table> | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna (3,0) | 51-60% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna plus (3,5) | 61-70% poprawnych odpowiedzi | Ocena dobra (4,0) | 71-80% poprawnych odpowiedzi | Ocena ponad dobra (4,5) | 81-90% poprawnych odpowiedzi | Ocena bardzo dobra (5,0) | 91-100% poprawnych odpowiedzi |
| Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna (3,0) | 51-60% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna plus (3,5) | 61-70% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dobra (4,0) | 71-80% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena ponad dobra (4,5) | 81-90% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena bardzo dobra (5,0) | 91-100% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----|--|---|
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baran K., System prawa pracy, t. VII: Zatrudnienie niepracownicze, Lex a Wolters Kluwer, Warszawa 2015. 2. Florek L. (red.), Kodeks pracy. Komentarz, Wolters Kluwer, Warszawa 2017. 3. Florek L., Prawo pracy, Beck, Warszawa 2017. 4. Garbat M., Zatrudnienie chronione osób z niepełnosprawnościami – wybrane przykłady funkcjonujące w krajach Europy. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, nr 39 (3/2014). 5. Jackowiak U., Uziak W., Wypych-Żywicka A., Prawo pracy. Podręcznik dla studentów prawa, Wolters Kluwer, Warszawa 2012. 6. Niedbała Z., Prawo pracy, LexisNexis, Warszawa 2012. 7. Źródła prawa: Konstytucja RP, Ustawa Kodeks pracy, rozporządzenia, inne akty prawne. |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bąk E., Nietypowe formy zatrudnienia na rynku pracy, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2009. 2. Męcina J., Zatrudnienie niepracownicze z perspektywy polityki społecznej i rynku pracy, [w]: System prawa pracy, t. VII, K. Baran (red.), Lex a Wolters Kluwer, Warszawa 2015. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/ bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baran K., System prawa pracy, t. VII: Zatrudnienie niepracownicze, Lex a Wolters Kluwer, Warszawa 2015. 2. Florek L., Kodeks pracy. Komentarz, Wolters Kluwer, Warszawa 2017. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny, materiały do studiowania, wzory pism procesowych, Kodeks pracy. |

3.2. Moduł Medyczny

W ramach modułu MM realizowane będą następujące przedmioty:

- 1) propedeutika medycyny,
- 2) propedeutika rehabilitacji medycznej.

3.2.1. Propedeutika medycyny

| | | |
|----|---------------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | PROPEDEUTYKA MEDYCYNY |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wykład |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 9 |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 41 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 50 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Przedmiot powinien być zrealizowany jako pierwszy z z modułu medycznego. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 9. | Założenia (opisowo): | Założeniem jest przygotowanie studenta do kontaktu z członkami zespołu rehabilitacyjnego (lekarzami, fizjoterapeutami, personelem pielęgniarskim i innymi), nabycie podstawowej wiedzy w zakresie nomenklatury medycznej dotyczącej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i pielęgnacji klientów z poszczególnymi chorobami i po urazach. Słuchacz zostanie wyposażony w podstawową wiedzę merytoryczną ułatwiającą mu zrozumienie istoty problemu medycznego będącego przyczyną niepełnosprawności klienta, którego procesem rehabilitacji zarządza. Z punktu widzenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją istotna jest umiejętność rozróżnienia pomiędzy medycyną opartą na dowodach płynących z badań naukowych i systematycznym przyroście wiedzy a rozpowszechnianymi |

| | | |
|-----|-------------------|--|
| | | <p>różnymi kanałami komunikacji informacjami „alternatywnymi”. Oprócz codziennej współpracy z profesjonalistami medycznymi specjalista powinien mieć umiejętność rozróżniania tych dwóch rodzajów informacji, komunikowania się z klientem na temat jego stanu zdrowia, dysfunkcji, niepełnosprawności i planowania dalszego postępowania, aby przywrócić go jak najszybciej do pełnienia funkcji społecznych i zawodowych. Ponadto celem przedmiotu jest wyposażenie studentów w wiedzę związaną z podstawową nomenklaturą anatomiczną oraz elementarnymi aspektami fizjologii i patofizjologii człowieka. Przedmiot stanowi wprowadzenie do dalszych etapów edukacji w zakresie medycyny, w tym rehabilitacji medycznej.</p> <p>Student powinien samodzielnie uzupełnić wiedzę z podstawowych zagadnień z zakresu epidemiologii najczęściej występujących chorób i urazów. Zakłada się, że student zaznajomi się z kategoriami „zdrowie” i „choroba”, ich implikacjami dla zarządzania procesem rehabilitacji oraz ogólnymi normami etycznymi w medycynie.</p> |
| 10. | Tryb prowadzenia: | <p>W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach.</p> |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | <p>Propedeutyka medycyny stanowi wstęp do ogólnej wiedzy i nauki o najczęstszych jednostkach chorobowych występujących w społeczeństwie, będących wskazaniem do rehabilitacji i przyczyną czasowej lub trwałej niepełnosprawności. Schemat omawiania każdej choroby obejmuje: dane epidemiologiczne, objawy, możliwości diagnostyczne, działania profilaktyczne, a także skutki społeczne poszczególnych jednostek chorobowych. Ponadto zadaniem przedmiotu jest zapoznanie studentów z podstawową nomenklaturą anatomiczną oraz elementarnymi aspektami fizjologii i patofizjologii człowieka. Podstawowym celem nauczania jest przygotowanie studenta do merytorycznej komunikacji z pracownikami ochrony i organizacji zdrowia oraz zrozumienie istoty choroby, z którą zetknął się klient.</p> |
| 12 | Pełny opis przedmiotu: | <p>Propedeutyka medycyny ma za zadanie przygotować studenta do kontaktów z lekarzami, fizjoterapeutami, personelem pielęgniarskim i innymi profesjonalistami z zakresu medycyny. Obejmuje podstawowe zagadnienia i pojęcia z obszaru wiedzy klinicznej, a przede wszystkim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pojęcie zdrowia i choroby, • najczęstsze patologie i ich przyczyny w poszczególnych układach anatomicznych i czynnościowych, • nomenklaturę dotyczącą diagnostyki i leczenia najczęściej występujących chorób i urazów, • klasyfikację chorób z zakresu ICD10, • pojęcie rozpoznania choroby – rola lekarza: badanie • podmiotowe (wywiad – ważna współpraca klienta i jego rodziny z lekarzem) i przedmiotowe, rozpoznanie wstępne, diagnostyka różnicowa, badania dodatkowe, konsultacje innych lekarzy specjalistów (konsylium), rozpoznanie ostateczne, |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • ustalenie celów krótko- i długoterminowych leczenia i rehabilitacji, • rokowanie, informacja dla klienta na każdym etapie ww. procesów, • wybór metody leczenia i rehabilitacji (zachowawcze, operacyjne – rola klienta w decyzji o wyborze metody leczenia i rehabilitacji), z uwzględnieniem naturalnego przebiegu choroby, • pojęcie rehabilitacji, opieki medycznej i leczenia objawowego. <p>Obejmuje w swoich treściach programowych pojęcie jakości życia oraz jego znaczenie w leczeniu i podczas procesu rehabilitacji. Propedeutyka medycyny stanowi wstęp do ogólnych pojęć i nazewnictwa w zakresie najczęstszych jednostek chorobowych występujących w społeczeństwie i będących wskazaniem do rehabilitacji.</p> <p>Schemat omawiania chorób, które stanowią najczęstszą przyczynę niepełnosprawności, obejmuje: dane epidemiologiczne, objawy, możliwości diagnostyczne, możliwości leczenia i rehabilitacji, działania profilaktyczne, a także skutki społeczne poszczególnych chorób.</p> <p>W skład treści programowych, przedstawianych w formie wykładu, wchodzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pojęcie zdrowia, choroby i niepełnosprawności, • przyczyny chorób będących najczęstszym powodem niepełnosprawności i ich patogeneza, • podstawowe pojęcia w zakresie metod diagnostycznych, diagnozy lekarskiej, oceny funkcjonalnej, • podstawowe pojęcia z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, leczenia, rehabilitacji i opieki medyczno-społecznej. • Student podczas realizacji przedmiotu zdobędzie wiedzę dotyczącą: <ul style="list-style-type: none"> • czynników wpływających na stan zdrowia człowieka oraz fizjopatologii choroby, |
|--|--|---|

| | | |
|-----|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • zaburzeń adaptacyjnych organizmu człowieka, • współczesnych metod diagnostycznych, • anatomii, fizjologii, epidemiologii oraz czynników ryzyka najczęstszych objawów i chorób układu: krążeniowo-naczyniowego, pokarmowego, neurologicznego, endokrynologicznego, kostno-stawowego, rozrodczego, oddechowego, moczowo-płciowego, krwiotwórczego, limfatycznego, • symptomatologii chorób z ww. układów (w podstawowym zakresie). |
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>CZĘŚĆ I (2 godziny): PROPEDEUTYKA ANATOMII CZŁOWIEKA Wykłady:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzenie do nomenklatury anatomicznej: okolice i części ciała, wybrane układy organizmu (kości, stawy, mięśnie, inne). <p>Zagadnienia szczegółowe do pracy własnej studenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteologia ogólna. 2. Połączenia kości – połączenia stawowe (stawy), połączenia chrzęstne (chrząstkozrost, spojenie). Więzadła. 3. Połączenia czaszki, klatki piersiowej, kręgosłupa. Krążki międzykręgowe. 4. Połączenia obręczy kończyny górnej oraz kości części wolnej kończyny górnej: staw barkowo-obojczykowy, mostkowo-obojczykowy, ramienny, staw barkowy, łokciowy, nadgarstkowy, stawy ręki. 5. Połączenia obręczy kończyny dolnej i kości części wolnej kończyny dolnej: staw krzyżowo-biodrowy, spojenie łonowe, biodrowy, kolanowy, skokowo-goleniowy (staw skokowy górny), stawy stępu, śródstopia i palców. 6. Mięśnie głowy, szyi, klatki piersiowej, grzbietu, brzucha, guziczne. Mięśnie kończyny górnej i dolnej. Kaletki i pochewki maziowe. 7. Serce. Tętnice. Żyły. 8. Układ chłonny. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>9. Układ oddechowy: nos zewnętrzny, jama nosowa, krtań, tchawica, oskrzela, płuca.</p> <p>10. Układ trawienny: jama ustna, gardło, przewód pokarmowy – przetyk, żołądek, jelito cienkie, jelito grube. Wątroba, trzustka.</p> <p>11. Układ moczowo-płciowy: nerki, moczowody, pęcherz moczowy, cewka moczowa. Narządy płciowe męskie i żeńskie. Krocze. Pachwina.</p> <p>12. Gruczoły dokrewne.</p> <p>13. Układ nerwowy ośrodkowy: mózgowie, rdzeń kręgowy.</p> <p>14. Układ nerwowy obwodowy: nerwy czaszkowe, nerwy rdzeniowe, sploty nerwowe, nerwy obwodowe.</p> <p>15. Układ nerwowy autonomiczny.</p> <p>16. Narządy zmysłów: narząd wzroku, słuchu, węchu, smaku.</p> <p>17. Skóra.</p> <p>CZĘŚĆ II (2 godziny): PROPEDEUTYKA FIZJOLOGII CZŁOWIEKA Podstawy teoretyczne i aspekty praktyczne dotyczące funkcjonowania układów organizmu ludzkiego w aspekcie fizjologii układów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nerwowego, • krążenia, • oddechowego, • trawiennego, • moczowo-płciowego, • mięśniowo-szkieletowego. <p>CZĘŚĆ III (2 godziny): PROPEDEUTYKA PATOFIZJOLOGII CZŁOWIEKA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawy teoretyczne dotyczące nomenklatury wykorzystywanej w patofizjologii człowieka – podstawowe pojęcia. 2. Stłuczenia, skręcenia, zwichnięcia, złamania, amputacje, rany i ich gojenie. 3. Stany zapalne. Zawał. Udar. Degeneracja, starzenie się organizmu. Podział nowotworów – łagodne, złośliwe. |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Patofizjologia i klasyfikacja bólu. 5. Zaburzenia hemodynamiki. 6. Miażdżycza – patofizjologia i wpływ na funkcjonowanie człowieka. 7. Choroby infekcyjne. <p>CZĘŚĆ IV (3 godziny): WPROWADZENIE DO PODSTAWOWEJ WIEDZY Z ZAKRESU MEDYCYNY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawowe pojęcia z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, leczenia, rehabilitacji i opieki medyczno-społecznej. 2. Pojęcie zdrowia, choroby, choroby przewlekłej i niepełnosprawności według Światowej Organizacji Zdrowia. 3. Przyczyny i patogenezę najczęściej występujących chorób układu krążenia, oddechowego, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, nowotworowych i stanów po urazach narządu ruchu. 4. Podstawowe pojęcia w zakresie metod diagnostycznych, diagnozy lekarskiej. Diagnoza lekarska wstępna: badanie podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe. 5. Nazewnictwo i ogólne informacje na temat badań dodatkowych: laboratoryjnych, obrazowych, elektrofizjologicznych, wysiłkowych i innych. 6. Zasady i cele oceny funkcjonalnej przeprowadzanej przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, psychologa i innych członków zespołu rehabilitacyjnego. 7. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia. 8. Leczenie zachowawcze i operacyjne wybranych chorób oraz urazów; podstawowe formy leczenia chorób, leczenie przyczynowe i objawowe, rehabilitacja, opieka społeczno-medyczna i hospicyjna – leczenie paliatywne. |
|--|--|---|

| | | | |
|-----|--|---------------|--|
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Przypomnienie, przekazanie i utrwalenie wiedzy na temat anatomii prawidłowej człowieka. |
| | | C2 | Przekazanie podstaw teoretycznych dotyczących funkcjonowania układów organizmu ludzkiego w aspekcie jego fizjologii i patofizjologii. |
| | | C3 | Nabycie podstawowej wiedzy o normie fizjologicznej, sposobie jej rozumienia, procesach patologicznych i ich dynamice. |
| | | C4 | Przedstawienie symptomatologii, diagnostyki, profilaktyki i leczenia pacjentów z chorobami układu krążenia, oddechowego, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, nowotworowych i stanów po urazach narządu ruchu. |
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | <p>K_W04 Prezentuje podstawową wiedzę w zakresie budowy i funkcji organizmu człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem układu krążenia, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego. Zna i rozumie podstawowe procesy fizjologiczne u człowieka oraz mechanizmy patofizjologii chorób.</p> <p>K_W05 Rozumie znaczenie zdrowia, choroby, niepełnosprawności i starości w relacji do postaw społecznych. Rozumie konsekwencje społeczne choroby i niepełnosprawności oraz bariery społeczno-kulturowe. Zna objawy i przyczyny wybranych zaburzeń i zmian chorobowych oraz metody ich oceny.</p> |

| | | |
|-----|--|---|
| | | <p>UMIEJĘTNOŚCI</p> <p>K_U04 Posługuje się podstawowym nazewnictwem anatomicznym, szczególnie w zakresie układu krążenia, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego; omawia podstawowe procesy fizjologiczne u człowieka oraz podstawowe mechanizmy patofizjologii chorób.</p> <p>K_U05 Umie przedstawić podstawowe objawy, metody diagnostyczne, profilaktyczne i lecznicze stosowane u pacjentów z chorobami układu nerwowego, krążenia, układu oddechowego oraz mięśniowo-szkieletowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, nowotworowych i stanów po urazach narządu ruchu.</p> |
| | | <p>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</p> <p>-</p> |
| 16. | Metody dydaktyczne: | Wykład konwersatoryjny lub problemowy. Omówienie powyższych reguł wraz ze studentami na przykładach jednostek chorobowych i stanów po urazach o najważniejszym znaczeniu epidemiologicznym oraz społecznym. |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Wywiązanie się z powierzonych zadań indywidualnych oraz zespołowych. <p>Warunki zaliczenia przedmiotu: Formą zaliczenia przedmiotu jest zaliczenie na ocenę.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z zaliczenia – min. 60%. |

| | | | |
|-----|--|--|-------------------------------|
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | ZALICZENIE PISEMNE (TEST PISEMNY JEDNOKROTNEGO WYBORU) | |
| | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-59% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna (3,0) | 60-68% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna plus (3,5) | 69-77% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dobra (4,0) | 78-86% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena ponad dobra (4,5) | 87-95% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena bardzo dobra (5,0) | 96-100% poprawnych odpowiedzi |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aleksandrowicz r., Ciszek B., Mały atlas anatomiczny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015. 2. Gworys B. (red.), Kompendium z anatomii prawidłowej człowieka. Tom I i II. Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2014. 3. Uszyński M., Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Bydgoszczy, 2001. | |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Górski J., Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008. 2. Sienkiewicz Z., Kobos E., Fidecki W., Wybrane aspekty zdrowia i choroby w ujęciu interdyscyplinarnym. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2014. 3. Traczyk W., Fizjologia człowieka w zarysie. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2013. | |

| | | |
|-----|--|---|
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Chorąży M., Złożoność zjawiska życia jako wyzwanie dla medycyny; complexity of the phenomenon of life—the challenge for medicine. <i>Wiadomości Lekarskie</i> (2016): 251. 2. Netter F.H., Atlas anatomii człowieka. Polskie mianownictwo anatomiczne. Red. Janusz Moryś. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny. |

3.2.2. Propedeutyka rehabilitacji medycznej

| | | |
|----|---------------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | PROPEDEUTYKA REHABILITACJI MEDYCZNEJ |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wykład, ćwiczenia |
| 3. | Godziny kontaktowe: | WYKŁADY: 20 godzin/ĆWICZENIA: 8 godzin |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 47 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 75 |
| 6. | Punkty ECTS: | 3 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Wskazane jest realizowanie przedmiotu propedeutyka rehabilitacji medycznej po zrealizowaniu przedmiotu propedeutyka medycyny. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Założeniem przedmiotu jest wyposażenie studenta w wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne związane z podstawowym nazewnictwem w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitacji medycznej, • współpracy z zespołem rehabilitacyjnym z uwzględnieniem roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w zespole, • ochrony i organizacji zdrowia. |
| | | <p>W ramach samokształcenia student pozna rekomendacje w zakresie kompleksowej rehabilitacji medycznej oraz zastosowanie medycyny opartej na faktach (ang. Evidence Based Medicine) w rehabilitacji. Pozna nomenklaturę związaną ze świadczeniami rehabilitacyjnymi finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zyska wiedzę na temat rodzajów rehabilitacji medycznej, adaptowanej aktywności fizycznej oraz metod terapeutycznych stosowanych w procesie rehabilitacji w różnych sytuacjach klinicznych klientów. Student zostanie zapoznany z szeroką działalnością krajowych organizacji pozarządowych w zakresie usprawniania osób niepełnosprawnych i aktywizowania ich poprzez adaptowaną aktywność fizyczną.</p> |
| 10. | Tryb prowadzenia: | <p>W sali wykładowej i w placówce służby zdrowia, np. na oddziale rehabilitacji medycznej i (lub) w centrum rehabilitacyjnym, i (lub) w fundacji/ organizacji zajmującej się rehabilitacją i aktywizacją osób niepełnosprawnych.</p> |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | <p>Celem nauczania jest teoretyczne zapoznanie studentów z podstawowymi pojęciami i terminologią stosowaną w rehabilitacji medycznej. Ponadto podczas realizacji zajęć student zdobędzie przydatne podczas dalszych studiów i w przyszłej pracy praktyczne i podstawowe umiejętności dotyczące zagadnień, które umożliwią skuteczną współpracę z zespołem terapeutycznym i przygotowanie wspólnego planu rehabilitacji pacjenta.</p> |

| | | |
|-----|------------------------|--|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>Zadaniem propedeutyki rehabilitacji medycznej jest przekazanie studentom wiedzy m.in. na temat organizacji, celów oraz metod stosowanych w rehabilitacji medycznej, a także zastosowania klasyfikacji ICF w początkowym postępowaniu diagnostycznym pacjenta/klienta.</p> <p>WYKŁADY</p> <p>Student zostanie wprowadzony w tematykę organizacji kompleksowej rehabilitacji medycznej w Polsce i na świecie.</p> <p>Pozna uwarunkowania kompleksowej rehabilitacji medycznej osób z poszczególnymi grupami schorzeń: rehabilitacji osób z chorobami narządu ruchu, narządów wewnętrznych, układu nerwowego, narządów zmysłów.</p> <p>Zapozna się z nomenklaturą medyczną stosowaną w rehabilitacji medycznej oraz klinimetrią.</p> <p>Pozna metody i narzędzia służące do wyznaczania celów rehabilitacji klientów, dostosowane do ich stanu funkcjonalnego oraz indywidualnych potrzeb.</p> <p>Zdobędzie wiedzę z zakresu kompetencji i roli poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. Zostanie zapoznany również z ich obowiązkami oraz prawami wynikającymi z faktu członkostwa w zespole terapeutycznym.</p> <p>Student pozna również metody aktywizacji ruchowej klientów z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, chorobami przewlekłymi i innymi dysfunkcjami, dostosowane do potrzeb i możliwości funkcjonalnych ww. osób.</p> <p>ĆWICZENIA</p> <p>Głównym zadaniem ćwiczeń jest nabycie zdolności posługiwania się specjalistyczną nomenklaturą medyczną w omawianiu stanu klinicznego klientów i metod oraz celów rehabilitacji medycznej, doskonalenie umiejętności uzyskiwania informacji na temat stanu klinicznego oraz przebiegu rehabilitacji</p> |
|-----|------------------------|--|

| | | |
|-----|--|---|
| | | <p>medycznej (wywiad ustrukturyzowany z klientem i jego rodziną, lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej oraz pozostałymi członkami zespołu rehabilitacyjnego).</p> <p>Podczas ćwiczeń student zdobędzie umiejętność przeprowadzenia wywiadu klinicznego oraz sporządzenia dokumentacji pacjenta/klienta, niezbędnej w dalszym procesie zarządzania rehabilitacją tej osoby. Podczas pracy ze standaryzowanym klientem oraz w bezpośrednim kontakcie z zaproszoną na ćwiczenia osobą z danym rodzajem niepełnosprawności student zdobędzie umiejętność określenia możliwości funkcjonalnych pacjenta/klienta, które zostaną wykorzystane w dalszym etapie postępowania rehabilitacyjnego. Ponadto zadaniem ćwiczeń propedeutyki rehabilitacji medycznej jest nauczenie studenta umiejętności przygotowania indywidualnego planu rehabilitacji na podstawie zebranych danych przy jednoczesnym uwzględnieniu stanu funkcjonalnego i indywidualnych potrzeb pacjenta/klienta. W tej części programu nauczania zwrócona też będzie uwaga na interdyscyplinarny charakter rehabilitacji medycznej, czyli jej związek z innymi dziedzinami klinicznymi.</p> |
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>WYKŁADY CZĘŚĆ I (7 godzin): WPROWADZENIE DO TEMATYKI REHABILITACJI MEDYCZNEJ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definicja i cele rehabilitacji medycznej w Polsce i na świecie. Pojęcie rehabilitacji w niepełnosprawności wrodzonej i wczesnie nabytej. 2. Wprowadzenie do nazewnictwa z zakresu metod terapeutycznych w rehabilitacji medycznej: fizjoterapia, farmakoterapia, zaopatrzenie rehabilitacyjne i pomocnicze, wyroby medyczne, terapia logopedyczna, terapia zajęciowa, integracja i reintegracja osób z niepełnosprawnością. |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 3. Określanie celów rehabilitacji (metoda SMART): cele krótko- i długoterminowe. 4. Polska Szkoła Rehabilitacji – założenia i znaczenie we współczesnej rehabilitacji w Polsce. 5. Organizacja rehabilitacji medycznej w Polsce. Lecznictwo stacjonarne, uzdrowiskowe, sanatoria, szpitale rehabilitacyjne, rehabilitacja środowiskowa i domowa. Rehabilitacja w ramach prewencji rentowej ZUS. Telerehabilitacja. Powiatowe centra pomocy rodzinie, stowarzyszenia pacjentów, stowarzyszenia rodzin pacjentów. 6. Zespół rehabilitacyjny/terapeutyczny budowany indywidualnie na potrzeby każdego pacjenta. Miejsce, obowiązki i prawa specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją wynikające z faktu uczestnictwa w zespole rehabilitacyjnym. <p>CZĘŚĆ II (9 godzin): KOMPLEKSOWA REHABILITACJA MEDYCZNA OSÓB Z WYBRANYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, CHOROBYMI PRZEWLEKŁYMI I INNYMI DYSFUNKCJAMI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitacja medyczna osób z chorobami narządów wewnętrznych: układu sercowo-naczyniowego, oddechowego i moczowo-płciowego. 2. Rehabilitacja medyczna osób z chorobami układu nerwowego. 3. Rehabilitacja medyczna osób z chorobami narządu ruchu. 4. Rehabilitacja medyczna osób ze schorzeniami narządu wzroku (niewidomych i słabo widzących) oraz ze schorzeniami narządu słuchu (głuchych i słabo słyszających). 5. Rehabilitacja medyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną. 6. Rehabilitacja klienta z wielochorobowością, w przypadkach kompleksowych, z niepełnosprawnością sprzężoną. |
|--|--|--|

| | | | |
|-----|-------------------|---|---|
| | | <p>CZĘŚĆ III (4 godziny): METODY DIAGNOSTYCZNE WYKORZYSTYWANE W PROCESIE REHABILITACJI ORAZ AKTYWIZACJA RUCHOWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – informacje ogólne, wprowadzenie do kodowania stanu klienta. 2. Klinimetria w rehabilitacji. Skale uszkodzeń, skale funkcjonalne oraz skale jakości życia wykorzystywane w procesie rehabilitacji: np. Indeks Barthel, Skala Katza (ADL), Skala Rankina, NYHA, EDSS. 3. Zapoznanie studenta z działalnością krajowych organizacji pozarządowych w zakresie usprawniania osób niepełnosprawnych i aktywizowania ich poprzez adaptowaną aktywność fizyczną. <p>ĆWICZENIA (8 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rozmowa z klientem na temat przebiegu rehabilitacji – przygotowanie do umiejętnego kompletowania informacji o kliencie. 2. Dokumentacja na potrzeby procesu zarządzania rehabilitacją. 3. Praktyczna ocena stanu funkcjonalnego klienta (studium przypadku) – wywiad, charakterystyka klienta, kodowanie jego stanu funkcjonalnego według klasyfikacji ICF. 4. Dyskusja na temat indywidualnego planu rehabilitacji na podstawie zebranych informacji dotyczących klienta. | |
| 14. | Cele kształcenia: | C5 | Nabycie podstawowej wiedzy w zakresie nomenklatury, organizacji i metod kompleksowej rehabilitacji, Polskiej Szkoły Rehabilitacji oraz metod stosowanych w rehabilitacji medycznej. |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | K_W06 Umie przedstawić definicję i cele rehabilitacji; zna główne wskazania i przeciwwskazania do usprawniania. Zna model Polskiej Szkoły Rehabilitacji oraz skład zespołu rehabilitacyjnego. Zna koncepcję jakości życia uwarunkowaną stanem zdrowia. |
| | | UMIĘJĘTNOŚCI | K_U06 Potrafi omówić cele rehabilitacji i metody terapeutyczne. |
| | | KOMPETENCJE SPOŁECZNE | K_K04 Stosuje zdobytą wiedzę w procesie koordynowania rehabilitacji, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych. |
| 16. | Metody dydaktyczne: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wykłady problemowe – wprowadzenie do poszczególnych tematów. 2. Ćwiczenia w zakresie interpretacji dokumentacji medycznej, wypisów i wskazań. 3. Ćwiczenia w zakresie komunikowania informacji na temat postępu rehabilitacji pacjenta. 4. Umiejętność oceny wyzwań związanych z rehabilitacją medyczną dla domowników, opieki medycznej i społecznej. | |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywny udział w zajęciach – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE– 0 pkt). • Wywiązanie się z powierzonych zadań indywidualnych oraz zespołowych. <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z egzaminu – min. 60% odpowiedzi pozytywnych. | |

| | | | |
|-----|--|--|--------------------------------|
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | EGZAMIN PISEMNY (TEST PISEMNY JEDNOKROTNEGO WYBORU) | |
| | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0%-59% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna (3,0) | 60%-68% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dość dobra (3,5) | 69%-77% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dobra (4,0) | 78%-86% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena ponad dobra (4,5) | 87%-95% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena bardzo dobra (5,0) | 96%-100% poprawnych odpowiedzi |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwolek A. (red.), Rehabilitacja medyczna Tom I i II. Wyd. Edra Urban&Partnen, Wrocław 2011. 2. Kowalik S. (red.), Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością. Dostosowana aktywność ruchowa. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009. 3. Strugała M., Talarska D. (red), Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Wyd. PZWL, Warszawa 2013. | |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie opracowana przez Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), Europejską Radę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji i Europejską Akademię Rehabilitacji Medycznej, Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, Łódź 2013. 2. Cifu D., Lew H., Braddom's Rehabilitation care: a clinical handbook. Elsevier, 1st edition 2017. 3. Giermek et al., Wyroby medyczne. Zaopatrzenie indywidualne, Wyd. PZWL, Warszawa 2016. | |

| | | |
|-----|--|---|
| | | <p>4. Karwat I.D., Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce T. 2. Liber, Lublin 2002.</p> <p>5. Suchanowski A., Okulczyk K., Aktywność ruchowa adaptacyjna. Wyd. AWF, Gdańsk 2012.</p> |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <p>1. Morgulec-Adamowicz M., Kosmol A., Molik B., Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2015.</p> <p>2. Mrożek-Gąsiorowska M.A., Świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2005–2014. Tendencje i perspektywy. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015; 13 (3): 243-251.</p> <p>3. Piotrowicz r., Jegier A., Szalewska D. et al., Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej: stanowisko ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Wyd. Asteria Med, Warszawa 2017.</p> <p>4. Szalewska D., Niedożytko P. et al., Medycyna fizykalna i rehabilitacja w świetle evidence based medicine: wybrane zagadnienia. Niepełnospr. Rehabil. 2014; r. 14, nr 3, s. 164-174.</p> <p>5. Ucińska M., Odachowska E., Niepełnosprawność jako konsekwencja wypadku drogowego – psychologiczne wsparcie osób z dysfunkcjami. Transport Samochodowy, 2016: 53-70.</p> |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny. |

3.3. Moduł Psychologiczny

W ramach modułu MP realizowane będą następujące przedmioty:

- 1) psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia,
- 2) kompetencje interpersonalne I, 139

3) kompetencje interpersonalne II.

3.3.1. Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | PSYCHOLOGIA KLINICZNA – WYBRANE ZAGADNIENIA |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wykład |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 15 |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 35 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 50 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Przedmiot ma charakter teoretyczny i wprowadzający w problematykę niepełnosprawności, ograniczeń, trudności i zaburzeń, dlatego będzie wykładany w semestrze zimowym jako jeden z pierwszych przedmiotów realizowanych na studiach podyplomowych. Wykład – szczególnie od strony pojęciowej (terminologicznej) – będzie wprowadzeniem do tematyki, z którą zawodowo spotka się specjalista ds. zarządzania szeroko rozumianą rehabilitacją – czyli rehabilitacją psychologiczną, medyczną, społeczną i zawodową. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Rekomendowana realizacja przedmiotu „Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia” równoległe z zajęciami „Propedeutyka rehabilitacji medycznej” z zakresu Modułu medycznego lub po nich. |

| | | |
|-----|----------------------|--|
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Założenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych u słuchaczy studiów podyplomowych, niezbędne do realizacji przedmiotu:</p> <p>Obszar wiedzy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zna podstawowe pojęcia z zakresu psychologii, takie jak: • rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia, • osobowość, • niepełnosprawność, • trudności a zaburzenia rozwoju psychicznego, • choroby psychiczne. <p>Ma aktualną wiedzę w zakresie następujących zagadnień:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Czynniki i uwarunkowania rozwoju psychicznego – co rozwojowi sprzyja, a co zagraża? • Jakie czynniki i warunki mogą powodować proces deformowania się rozwoju psychicznego jednostki? • Rodzaje i stopnie niepełnosprawności. <p>Obszar umiejętności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potrafi integrować wiedzę teoretyczną z praktyką zawodową, • podaje przykłady z praktyki, które są ilustracją omawianych zagadnień teoretycznych, • interpretuje, argumentuje, uzasadnia swoje stanowisko. <p>Obszar kompetencji społecznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykazuje postawę wrażliwości – empatii na problemy ludzi, szczególnie na problemy i sytuację osób z niepełnosprawnością. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | <p>W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach.</p> |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | <p>Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia to przedmiot teoretyczny prowadzony w formie wykładu, który obejmuje zagadnienia klasyfikacji grup zaburzeń klinicznych rozpoznawanych u człowieka dorosłego, etiologię, symptomy i ich wpływ na funkcjonowanie. Kluczowym zadaniem jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opis i interpretacja zachowań jednostki, • określenie możliwości kontroli obserwowanego zachowania – w perspektywie kontaktów społecznych i aktywności na rynku pracy, • uwrażliwienie na ocenę własnych możliwości (zasobów) w kontakcie i komunikacji z osobami niepełnosprawnymi, • podkreślenie roli kontaktu z zachowaniem granic. <p>Dwie grupy zagadnień zostaną wyróżnione, ponieważ w Polsce i na świecie poszerza się grupa dorosłych, u których w dzieciństwie rozpoznano autyzm lub zespół Aspergera. Część osób z tym zaburzeniem może funkcjonować samodzielnie i podejmować pracę. Omówienie specyfiki funkcjonowania dorosłych z dysfunkcją intelektu jako rezultatu pracy rehabilitacyjnej (szczególnie społecznej i zawodowej) zwiększy szanse na zatrudnianie przy udziale specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</p> <p>Wykład ma pokazać różnice pomiędzy grupami problemów klinicznych, takimi jak: dysfunkcje intelektu, choroby psychiczne, zaburzenia struktury osobowości jako przyczyna zaburzeń psychicznych – szczególnie w kontekście relacji interpersonalnych: jak się komunikować, jak reagować na konkretne zachowania (rozpacz, bierność, agresja, roszczeniowość, przekraczanie granic w kontakcie).</p> |
|-----|---------------------------|--|

| | | |
|-----|------------------------|--|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>DZIAŁ I (2 godziny) ZAGADNIENIA KLINICZNE – WPROWADZENIE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etyka kontaktu i pracy z osobami z różnymi zespołami zaburzeń i z niepełnosprawnością. Akceptacja, poszanowanie indywidualności osób z trudnościami i zaburzeniami w rozwoju i funkcjonowaniu psychofizycznym. 2. Psychologiczne problemy osób z niepełnosprawnością. Etapy przystosowania do niepełnosprawności. 3. Akceptacja niepełnosprawności, godzenie się ze stratą, poczucie sprawstwa. 4. Zachowanie jako komunikat i kompensacja potrzeb – wykorzystanie w procesie interpretacji/rozumienia zachowań jednostki. Obrony psychologiczne konstruktywne i niekonstruktywne. <p>DZIAŁ II (5 godzin) POJĘCIE I RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychologia osób z niepełnosprawnością ruchową, sensoryczną, intelektualną – z uwzględnieniem materiałów AAIDD. 2. Zaburzenia neurorozwojowe: dysfunkcje intelektu, zaburzenia ze spektrum autyzmu (w tym dorośli z zespołem Aspergera); obraz zaburzeń w okresie dorosłości, skutki objawów w dorosłym życiu. 3. Rozkład inteligencji w populacji. Norma intelektualna, rozwój intelektualny poniżej przeciętnej oraz rozwój intelektualny istotnie poniżej przeciętnej. Specyfika myślenia osób z niepełnosprawnością intelektualną. 4. Kryteria diagnostyczne niepełnosprawności intelektualnej według DSM-5 (2013). |
|-----|------------------------|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>DZIAŁ III (2 godziny) ZABURZENIA I CHOROBY PSYCHICZNE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Choroby i zaburzenia psychiczne – rozmiary problemu w Polsce na podstawie badania EZOP Polska 2012 r. 2. Rehabilitacja psychologiczna osób chorych psychicznie. 3. Zaburzenia nerwicowe (lękowe) związane ze stresem i pod postacią somatyczną. 4. Depresja – obraz kliniczny zaburzeń. 5. Problemy egzystencjalne i zaburzenia psychiczne powstałe jako skutek życia z chorobą przewlekłą i niepełnosprawnością. 6. Zaburzenia psychiczne u dorosłych a niepełnosprawność intelektualna. 7. Nowy model rehabilitacji psychologicznej i psychiatrycznej – system azylowy a system środowiskowy, czyli od izolacji do aktywizacji. <p>DZIAŁ IV (6 godzin) PSYCHOLOGIA REHABILITACJI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitacja psychologiczna osób przewlekle chorych somatycznie. 2. Rehabilitacja psychologiczna osób z uszkodzeniami narządu ruchu i innymi widocznymi urazami ciała. 3. Rehabilitacja psychologiczna osób ze schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego. |
|--|--|--|

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>Tematy/zagadnienia będą omawiane na wykładzie w kolejności wskazanej w punkcie 12 sylabusu. Zachowanie tej kolejności wynika z wprowadzania terminologii, omawiania modeli teoretycznych, w których można interpretować zachowania człowieka i podejść teoretycznych pozwalających na różnicowanie zachowań zgodnych z normą, granicznych i klinicznych. Ta wiedza powinna być wykorzystywana w praktyce zawodowej w procesie nawiązywania kontaktu z osobą niepełnosprawną, podczas planowania procesu rehabilitacyjnego oraz podejmowania decyzji dotyczących kształcenia, przekwalifikowania, zatrudniania etc.</p> <p>Na wybranych wykładach będzie omawianych kilka zagadnień wskazanych w punkcie 12 sylabusu, z zachowaniem kolejności tematycznej. Po każdym jednostkowym wykładzie przewiduje się czas na zadawanie pytań i dyskusję.</p> | |
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Przekazanie wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego (w tym komunikacji – porozumiewania się) osób z niepełnosprawnością ruchową, sensoryczną, intelektualną oraz psychiczną. |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | K_W07 Opisuje specyfikę psychologicznego funkcjonowania klientów z niepełnosprawnością będącą efektem urazu i stanem wrodzonym lub nabytym w okresie rozwojowym; dostrzega związek pomiędzy niepełnosprawnością a stylem funkcjonowania oraz rolę rodziny i otoczenia społecznego w procesie rehabilitacji. |
| | | UMIĘJĘTNOŚCI | K_U07 Rozpoznaje możliwości i ograniczenia w kontakcie z osobą z niepełnosprawnością. |
| | | KOMPETENCJE SPOŁECZNE | - |
| 16. | Metody dydaktyczne: | Wykład informacyjny i problemowy – pozwala na przekazanie wiedzy obejmującej cały obszar zagadnień z danego tematu (zgodnej z obowiązującymi standardami, systemami klasyfikacyjnymi, podejściami do problemu). W celu zwiększenia efektywności tej formy zajęć zastosowane będą środki techniczne angażujące kilka zmysłów (projektor multimedialny itp.). Wykład rozpocznie kształcenie na studiach podyplomowych i przygotowuje do uczenia się z wykorzystaniem metod aktywnych (warsztat, trening). | |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu: <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Dopuszcza się dodatkowe pytania na egzaminie pisemnym dla osób o większej, usprawiedliwionej absencji. Warunki zaliczenia przedmiotu: <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z egzaminu pisemnego powyżej 50%. | |

| | | | |
|-----|--|---|-------------------------------|
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | EGZAMIN PISEMNY: PYTANIA ZAMKNIĘTE SPRAWDZAJĄCE WIEDZĘ DWA PYTANIA OTWARTE SPRAWDZAJĄCE UMIEJĘTNOŚCI | |
| | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna (3,0) | 51-60% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna plus (3,5) | 61-70% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dobra (4,0) | 71-80% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena ponad dobra (4,5) | 81-90% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena bardzo dobra (5,0) | 91-100% poprawnych odpowiedzi |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brzeziński J.M., Toeplitz-Winiewska M., Etyczne problemy działalności praktycznej, edukacyjnej i naukowej psychologa. (W:) J. Strelau, D. Doliński (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki, GWP, Gdańsk 2008, T. 1, rozdz. 3. 2. Cierpiątkowska L., Zalewska M., Psychopatologia. (W:) J. Strelau, D. Doliński (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki, GWP, Gdańsk 2008, T. 2, rozdz. 16. 3. Heszen I., Kliniczna psychologia zdrowia. W: L. Cierpiątkowska, H. Sęk (red.), Psychologia kliniczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 519-539. 4. Kowalik S., Niepełnosprawność w ujęciu neoewolucyjnym, (W:) W. Otrębski (red.), Teoretyczne i metodologiczne problemy psychologii rehabilitacji, Wydawnictwo Naukowe KUL, Lublin 2014, s. 3-17. 5. Kowalik S., Stosowana psychologia rehabilitacji, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2018. | |

| | | |
|-----|--|--|
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kubacka-Jasiecka D., Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010. 2. Ogińska-Bulik N., Psychologiczne następstwa doświadczenia traumatycznego. (W:) L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), Psychologia kliniczna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 365-381. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/ bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bee H., Boyd D., Psychologia rozwoju człowieka, GWP, Gdańsk 2008. 2. Łuszczyńska A., Zmiana zachowań zdrowotnych. GWP, Gdańsk 2004. 3. Strelau J., Doliński D. (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2016. 4. Materiały opracowane przez wykładowcę. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny lub monitor interaktywny, tablica flipchart, markery. |

3.3.2. Kompetencje interpersonalne I

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | KOMPETENCJE INTERPERSONALNE I |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Warsztat nr 1, 2, 3 W1. Podstawy komunikacji interpersonalnej W2. Umiejętności asertywne W3. Praca z osobą w kryzysie |
| 3. | Godziny kontaktowe: | W1. 8 godzin W2. 6 godzin W3. 6 godzin Razem 20 godzin |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 30 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 50 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |

| | | |
|-----|--------------------------------|--|
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Założenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych u słuchaczy studiów podyplomowych, niezbędne do realizacji przedmiotu:</p> <p>Obszar wiedzy: Zna podstawowe pojęcia z zakresu psychologii, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proces komunikacji interpersonalnej, • wzmocnienia pozytywne i negatywne, kara i nagroda, • wpływ społeczny, • motywacja wewnętrzna i zewnętrzna. <p>Obszar umiejętności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poprawnie dokonuje interpretacji zjawisk społecznych, • w klarowny oraz jednoznaczny sposób komunikuje się z prowadzącymi oraz studentami studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”, • potrafi wyrażać własne opinie na forum grupy. <p>Obszar kompetencji społecznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jest otwarty na opinie oraz poglądy innych członków grupy, • wykazuje postawę wrażliwości oraz empatii w komunikacji z innymi. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | <p>Kompetencje interpersonalne – blok warsztatów psychologicznych w semestrze I to przedmiot praktyczny realizowany w formie 14-godzinnego warsztatu, obejmującego intensywną pracę nad rozwijaniem umiejętności interpersonalnych, tj. komunikacji, współpracy, asertywności, rozwiązywania konfliktów, kontakt i praca z osobą w kryzysie, budowanie swojego wizerunku, niezbędnych w pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. W trakcie warsztatów przedstawione zostaną praktyczne narzędzia usprawniające komunikację międzyludzką, dzięki którym możliwie jest konsensualne rozwiązywanie sytuacji konfliktowych. Szczególny nacisk położony jest na kształtowanie postawy wrażliwości i uważności na drugiego człowieka. Kluczowe jest również rozwijanie dojrzałej formy empatii, u podstaw której leży inteligencja emocjonalna pozwalająca na zarządzanie przede wszystkim własnymi emocjami. Efektywne współdziałanie z innymi jest warunkiem skuteczności w pracy specjalisty ds. rehabilitacji, a to wymaga dobrze rozwiniętych kompetencji interpersonalnych.</p> |
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>W1. PODSTAWY KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ DZIAŁ I (3 godziny) KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA – ZAGADNIENIA WPROWADZAJĄCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawowe płaszczyzny komunikacyjne, wskazanie na znaczenie komunikatów i problem nadinterpretacji na przykładzie modelu komunikacji Schulza Von Thuna. 2. Komunikacja interpersonalna – błędy komunikacyjne, narzędzia usprawniające komunikację, metoda komunikacji opartej na wzajemnym szacunku i zrozumieniu M. Rosenberga (NVC – Porozumienie bez Przemocy). |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>DZIAŁ II (5 godzin) EMOCJE W PROCESIE KOMUNIKACJI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inteligencja emocjonalna w koordynowaniu procesu rehabilitacji – świadomość i umiejętność nazywania emocji własnych i innych. 2. Wzbudzanie i hamowanie emocji, empatia (poznawcza i emocjonalna), kierowanie emocjami, kontrola emocjonalna. <p>W2. UMIEJĘTNOŚCI ASERTYWNE</p> <p>DZIAŁ I (2 godziny) ZASADY ASERTYWNEGO ZACHOWANIA W RÓŻNYCH SFERACH ŻYCIA</p> <p>DZIAŁ II (2 godziny) ROZWIJANIE UMIEJĘTNOŚCI ASERTYWNYCH W WYBRANYCH OBSZARACH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rozpoznawanie własnych możliwości w zakresie asertywności. 2. Pozytywne komunikowanie negatywnych emocji i myśli. <p>DZIAŁ III (2 godziny) BUDOWANIE WIZERUNKU SPECJALISTY DS. REHABILITACJI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesjonalizm i autoprezentacja. 2. Asertywne wyrażanie siebie. 3. Stawianie granic a budowanie relacji międzyludzkich. <p>W3. PRACA Z OSOBĄ W KRYZYSIE</p> <p>DZIAŁ I (3 godziny) TWÓRCZE ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicjatywność, wychodzenie poza schemat. 2. Myślenie indukcyjne i dedukcyjne. 3. Facylitatory i inhibitory kreatywności. <p>DZIAŁ II (3 godziny) ZASADY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poznanie zasad interwencji kryzysowej. 2. Praca z osobą w kryzysie: model równowagi, model poznawczy, model przemiany psychospołecznej. |
|--|--|---|

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>Tematy/zagadnienia warsztatu: Kompetencje interpersonalne będą realizowane w kolejności wskazanej w pkt 12 sylabusu ze względu na wzrost szczegółowości poruszanej tematyki oraz stopniowe pogłębianie umiejętności studentów studiów podyplomowych. Zakres tematyczny przedmiotu będzie realizowany poprzez wykorzystywanie nowoczesnych, interaktywnych metod dydaktycznych, ukierunkowanych na pobudzenie grupowej dyskusji oraz pracy własnej studentów, w tym trening zarządzania błędami. Uczestnicy poznają empirycznie sprawdzone techniki doskonalenia kompetencji interpersonalnych niezbędne do skutecznego realizowania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Praktyczny charakter zajęć umożliwi studentom przetestowanie oraz doświadczenie nowych technik i narzędzi, które będą mogli stosować indywidualnie w sytuacjach zawodowych oraz społecznych.</p> | |
| 14. | Cele kształcenia | <p>C1</p> | <p>Przekazanie wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego (w tym komunikacji – porozumiewania się) osób z niepełnosprawnością ruchową, sensoryczną, intelektualną oraz psychiczną.</p> |
| | | <p>C2</p> | <p>Kształtowanie umiejętności komunikacyjnych z osobami niepełnosprawnymi, ich bliskimi oraz z innymi specjalistami współpracującymi w procesie rehabilitacji.</p> |
| | | <p>C3</p> | <p>Praktyczne doskonalenie umiejętności interpersonalnych związanych z koordynowaniem pracy zespołu składającego się z różnych profesjonalistów.</p> |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| | | C5 | Rozwijanie własnych umiejętności osobistych i społecznych ważnych w procesie samorozwoju i radzenia sobie z zadaniami zawodowymi. |
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | - |
| | | UMIĘJĘTNOŚCI | K_U09 Inicjuje kontakt z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami; włącza osoby niepełnosprawne do planowania procesu rehabilitacji; potrafi stosować narzędzia usprawniające komunikację i współpracę z różnymi specjalistami w realizacji celów rehabilitacji. |
| | | KOMPE- TENCJE SPOŁECZNE | K_K05 Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju, samodoskonalenia oraz wspierania rozwoju osób współpracujących przy planie działań rehabilitacyjnych. K_K06 Wykazuje wrażliwość na problemy osób z niepełnosprawnością, jest otwarty na kontakt i twórczy (aktywny) w planowaniu rehabilitacji; potrafi efektywnie komunikować się ze współpracownikami, klientami oraz członkami ich rodzin. |

| | | |
|-----|--|---|
| 16. | Metody dydaktyczne: | <p>Metody aktywizujące: odgrywanie ról (role play), case study – praktyczne studium przypadku, trening zarządzania błędami (error management training), metoda symulacji, dyskusja dydaktyczna.</p> <p>Trening zarządzania błędami (error management training) – metoda ta zakłada aktywną rolę osób uczących się w procesie zdobywania wiedzy i umiejętności, które są świadomie i aktywnie zachęcane do popełniania błędów. Dzięki takiej formie zajęć słuchacze są motywowani do eksploracji, szukania nowych rozwiązań, a popełniane błędy są traktowane jako istotne etapy znajdowania rozwiązań, które w efekcie podnoszą kompetencje. Praca będzie odbywać się z wykorzystaniem studium przypadku. Warsztat z wykorzystaniem tej metody ma uodpornić słuchaczy na najczęściej popełniane błędy w relacjach interpersonalnych.</p> |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Dopuszcza się dodatkowe zadania praktyczne/ projektowe – wyznaczone przez osobę prowadzącą warsztat – dla osób o większej, usprawiedliwionej absencji w celu rozwinięcia zaplanowanych kompetencji interpersonalnych i skompensowania doświadczenia. • Aktywny udział w zajęciach – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE– 0 pkt). <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odgrywanie ról w trakcie warsztatu. • Aktywny udział w zajęciach i autorefleksja. |

| | | | |
|-----|--|---|-----------------------|
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | Odgrywanie ról w trakcie warsztatu | 50% oceny całościowej |
| | | Aktywny udział w zajęciach i autorefleksja | 50% oceny całościowej |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Goleman D., Inteligencja emocjonalna, Media Rodzina of Poznań, Poznań 2011. 2. Knapp M.L., Hall J.A., Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2008. 3. Król-Fijewska M., Stanowczo, łagodnie, bez lęku, Wydawnictwo W.A.B, Warszawa 2012. 4. Rosenberg M., Porozumienie bez przemocy. O języku serca, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2003. 5. Sineck S., Zaczynaj od dlaczego. Jak wielcy liderzy inspirują innych do działania, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2009. 6. Von Thun F.S., Sztuka rozmawiania. Część 1: Analiza zaburzeń, WAM, Kraków 2007. | |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dweck C., Nowa psychologia sukcesu, Wydawnictwo MUZA S.A, Warszawa 2013. 2. Fortuna P., Perswazja w pracy trenera, czyli jak kształtować postawy uczestników szkoleń, GWP, Sopot 2011. 3. Król-Fijewska M., Fijewski P., Asertywność menedżera, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2015. | |

| | | |
|-----|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Pink D., Drive H., Kompletnie nowe spojrzenie na motywację, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2011. 5. Searle J.R., Umysł, język, społeczeństwo: filozofia i rzeczywistość: najbardziej zdumiewające jest to, co wydaje się oczywiste, Wydawnictwo CiS, Warszawa 1999. 6. Wojciszke B., Człowiek wśród ludzi, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002. 7. Von Thun F.S., Sztuka zarządzania. Psychologia komunikacji dla szefów i liderów, WAM, Kraków 2004. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acland A.F., Doskonałe umiejętności interpersonalne. Wszystko czego potrzebujesz, aby udało ci się za pierwszym razem, Wydawnictwo Rebis, Poznań 2000. 2. Bocheńska K., Akademia umiejętności interpersonalnych. 20 spotkań z komunikacją, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009. 3. Davidson r.J., Begley S., Życie emocjonalne mózgu, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013. 4. Jankowska M., Wolfigiel B., Automotywacja, Samo Sedno, Warszawa 2015. 5. Materiały opracowane przez wykładowcę. 6. Wideowykłady: https://www.ted.com/talks/amy_cuddy_your_body_language_shapes_who_you_are?language=pl https://www.ted.com/talks/brene_brown_on_vulnerability?language=pl |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny lub monitor interaktywny, tablica flipchart, markery, kamera. |

3.3.3. Kompetencje interpersonalne II

| | | |
|----|---------------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | KOMPETENCJE INTERPERSONALNE II |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Warsztat nr 4, 5, 6 W4. Stres i wypalenie zawodowe W5. Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych W6. Budowanie zespołu |
| 3. | Godziny kontaktowe: | W4. 6 godzin W5. 4 godziny W6. 10 godzin Razem 20 godzin |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 34 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 54 |
| 6. | Punkty ECTS: | 3 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Rekomendowana realizacja zajęć: po zakończeniu Modułu medycznego oraz po warsztatach z zakresu: Kompetencje interpersonalne (Moduł psychologiczny), ponieważ podczas zajęć będą się pojawiały odniesienia merytoryczne związane z kompetencjami interpersonalnymi, takimi jak: asertywność, komunikatywność, inteligencja emocjonalna itd. |
| 9. | Założenia (opisowo): | Założenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych u słuchaczy studiów podyplomowych, niezbędne do realizacji przedmiotu: Obszar wiedzy: Ma aktualną wiedzę w zakresie następujących zagadnień: <ul style="list-style-type: none"> • inteligencja emocjonalna, • empatia, • samokontrola i samoregulacja, • proces grupowy, |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • postrzeganie społeczne, • style kierowania, • osobowość, temperament, • informacje zwrotne. <p>Obszar umiejętności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • formułuje trafne i konkretne komunikaty w relacjach ze studentami oraz prowadzącymi, • potrafi zabrać głos w dyskusji na forum grupy – formułuje trafne i adekwatne sądy oraz opinie. <p>Obszar kompetencji społecznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jest otwarty na opinie oraz poglądy innych członków grupy, • wykazuje postawę wrażliwości oraz empatii w stosunku do innych, szczególnie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Kompetencje interpersonalne II – blok warsztatów psychologicznych w semestrze II to przedmiot praktyczny realizowany w formie 16-godzinnej warsztatu. Jest to intensywna praca nad wzmacnianiem odporności psychicznej, zasobów osobistych, a także umiejętności związanych ze skutecznym radzeniem sobie ze stresem w pracy oraz przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Podczas zajęć będą poruszane zagadnienia przybliżające mechanizmy psychologiczne związane z doświadczaniem obciążającego napięcia emocjonalnego oraz jego konsekwencjami. Szczególnym atutem zajęć jest koncentracja na praktycznym testowaniu rekomendowanych przez prowadzących technik oraz narzędzi związanych z redukowaniem stresu własnego oraz współpracowników lub podopiecznych, a także zwiększaniem |

skuteczności radzenia sobie w trudniejszych i bardziej złożonych sytuacjach zawodowych, np. kontakt i praca z klientem w kryzysie. Przedstawione zostaną przede wszystkim poznawcze metody oraz strategie radzenia sobie z napięciem emocjonalnym. Istotnym elementem warsztatu jest także rozwijanie umiejętności intra- oraz interpersonalnych związanych z zapobieganiem wypaleniu zawodowemu. W pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją zjawisko wypalenia może wynikać z kosztów psychologicznych związanych z intensywną pracą w bezpośrednim kontakcie z osobami z różnego typu niepełnosprawnością, ale także z interdyscyplinarnym zespołem współpracowników oraz bardzo specyficznym otoczeniem społecznym.

Kluczowym zagadnieniem poruszonym na zajęciach warsztatowych w tym bloku jest skuteczne koordynowanie pracy interdyscyplinarnego zespołu specjalistów zajmujących się rehabilitacją osób z różnego typu niepełnosprawnością.

Podczas warsztatu trenowane będą umiejętności komunikacyjne, negocjacyjne – w aspekcie budowania zespołu, organizowania pracy grupowej, rozwiązywania sytuacji trudnych w grupie. Warsztat ma na celu dostarczenie uczestnikom praktycznych narzędzi, technik przydatnych w koordynowaniu działań zespołowych oraz pogłębienie kompetencji w zakresie wzbudzania autorytetu lidera – koordynatora, którego zadaniem jest zarówno budowanie poczucia przynależności grupowej, jak i operacyjne zadania związane z koordynowaniem działań w ramach rehabilitacji prowadzonej przez różnych specjalistów.

| | | |
|-----|------------------------|---|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>W4. STRES I WYPALENIE ZAWODOWE</p> <p>DZIAŁ I (2 godziny)</p> <p>WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ STRESU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radzenie sobie w trudnych sytuacjach związanych z koordynowaniem procesu rehabilitacji – umiejętności interpersonalne: kontrola emocjonalna, odporność psychiczna. 2. Rodzaje stresu i podstawowe koncepcje psychologiczne dotyczące stresu zawodowego. <p>DZIAŁ II (3 godziny)</p> <p>ZARZĄDZANIE STRESEM I RADZENIE SOBIE ZE STRESEM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zarządzanie stresem – odporność psychiczna, umiejętność łagodzenia objawów stresu zarówno u siebie, jak i u innych ludzi, dystans wobec problemu, praca z przekonaniami, pozytywna postawa wobec porażki, uczenie się na błędach i niepowodzeniach. 2. Techniki racjonalno-emotywnie i ich zastosowanie w sytuacjach wymagających skutecznego radzenia sobie ze stresem. 3. Stres i emocje – zależność między poziomem pobudzenia a efektywnością funkcjonowania. <p>DZIAŁ III (1 godzina)</p> <p>WYPALENIE ZAWODOWE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cechy osobowości i zawody zwiększające ryzyko wypalenia zawodowego. 2. Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu. <p>W5 RADZENIE SOBIE W SYTUACJACH KONFLIKTOWYCH</p> <p>DZIAŁ I (2 godziny)</p> <p>DIAGNOZA WŁASNYCH REAKCJI W SYTUACJACH KONFLIKTOWYCH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadawanie znaczenia zachowaniom stron w sytuacjach konfliktowych. 2. Sposoby rozwiązywania konfliktów. <p>DZIAŁ II (2 godziny)</p> <p>POZNANIE ZASAD NEGOCJACJI OPARTYCH NA WSPÓŁDZIAŁANIU</p> |
|-----|------------------------|---|

W6 BUDOWANIE ZESPOŁU

DZIAŁ I (2 godziny)

WPROWADZENIE W PROBLEMATYKĘ BUDOWANIA ZESPOŁU

1. Budowanie zespołu – zastosowanie adaptatywnego stylu pracy do sytuacji oraz charakterystyki członków zespołu.
2. Przedstawienie technik i narzędzi związanych z budowaniem efektywnie działającego zespołu; wady i zalety prezentowanych technik i narzędzi; dobór technik i narzędzi do rodzaju zadań zespołowych oraz do stylu osób włączonych do pracy w zespole.

DZIAŁ II (4 godziny)

WSPÓŁPRACA W ZESPOLE

1. Typy rozmów w zespole współpracowników – rozmowy delegujące, motywujące, korygujące i ich zastosowanie w procesie organizowania pracy zespołu.
2. Wzmacnianie autorytetu koordynatora w grupie współpracowników – pozyskiwanie poparcia współpracowników oraz budowanie przynależności zespołowej.

DZIAŁ III (4godziny)

KOORDYNOWANIE DZIAŁAŃ GRUPOWYCH

Motywowanie innych – techniki i metody wzmacniania zaangażowania oraz pobudzania motywacji wewnętrznej, modelowanie, warunkowanie, siła woli, nawyki, coaching, wsparcie.

Rozwiązywanie sytuacji trudnych podczas pracy grupowej (konflikty grupowe, problemy grupowego tarcia) z zastosowaniem technik negocjacyjnych.

| | | |
|-----|--|--|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>Tematy/zagadnienia warsztatu: Kompetencje interpersonalne II będą realizowane w kolejności wskazanej w pkt. 12 sylabusu ze względu na zwiększanie szczegółowości poruszanej tematyki oraz stopniowe pogłębianie umiejętności studentów studiów podyplomowych. Zgodnie z rekomendacją warsztat powinien być realizowany po zajęciach: Kompetencje interpersonalne I, ponieważ niektóre z zagadnień poruszanych na zajęciach będą związane z wykorzystywaniem umiejętności trenowanych na wcześniejszych zajęciach (asertywność, empatia poznawcza, umiejętności komunikacyjne). Zakres tematyczny przedmiotu będzie realizowany poprzez wykorzystywanie nowoczesnych, interaktywnych metod dydaktycznych, ukierunkowanych na pobudzenie grupowej dyskusji oraz pracy własnej studentów. Uczestnicy poznają najnowsze trendy psychologiczne dotyczące wzmacniania odporności psychicznej oraz zasobów osobistych niezbędnych do skutecznego radzenia sobie ze stresem oraz sytuacjami trudnymi, kryzysowymi w pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Praktyczny charakter zajęć umożliwi przetestowanie oraz doświadczenie nowych technik i narzędzi, które będą mogli stosować indywidualnie w sytuacjach zawodowych oraz społecznych.</p> <p>Tematy/zagadnienia warsztatu: Budowanie zespołu będą realizowane w kolejności wskazanej w pkt. 12 sylabusu ze względu na zwiększanie szczegółowości poruszanej tematyki oraz stopniowe pogłębianie umiejętności studentów studiów podyplomowych. Zgodnie z rekomendacją warsztat powinien być realizowany po zajęciach: Kompetencje interpersonalne I. Trening umiejętności kierowniczych w zakresie budowania zespołu oraz koordynowania działań zespołowych wymaga elementarnych umiejętności społecznych, które</p> |
|-----|--|--|

| | | | |
|-----|-------------------|--|---|
| | | <p>ćwiczone będą podczas wspomnianego bloku zajęć. Zakres tematyczny przedmiotu: Budowanie zespołu będzie realizowany z zastosowaniem interaktywnych metod dydaktycznych, umożliwiających rozwijanie umiejętności udzielania informacji zwrotnych, prowadzenia rozmów kierowniczych różnego typu, integracji oraz budowania zespołu, a także rozwiązywania problemów grupowych (np. konfliktów w zespole).</p> <p>Każdy warsztat będzie rozpoczynał się wprowadzeniem teoretycznym w omawiane zagadnienia, aby przybliżyć najnowszą wiedzę oraz wyniki badań psychologicznych w aspekcie zarządzania zespołem. W trakcie zajęć organizowane będą dyskusje zogniskowane, mające na celu wymianę doświadczeń z innymi członkami studiów podyplomowych.</p> | |
| 14. | Cele kształcenia: | C2 | Kształtowanie umiejętności komunikacyjnych z osobami niepełnosprawnymi, ich bliskimi oraz z innymi specjalistami współpracującymi w procesie rehabilitacji. |
| | | C3 | Praktyczne doskonalenie umiejętności interpersonalnych związanych z koordynowaniem pracy zespołu składającego się z różnych profesjonalistów. |
| | | C4 | Przedstawienie technik i narzędzi związanych z budowaniem efektywnie działającego zespołu. |
| | | C6 | Kształtowanie postawy proaktywnej i budowanie odporności psychicznej specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. |

| | | | |
|-----|--|-------------------------------|---|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | <p>K_W08 Zna mechanizmy komunikacji i współpracy z profesjonalistami z różnych dziedzin i placówkami specjalistycznymi.</p> <p>K_W09 Rozumie mechanizmy związane z budowaniem i organizacją pracy zespołu.</p> |
| | | UMIEJĘTNOŚCI | <p>K_U08 Potrafi rozwiązywać sytuacje trudne w grupie oraz w kontakcie z potencjalnym klientem, zna i stosuje odpowiednie strategie radzenia sobie z obciążeniami emocjonalnymi.</p> <p>K_U09 Inicjuje kontakt z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami; włącza osoby niepełnosprawne do planowania procesu rehabilitacji; potrafi stosować narzędzia usprawniające komunikację i współpracę z różnymi specjalistami w realizacji celów rehabilitacji.</p> |
| | | KOMPE-TENCJE SPOŁECZNE | <p>K_K04 Stosuje zdobytą wiedzę w procesie koordynowania rehabilitacji, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych.</p> <p>K_K06 Wykazuje wrażliwość na problemy osób z niepełnosprawnością, jest otwarty na kontakt i twórczy (aktywny) w planowaniu rehabilitacji; potrafi efektywnie komunikować się ze współpracownikami, klientami oraz członkami ich rodzin.</p> |

| | | | |
|-----|--|---|-----------------------|
| 16. | Metody dydaktyczne: | <p>Metody podające: Elementy wykładu informacyjnego.</p> <p>Metody aktywizujące: odgrywanie ról (role play), case study – praktyczne studium przypadku, trening zarządzania błędami (error management training), metoda symulacji, dyskusja dydaktyczna.</p> | |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Udział w ćwiczeniach indywidualnych oraz grupowych. • Dopuszcza się dodatkowe zadania praktyczne, np. case study – wyznaczone przez osobę prowadzącą warsztat – dla osób o większej, usprawiedliwionej absencji w celu rozwinięcia strategii radzenia sobie ze stresem i skompensowania doświadczenia w tym zakresie. • Aktywny udział w zajęciach – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE– 0 pkt). <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktywny udział w zajęciach. • Autorefleksja. | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | Aktywny udział w zajęciach | 50% oceny całościowej |
| | | Autorefleksja | 50% oceny całościowej |

| | | |
|-----|--|--|
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Blanchard K., Przywództwo wyższego stopnia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012. 2. Blanchard K., Jednominutowy menedżer i przywództwo, Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2008. 3. Brown r., Procesy grupowe, GWP, Gdańsk 2006. 4. Chełpa S., Witkowski T., Psychologia konfliktów, Oficyna Wydawnicza UNUS, Warszawa 1995. 5. Maslach Ch., Leiter M., Prawda o wypaleniu zawodowym, PWN, Warszawa 2011. 6. McGonigal K., Siła stresu. Jak stresować się mądrze i z pożytkiem dla siebie, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2016. 7. Strycharczyk D., Clough P., Odporność psychiczna. Strategie i narzędzia, GWP, Gdańsk 2017. 8. Żak r., Sztuka błędzenia. Narzędzia, metody, inspiracje, Wydawnictwo Myśl!, Katowice 2017. |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aronson E., Wilson T., Akert r., Psychologia Społeczna. Serce i umysł, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2010. 2. Baumeister r.F., Tierney J., Siła woli. Odkryjmy na nowo to, co w człowieku najpotężniejsze, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2013. 3. Dobrowolski r., Delegowanie uprawnień – zasady organizowania pracy. http://kadry.nf.pl/Artykul/6074/Delegowanie-uprawnien-zasady-organizowania-pracy/. 4. Duhigg Ch., Siła nawyku, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013. 5. Fenserheim H., Nie mów tak, gdy chcesz powiedzieć nie: jak nauczyć się asertywności, Książka i Wiedza, Warszawa 2003. 6. Blanchard K., Zarządzanie poprzez wartości, Studio EMKA, Warszawa 1998. |

| | | |
|-----|---|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 7. Fortuna P., Pozytywna psychologia porażki. Jak z cytryn zrobić lemoniadę, GWP, Gdańsk 2012. 8. Gellert M., Nowak C., Zespół, GWP, Gdańsk 2008. 9. Gobillot E., Przywództwo przez integrację, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008. 10. Goldsmith M., Reiter M., Wyzwalacze. Nowe zachowania, trwałe nawyki, lepsze życie, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2015. 11. Goleman D., Inteligencja emocjonalna, Media Rodzina of Poznań, Poznań 2011. 12. Grzesiuk L., Doroszewicz K., Stojanowska E., Umiejętności menedżera, Wydawnictwo WSH, Warszawa 1997. 13. Holpp L., Jak kierować zespołami, MRM, Warszawa 2001. 14. Rakowska A., Sitko-Lupek A., Doskonalenie kompetencji menedżerskich, PWN, Warszawa 2000. |
| 21. | <p>Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Harvard Business School Press, Harris J.O. Feedback czyli informacja zwrotna. Osobisty mentor, Onepress, 2014. 2. Hylla M., Matryca Eisenhowera – sposób na właściwe rozplanowanie zadań. http://gosiahylla.pl/tag/matryca-eisenhowera/. 3. Król-Fijewska M., Fijewski P., Asertywność menedżera, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2015. 4. Król-Fijewska M., Stanowczo, łagodnie, bez lęku, Wydawnictwo W.A.B, Warszawa 2012. 5. Lilienfeld S.O., Lynn S.J. et al., 50 wielkich mitów psychologii popularnej, Wydawnictwo CiS, Warszawa 2011. 6. McGonigal K., Siła woli. Wykorzystaj samokontrolę i osiągnij więcej, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2012. |

| | | |
|-----|---|---|
| | | <p>7. Pogorzelski W., Od asertywności do dojrzałości: inspiracja optymalnym, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Warszawa 2005.</p> <p>8. Scudamore P., Catt H., Asertywność. Sięgaj po swoje ambicje, Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2012.</p> <p>9. Schulz von Thun F., Sztuka rozmawiania cz. 1, 2, 3. WAM, Kraków 2013.</p> <p>10. Strelau J., Doliński D. (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki, GWP, Gdańsk 2016.</p> <p>11. E-book: T. Szopiński, Efektywne zarządzanie czasem, (www.ZloteMysli.pl, 8.01.2008).</p> <p>oraz:</p> <p>12. Materiały opracowane przez wykładowcę.</p> <p>13. Wideowykłady: https://www.ted.com/talks/kelly_mcgonigal_how_to_make_stress_your_friend?language=pl https://www.ted.com/talks/brene_brown_listening_to_shame?language=pl</p> |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny lub monitor interaktywny, tablica flipchart, markery, kamera. |

3.4. Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy

W ramach modułu MRZS realizowane będą następujące przedmioty:

- 1) rehabilitacja zawodowa i rynek pracy,
- 2) rehabilitacja społeczna.

3.4.1. Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy

| | | |
|----|------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | REHABILITACJA ZAWODOWA I RYNEK PRACY |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Konwersatorium |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 25 |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 35 |

| | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 60 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 9. | Założenia (opisowo): | Nie dotyczy. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | <p>Studenci uzyskują informacje o przedmiocie i celach rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnością oraz strukturalnych i indywidualnych uwarunkowaniach jej realizacji, zapoznają się z ofertą instytucji sektora publicznego, prywatnego i NGO realizujących zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej. Poznają specyfikę chronionego i otwartego rynku pracy z perspektywy osoby niepełnosprawnej oraz pracodawcy, procedury i narzędzia aktywizacji zawodowej oraz katalog praw pracowniczych i ryzyka ich przestrzegania na polskim rynku pracy.</p> |

| | | |
|-----|------------------------|--|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>Studenci zostaną wprowadzeni w specyfikę postindustrialnego świata pracy z perspektywy jego cech zwiększających i ograniczających szanse zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami. Poznają cele, zadania i specyfikę rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnością, jej wartość dla jednostki, społeczeństwa i państwa. Zostaną także zapoznani z instrumentami wsparcia aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością, oferowanymi przez instytucje publiczne i niepubliczne. Uzyskają informacje dotyczące metod diagnozowania kapitału zawodowego, dostępnych rozwiązań dla osób niepełnosprawnych w zakresie dostosowania ich kwalifikacji do preferowanego w danym przypadku rodzaju zatrudnienia, potencjalnych barier, sposobów ich niwelowania, wskazań i przeciwwskazań do zatrudnienia. Otrzymają także wiedzę na temat profesjonalnego doradztwa zawodowego i pośrednictwa pracy, podmiotów (partnerów) zobowiązanych do pomocy i wsparcia procesu aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością. Zapoznają się z narzędziami definiowania „motywatorów” oraz sposobów wspierania procesu motywacji klientów do działania w realizacji wyznaczonych w trakcie współpracy celów i sposobów aktywizacji zawodowej. Nabędą także wiedzę doradczą, pozwalającą im na przygotowanie klienta do procesu poszukiwania pracy i nawiązania stosunku pracy – kształtowania ich umiejętności komunikacji z instytucjami rynku pracy i pracodawcą.</p> |
|-----|------------------------|--|

| | | |
|-----|--|--|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>DZIAŁ I (4 godziny): OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ NA WSPÓŁCZESNYM RYNKU PRACY; SZANSE, ZAGROŻENIA, BARIERY. SYSTEM REHABILITACJI ZAWODOWEJ W POLSCE; POJĘCIA, FUNKCJE, ZASADY, PODMIOTY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Praca zawodowa osób z niepełnosprawnością w postindustrialnym świecie pracy: co stanowi szansę, co jest zagrożeniem dla statusu, integracji i aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością na współczesnym rynku pracy (1 godzina) 2. Przedmiot, cele i instrumenty rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnością. Zasady organizacji systemu rehabilitacji zawodowej; orzecznictwo, edukacja, wybór zawodu, zatrudnienie, rozwój zawodowy – schemat graficzny (maks. 1 godzina) 3. Case study: doświadczenie w obszarze rehabilitacji zawodowej wybranej instytucji na poziomie lokalnym – proponowane alternatywne spotkania studentów z przedstawicielami urzędu pracy, starostwa powiatowego, agencji pracy, organizacji pozarządowej (2 godziny). <p>W ramach pracy własnej student obowiązkowo powinien zapoznać się takimi zagadnieniami, jak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ryzyko nierównego traktowania na otwartym rynku pracy dla niektórych kategorii osób z niepełnosprawnością, 2. między idealizmem a realizmem – o potrzebie zrównoważonego podejścia do modeli zatrudnienia osób z niepełnosprawnością (równi ale różni). |
|-----|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>DZIAŁ II (6 godzin) DIAGNOZA I WSPARCIE KAPITAŁU ZAWODOWEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ; METODY DIAGNOZY, INSTRUMENTY AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W PRAKTYCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnoza kapitału zawodowego (zawód, umiejętności, doświadczenie, zdolność i motywacja do podniesienia kwalifikacji) – mocne i słabe strony osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. 2. Rola medycyny pracy i badań profilaktycznych w procesie doboru rodzaju zatrudnienia i stanowiska pracy dla osób z grup wyodrębnionych według rodzajów i stopnia niepełnosprawności. 3. Zależność pomiędzy stopniem i rodzajem niepełnosprawności a wyborem rodzaju i formy zatrudnienia w doświadczeniu doradcy zawodowego i pośrednika pracy; spotkanie słuchaczy z doradcą zawodowym/ pośrednikiem pracy specjalizującym się w pracy z osobami z niepełnosprawnością. 4. Analiza (case study) możliwości zawodowych osoby z niepełnosprawnością (1-2 przypadki – analiza orzeczenia o stopniu i rodzaju niepełnosprawności, wskazania i przeciwwskazania do zatrudnienia, przystosowanie stanowiska pracy, przekwalifikowanie itd.). Forma pracy: ćwiczenia. <p>Zagadnienie opracowane przez wykładowców i przekazane studentom w formie materiałów dydaktycznych: Specyfika zawodów najczęściej podejmowanych przez osoby z niepełnosprawnością wraz z analizą warunków pracy, wymaganych kwalifikacji, ryzyka związanego z wykonywaniem danego zawodu oraz przykładowych ścieżek kariery lub drogi do zdobycia danego zawodu.</p> |
|--|--|--|

DZIAŁ III (6 godzin)
WPROWADZENIE I PRZYGOTOWANIE OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DO PROCEDUR
WEJŚCIA NA RYNEK PRACY, POTENCJALNI
PARTNERZY W PROCESIE REHABILITACJI
I AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, OBSZARY
WSPÓŁPRACY

1. Rozpoznanie i wspieranie motywacji do pracy zawodowej osób z niepełnosprawnością (narzędzia definiowania motywatorów oraz sposobów wspierania motywacji klientów) (1 godzina).
2. Zajęcia warsztatowe dotyczące m.in. kształtowania umiejętności aplikowania o pracę osób z niepełnosprawnością, sposobów korzystania ze źródeł wiedzy o miejscach pracy – kształtowania ich umiejętności korzystania ze źródeł internetowych, pozyskiwania informacji o procesie rekrutacji i podpisywaniu umowy o pracę, kształtowania kompetencji społecznych osób z niepełnosprawnością niezbędnych w nawiązywaniu relacji z pracodawcą i współpracownikami (2 godziny).
3. Informacja o wybranych technologiach (urządzeniach) wspierających podjęcie pracy zawodowej w wybranych kategoriach osób z niepełnosprawnością (1 godzina).
4. Pracodawcy o zatrudnianiu osób z niepełnosprawnością; oczekiwania, wymagania formalne, warunki współpracy, potencjalne bariery, szanse – spotkanie słuchaczy z pracodawcą zatrudniającym osobę z niepełnosprawnością – otwarty i chroniony rynek pracy (2 godziny).

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>DZIAŁ IV (5 godzin) CHRONIONY I OTWARTY RYNEK PRACY Z PERSPEKTYWY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ; WARUNKI, OGRANICZENIA, SZANSE, BARIERY</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Synteza warunków, ograniczeń, szans i barier w zatrudnieniu osób z niepełnosprawnością na otwartym i chronionym rynku pracy (charakterystyka zatrudnienia na otwartym i chronionym rynku pracy zostanie omówiona w module prawnym). 2. Rodzaje i formy zatrudnienia osób z niepełnosprawnością w ich doświadczeniu – spotkania słuchaczy z: <ol style="list-style-type: none"> a. trenerem pracy i znajdującym się pod jego opieką pracownikiem z niepełnosprawnością, b. niepełnosprawną osobą – współzałożycielem spółdzielni socjalnej lub prowadzącą działalność gospodarczą, spotkanie z pracującą osobą niepełnosprawną na otwartym rynku pracy – rozmowa o doświadczeniach z procesu poszukiwania pracy i zatrudnienia. DZIAŁ V (4 godziny): OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W MIEJSCU PRACY; PRAWA I OBOWIĄZKI <ol style="list-style-type: none"> 1. Przystosowanie i wyposażenie stanowiska pracy (ramowe wytyczne w zakresie projektowania obiektów, pomieszczeń oraz przystosowania stanowisk pracy do rodzaju ograniczeń wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności). 2. Możliwości wsparcia osoby z niepełnosprawnością przez nowoczesne technologie w zwiększeniu dostępności oraz przystosowaniu stanowiska pracy. 3. Dialog z pracodawcą i instytucjami powiązаныmi ze statusem zawodowym osoby niepełnosprawnej; o zasadach reprezentowania klienta przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją. |
|--|--|--|

| | | | |
|-----|-------------------|-----------|---|
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Poznanie funkcjonującego w Polsce systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością oraz uzyskanie informacji na temat dostępnych instrumentów i narzędzi wsparcia dla osoby z niepełnosprawnością. |
| | | C2 | Poznanie zasad funkcjonowania rynku pracy oraz instytucji rynku pracy. |
| | | C3 | Nabycie wiedzy w zakresie predyspozycji i ograniczeń do wykonywania określonych zawodów przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz sposobów właściwego doboru i przystosowania stanowiska pracy do osób z niepełnosprawnością. |
| | | C4 | Nabycie umiejętności wyszukiwania form pomocy i organizacji wsparcia dla osoby niepełnosprawnej w obszarze aktywności zawodowej i społecznej. |

| | | | |
|-----|--|---------------------|--|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | <p>K_W10 Nabywa wiedzę w zakresie pojęć, funkcji i zasad rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością oraz wiedzę dotyczącą funkcjonowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej w Polsce.</p> <p>K_W11 Zna instrumenty i narzędzia wsparcia dla osób z niepełnosprawnością. Nabywa wiedzę w zakresie predyspozycji i ograniczeń do wykonywania określonych zawodów przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności.</p> |
| | | UMIEJĘTNOŚCI | <p>K_U10 Potrafi pomóc w doborze i przystosowaniu stanowiska pracy stosownie do rodzaju ograniczeń wynikających z niepełnosprawności danej osoby oraz dobrać odpowiednie wsparcie dla osoby rehabilitowanej w ramach aktualnego systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej.</p> <p>K_U11 Jest zdolny do udzielenia pomocy osobie rehabilitowanej w kontaktach z pracodawcą oraz wspierania pracodawcy w przystosowaniu stanowiska pracy. Potrafi skutecznie znaleźć lub zorganizować grupę wsparcia dla danej osoby z niepełnosprawnością.</p> |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| | | <p>KOMPE- TENCJE SPOŁECZNE</p> | <p>K_K07 Stosuje zdobytą wiedzę do wspierania rozwoju i funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych.</p> <p>K_K08 Potrafi skutecznie komunikować się z osobą z niepełnosprawnością i jej obecnym lub przyszłym pracodawcą.</p> |
| 16. | Metody dydaktyczne: | <p>Analiza i interpretacja tekstów źródłowych i ustaw. Praca w grupach. Dyskusja. Prezentacja krótkich referatów. Prezentacja multimedialna wybranych zagadnień. Studium przypadku/case study.</p> | |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywny udział w zajęciach – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE– 0 pkt). • Wywiązanie się z powierzonych zadań indywidualnych oraz zespołowych. <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z testu oraz realizacji zleconego zadania obejmującego treści całego przedmiotu. | |

| | | | |
|-----|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości jeśli obejmuje różne formy zajęć np. wykład i ćwiczenia oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | TEST | |
| | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena dobra (4,0) | 70-79% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% poprawnych odpowiedzi |
| | | Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% poprawnych odpowiedzi |
| | | REALIZACJA ZLECONEGO ZADANIA | |
| | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% |
| | | Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% |
| | | Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% |
| | | Ocena dobra (4,0) | 70-79% |
| | | Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% |
| | | Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% |

| KRYTERIA OCENY KOŃCOWEJ | |
|--------------------------------|---|
| 3,0 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 3-3,25 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 3,5 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 3,26-3,75 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 4,0 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 3,76-4,25 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 4,5 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 4,26-4,75 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |

| | | | |
|----|--|-----|---|
| | | 5,0 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 4,76-5,0 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 19 | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej – raport końcowy</i>. 10 sierpnia 2017 r., PFRON. 2. Czech C., <i>Działalność ośrodków doradztwa zawodowego i wspieranie osób niepełnosprawnych szansą na zatrudnienie i udział w otwartym rynku pracy (W:)</i> Osoba z niepełnosprawnością – opieka, terapia, wsparcie. Baczała D. (red.) et al., Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2009. 3. Firlit-Fesnak G., <i>Równe traktowanie i praktyki dyskryminacyjne w świecie pracy (W:)</i> Polityka społeczna, G. Firlit-Fesnak, J. Męcina (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018, s. 400-424. 4. Giermanowska E. (red.) <i>Młodzi niepełnosprawni – aktywizacja zawodowa i nietypowe formy zatrudniania</i>. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2007. 5. Jarosiewicz H., <i>O wpływie dążeń osoby na losy zawodowe</i>, „Czasopismo Psychologiczne”, 2014 nr 20/1, s. 93-102. 6. Kirenko J., Sarzyńska E., <i>Bezrobocie Niepełnosprawność Potrzeby</i>, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010. 7. Kobus-Ostrowski D., <i>Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością. Aspekty ekonomiczne i społeczne</i>. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2018. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 8. Limont W., Teoria dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego a zdolności, twórczość, transgresja (W:) Transgresje-innowacje-twórczość. Bartosz B., Keplinger A., Stras-Romanowska M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2011. 9. Majewski T., Poradnictwo zawodowe i pośrednictwo pracy dla osób niepełnosprawnych. Poradnik dla urzędów pracy, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2011. 10. Paluszkiewicz M., Bielak-Jomaa E., Włodarczyk M. et al., Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Komentarz, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2015. 11. Pichalski r., Podstawy rehabilitacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2002. 12. Projektowanie obiektów, pomieszczeń oraz przystosowanie stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach – ramowe wytyczne, CIOP-PIB, PFRON, Warszawa 2014. 13. Struck-Peregończy M., Młode osoby niepełnosprawne na rynku pracy, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa – Rzeszów 2015. 14. Sekuła Z., Motywacja do pracy, teoria i instrumenty, PWE, Warszawa 2008. 15. Widawska E., Skotnicki K. (red.), Społeczne i prawne aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, Akademia im. Jana Długosza Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego, Częstochowa 2014. |
|--|--|---|

| | | |
|-----|--|--|
| | | <p>Akty normatywne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r., Dz.U. 1997, Nr 123, poz. 776, z późn. zmianami. 2. Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 czerwca 2003 r., Dz.U. 2019, poz. 217. 3. Ustawa/rozporządzenie w przedmiocie Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z dnia 1 sierpnia 1997 r., Dz.U. M.P. 13.08.1997, Nr 50, poz. 4754. 4. Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, Dz.U., 2018, poz. 227. 5. Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2011) z 25.10.2011 w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010–2020.6. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych ONZ z dn. 13 grudnia 2006 roku, Dz.U. 2006, poz. 1169. |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Duda W., Kukła D., Poradnictwo zawodowe – rozwój zawodowy w ujęciu przekrojowym, Difin, Warszawa 2016. 2. Duda W., Kukła D., Zając M., Elementy zarządzania karierą zawodową osób z niepełnosprawnością, Wyd. AJD, Częstochowa 2014. 3. Garbat M., Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością – bariery i koszty, Wyd. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2013. |

| | | |
|-----|---|--|
| 21. | <p>Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Becker-Pestka D., Aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych – problemy i wyzwania (W:) Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych, Kwartalnik 4/2012. 2. Garbat M., Zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa osób z niepełnosprawnością w Europie, Wydawnictwo Uniwersytet Zielonogórski 2012. 3. Kurzynowski A. (red.), Polskie doświadczenia w rehabilitacji zawodowej i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Warszawa 2003. 4. Europejska Unia Zatrudnienia Wspomagane (EUSE), Broszura informacyjna i standardy jakości, Warszawa 2013, 5. Raport z badania funkcjonujących modeli usług przez trenera pracy, Milward Brown, Warszawa 2013. 6. Dziurla r., Majewski T., Żaorska M. et al., Materiały uzupełniające. Zatrudnienie wspomagane – prawdziwa praca, Warszawa 2014. 7. Piasecki M., Stępnik M., Osoby z niepełnosprawnością w polityce Organizacji Narodów Zjednoczonych, Fundacja Fuga Mundi, Lublin 2003. http://www.ffmpeg.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=160, dostęp: marzec 2010. 8. Ryżek E. Rehabilitacja zawodowa i jej znaczenie w integracji osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy (W:) Projekt „DOBRY START – szkolenia dla usługodawców osób niepełnosprawnych” finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu PFRON. 9. Wolan-Nowakowska M., Wojtasiak E. (red.), Doradca zawodowy w procesie kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Warszawa 2010. 10. Materiały opracowane przez prowadzącego zajęcia. |
|-----|---|--|

| | | |
|-----|---|--------------------------------|
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny. |
|-----|---|--------------------------------|

3.4.2. Rehabilitacja społeczna

| | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | REHABILITACJA SPOŁECZNA |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Konwersatorium |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 15 |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 10 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 25 |
| 6. | Punkty ECTS: | 2 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 9. | Założenia (opisowo): | Nie dotyczy. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Przedmiot wprowadza studentów w podstawowe zagadnienia rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością. Wyjaśnia rozumienie tego terminu, prezentuje przedmiot, główne cele, klasyfikacje i omówienie czynników decydujących o przebiegu i efektywności procesu rehabilitacji społecznej. Charakteryzuje instrumenty polityk publicznych i sił społecznych (na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym) pomagające i wspierające obie strony tego procesu – środowisko społeczne/lokalne i osobę z niepełnosprawnością – w realizacji planów/ |

| | | |
|-----|------------------------|---|
| | | <p>programów rehabilitacji społecznej. Pokazuje praktyczne wdrażanie idei rehabilitacji społecznej w doświadczeniu osób z niepełnosprawnością, instytucji publicznych, organizacji pozarządowych (III sektor) wspierających osoby z niepełnosprawnością w odgrywaniu ról społecznych i integracji społecznej.</p> |
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>Punktem wyjścia jest prezentacja ewolucji postaw wobec niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnością w kulturze ludzkiej, ze szczególnym uwzględnieniem dyskursu wobec modeli postrzegania niepełnosprawności w polityce społecznej (szerzej: politykach publicznych) w drugiej połowie XX w. i na początku XXI stulecia, wynikających stąd regulacjach normatywnych i organizacji systemu kompleksowej rehabilitacji. Na tym szerokim tle zostaną ukazane cele, zasady i instrumenty rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością, stanowiącej nieodzowny element koncepcji rehabilitacji kompleksowej. Specyfika rehabilitacji społecznej kieruje uwagę w stronę środowiska społecznego i otoczenia instytucjonalnego osób z niepełnosprawnością, ukazując szczegółowo, od czego zależy ich integracyjny (inkluzyjny) lub dezintegracyjny (wykluczający) wpływ na miejsce osoby z niepełnosprawnością w społeczności lokalnej i w społeczeństwie. Wątek uwarunkowań dopełnia analiza zakresu przedmiotowego polityk szczegółowych, ukierunkowanych na realizację kompleksowej rehabilitacji, w tym głównie rehabilitacji społecznej. Świadczenia społeczne, infrastruktura usług społecznych i kulturalnych, architektura otoczenia, komunikacja, informacja, edukacja, dostępne media, przyjazne urzędy – to główne sfery aktywności instytucji publicznych i niepublicznych, warunkujące skuteczność rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Kolejny obszar zagadnień analizowanych w ramach przedmiotu pokazuje poszczególne sfery organizacji życia i dostępu do praw podstawowych obywateli w ich miejscu zamieszkania z perspektywy możliwości zaspokajania potrzeb osób z niepełnosprawnością. Gdzie i w jakich obszarach możemy mówić o uniwersalnym projektowaniu infrastruktury i polityki, gdzie zaś nadal mamy do czynienia z głębokimi podziałami (separacji światów) szans i nierównym dostępem do praw społecznych, ekonomicznych, kulturalnych, obywatelskich, ryzykiem dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Zagadnienie to zostanie przedstawione na podstawie statystyk i wyników badań empirycznych oraz doświadczeń bezpośrednich osób z niepełnosprawnością. Na zakończenie przedstawiony zostanie kontekst tworzenia koncepcji i realizacji polityk szczegółowych wobec osób z niepełnosprawnością z perspektywy instytucji politycznych i ich przedstawicieli. Każdy wątek tematyczny będzie powiązany z rolą rehamenagera jako współorganizatora rehabilitacji społecznej poprzez wskazanie potencjalnych szans oraz barier w procesie integracji społecznej osoby z niepełnosprawnością w obecnym stanie rozwoju infrastruktury w Polsce, dostępnych i zróżnicowanych przestrzennie instrumentach wsparcia publicznego i społecznego.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|-----|--|--|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>CZĘŚĆ I (3 godziny) WPROWADZENIE DO PROBLEMATYKI REHABILITACJI SPOŁECZNEJ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niepełnosprawność, niepełnosprawni i osoba z niepełnosprawnością; ewolucja zakresu znaczeniowego pojęć, koncepcja włączającego modelu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. 2. Przedmiot, cel, zasady, instrumenty rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością (od paradygmatu medycznego do paradygmatu społecznego). 3. Charakterystyka modeli polityk publicznych wspierających lub blokujących efektywność procesu rehabilitacji społecznej: <ol style="list-style-type: none"> a. model równościowy – różni, ale równi: wyrównywanie szans, inkluzja (dostęp do praw podstawowych), przeciwdziałanie dyskryminacji, aktywność obywatelska, integracja społeczna, b. model segregacyjny – separacja światów: marginalizacja, wykluczenie, piętno (stereotypizacja). <p>DZIAŁ II (3 godziny) ZASOBY ŚRODOWISKA SPOŁECZNEGO ORAZ KAPITAŁ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ A STRATEGIE I EFEKTYWNOŚĆ REHABILITACJI SPOŁECZNEJ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Środowisko społeczne jako bariera lub siła sprawcza (rodzina, sieci przyjaciół i znajomych, sąsiedzi, organizacje społeczne, wyznaniowe i inne) integracji społecznej osób z niepełnosprawnością. 2. Lokalne instytucje i infrastruktura publiczna z perspektywy ich potencjału włączającego (inkluzja) lub wykluczającego (ekskluzja) i potrzeb osób z niepełnosprawnością. |
|-----|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 3. Cechy osób z niepełnosprawnością – aspekty medyczne, socjoekonomiczne, osobowościowe i ich związek z przebiegiem procesu rehabilitacji społecznej. 4. Informacja o wybranych technologiach (urządzeniach) wzmacniających samodzielność osób z niepełnosprawnością w życiu domowym i środowisku lokalnym. 5. Zbiorcza klasyfikacja barier/szans – środowiskowych i indywidualnych – warunkujących przebieg rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością. <p>DZIAŁ III (3 godziny)</p> <p>OBSZARY I INSTRUMENTY DZIAŁANIA INSTYTUCJI PUBLICZNYCH I NIEPUBLICZNYCH W PROCESIE REHABILITACJI SPOŁECZNEJ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawy normatywne, struktura organizacyjna podmiotów realizujących zadania w procesie rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością oraz finansowanie – poziom centralny, regionalny i lokalny. 2. „Godne” warunki socjalno-bytowe jako czynnik integracji społecznej; prawa socjalne a paternalistyczna wizja świadczeń społecznych. 3. Infrastruktura dostępna dla wszystkich – koncepcja projektowania uniwersalnego. 4. Edukacja, informacja, rekreacja – szkoły, kształcenie ustawiczne, język komunikacji urzędowej, media, sport i kultura. 5. Środki komunikacji (transport) i architektura bez barier w środowisku zamieszkania. 6. Terapia wspierająca rehabilitację społeczną (turnusy rehabilitacyjne, warsztaty terapii zajęciowej, poradnictwo psychologiczne). Terapia zajęciowa jako forma wspierania procesu rehabilitacji społecznej. |
|--|--|--|

7. Doradztwo osobie z niepełnosprawnością i jej rodzinie w wyborze instrumentów umożliwiających integrację społeczną – identyfikacja (klasyfikacja) potrzeb i możliwości, identyfikacja „sił” środowiskowych wspierających proces rehabilitacji społecznej.

DZIAŁ IV (3 godziny)

INTEGRACJA SPOŁECZNA OSÓB

Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W POLSKIM SPOŁECZEŃSTWIE – PERSPEKTYWA OSÓB

Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ: STATYSTYKI

I PRAKTYKI (WYBRANE ZAGADNIENIA W ŚWIETLE WYNIKÓW REALIZOWANYCH PROJEKTÓW, BADAŃ EMPIRYCZNYCH, BEZPOŚREDNICH DOŚWIADCZEŃ)

1. Dostępność językowa, komunikacyjna i architektoniczna instytucji (urzędy, sport, rekreacja) i usług publicznych (zdrowie, edukacja, konsumpcja, gospodarstwo domowe) – obszary równowagi i dyskryminacji.
2. Partycypacja polityczna osób z niepełnosprawnością: prawo wyborcze czynne i bierne, inicjatywy obywatelskie (organizacje społeczne i budżet obywatelski) – w jakim stopniu jest możliwa, co stanowi bariery?
3. Dyskurs publiczny – medialny, polityczny, opinia publiczna – wokół niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnością: o niepełnosprawności „z” czy „bez” niepełnosprawnych?
4. Bezpośrednie doświadczenia w realizacji procesu integracji społecznej – studium przypadku: zaproszenie na zajęcia osoby/osób (maks. 2) z niepełnosprawnością.

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>DZIAŁ V (3 godziny) W STRONĘ ŚRODOWISKA BEZ BARIER DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – PERSPEKTYWA INSTYTUCJONALNA; DOBRE PRAKTYKI, INICJATYWY, PROGRAMY DZIAŁANIA W DOŚWIADCZENIU WŁADZY CENTRALNEJ I SAMORZĄDOWEJ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitacja społeczna osób z niepełnosprawnością w dokumentach programowych UE (poz. 10 i 16 bibliografii). 2. Model włączający jako strategia polskiej polityki społecznej/publicznej wobec osób z niepełnosprawnością (propozycja przeniesienia powyższych zagadnień do pracy własnej studentów). 3. Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnością w praktyce: omówienie realizacji programów „Kooperacja 3 D” oraz „Dostępność Plus”. 4. Case study: realizacja zadań w obszarze rehabilitacji społecznej w doświadczeniu instytucji politycznych – szczebel samorządowy, regionalny lub centralny: <ol style="list-style-type: none"> a. spotkanie studentów z przedstawicielami instytucji publicznych (np. posłami, starostami, burmistrzami) na temat działań w obszarze rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnością, b. spotkanie studentów z przedstawicielami organizacji pozarządowych realizujących działania w zakresie rehabilitacji społecznej w środowisku lokalnym. |
|--|--|--|

| | | | |
|-----|-------------------|-----------|---|
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Poznanie funkcjonującego w Polsce systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością oraz uzyskanie informacji na temat dostępnych instrumentów i narzędzi wsparcia dla osoby z niepełnosprawnością. |
| | | C2 | Poznanie zasad funkcjonowania rynku pracy oraz instytucji rynku pracy. |
| | | C3 | Nabycie wiedzy w zakresie predyspozycji i ograniczeń do wykonywania określonych zawodów przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz sposobów właściwego doboru i przystosowania stanowiska pracy do osób z niepełnosprawnością. |
| | | C4 | Nabycie umiejętności wyszukiwania form pomocy i organizacji wsparcia dla osoby niepełnosprawnej w obszarze aktywności zawodowej i społecznej. |

| | | | |
|-----|--|---------------|---|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | <p>K_W10 Nabywa wiedzę w zakresie pojęć, funkcji i zasad rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością oraz wiedzę dotyczącą funkcjonowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej w Polsce.</p> <p>K_W11 Zna instrumenty i narzędzia wsparcia dla osób z niepełnosprawnością. Nabywa wiedzę w zakresie predyspozycji i ograniczeń do wykonywania określonych zawodów przez osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności.</p> |
|-----|--|---------------|---|

| | | | |
|-----|---------------------|---|--|
| | | <p>UMIĘT-NOŚCI</p> | <p>K_U10 Potrafi pomóc w doborze i przystosowaniu stanowiska pracy stosownie do rodzaju ograniczeń wynikających z niepełnosprawności danej osoby oraz dobrać odpowiednie wsparcie dla osoby rehabilitowanej w ramach aktualnego systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej.</p> <p>K_U11 Jest zdolny do udzielenia pomocy osobie rehabilitowanej w kontaktach z pracodawcą oraz wspierania pracodawcy w przystosowaniu stanowiska pracy. Potrafi skutecznie znaleźć lub zorganizować grupę wsparcia dla danej osoby z niepełnosprawnością.</p> |
| | | <p>KOMPE-TENCJE SPOŁECZNE</p> | <p>K_K07 Stosuje zdobytą wiedzę do wspierania rozwoju i funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych.</p> <p>K_K08 Potrafi skutecznie komunikować się z osobą z niepełnosprawnością i jej obecnym lub przyszłym pracodawcą.</p> |
| 16. | Metody dydaktyczne: | <ul style="list-style-type: none"> • Analiza i interpretacja tekstów źródłowych i ustaw. • Praca w grupach. • Dyskusja. • Prezentacja krótkich referatów. • Prezentacja multimedialna wybranych zagadnień. | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|-------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|--------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------------|--------|---------------------------------|---------|
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywny udział w zajęciach – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE– 0 pkt). • Wywiązywanie się z powierzonych zadań indywidualnych oraz zespołowych. <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z testu oraz realizacji zleconego zadania obejmującego treści całego przedmiotu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | <table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="548 653 1212 691">TEST</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 691 861 776">Ocena niedostateczna (2,0)</td> <td data-bbox="861 691 1212 776">0-50% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 776 861 862">Ocena dostateczna (3,0)</td> <td data-bbox="861 776 1212 862">51-59% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 862 861 948">Ocena dostateczna plus (3,5)</td> <td data-bbox="861 862 1212 948">60-69% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 948 861 1033">Ocena dobra (4,0)</td> <td data-bbox="861 948 1212 1033">70-79% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1033 861 1119">Ocena ponad dobra (4,5)</td> <td data-bbox="861 1033 1212 1119">80-89% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1119 861 1205">Ocena bardzo dobra (5,0)</td> <td data-bbox="861 1119 1212 1205">90-100% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="548 1205 1212 1243">REALIZACJA ZLECONEGO ZADANIA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1243 861 1328">Ocena niedostateczna (2,0)</td> <td data-bbox="861 1243 1212 1328">0-50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1328 861 1414">Ocena dostateczna (3,0)</td> <td data-bbox="861 1328 1212 1414">51-59%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1414 861 1500">Ocena dostateczna plus (3,5)</td> <td data-bbox="861 1414 1212 1500">60-69%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1500 861 1586">Ocena dobra (4,0)</td> <td data-bbox="861 1500 1212 1586">70-79%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1586 861 1671">Ocena ponad dobra (4,5)</td> <td data-bbox="861 1586 1212 1671">80-89%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1671 861 1757">Ocena bardzo dobra (5,0)</td> <td data-bbox="861 1671 1212 1757">90-100%</td> </tr> </table> | TEST | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% poprawnych odpowiedzi | Ocena dobra (4,0) | 70-79% poprawnych odpowiedzi | Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% poprawnych odpowiedzi | Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% poprawnych odpowiedzi | REALIZACJA ZLECONEGO ZADANIA | | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% | Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% | Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% | Ocena dobra (4,0) | 70-79% | Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% | Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% |
| TEST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dobra (4,0) | 70-79% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REALIZACJA ZLECONEGO ZADANIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dobra (4,0) | 70-79% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| KRYTERIA OCENY KOŃCOWEJ | |
|--------------------------------|---|
| 3,0 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 3-3,25 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 3,5 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 3,26-3,75 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 4,0 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 3,76-4,25 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 4,5 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 4,26-4,75 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |

| | | | |
|-----|--|-----|---|
| | | 5,0 | Warunkiem zaliczenia przedmiotu jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny z poszczególnych komponentów (testu i realizacji zleconego zadania) i uzyskanie łącznej oceny w przedziale 4,76-5,0 przy założeniu, że ocena ta składa się w 50% z oceny z testu i w 50% z oceny realizacji zleconego zadania. |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bac A. (red.), Terapia Zajęciowa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017. 2. Dostosowanie obiektów użyteczności publicznej w miastach wojewódzkich do potrzeb projektowania uniwersalnego, raport z badania, SODA Market Research i Fundacja Aktywnych Obywateli im. J. Dietla, 2014, aktywniobywatelle.pl/wp-content/uploads/2015/02/raportfao.pdf. 3. Frąckiewicz L., Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych, IPISS, Warszawa 2008. 4. Galasiński D., Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością, „Zagadnienia-Problemy-Rozwiązania”, 2013, nr 4. 5. Gąciarz B., Przemyśleć niepełnosprawność na nowo. Od instytucji państwa opiekuńczego do integracji i aktywizacji społecznej, Studia socjologiczne 2014, nr 2, s. 15-24. 6. Kirenko J., Sarzyńska E., Bezrobocie Niepełnosprawność Potrzeby, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010. 7. Kowalski K., Projektowanie bez barier, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji 2016. 8. Ku Europie bez barier dla osób z niepełnosprawnością, Komisja Europejska, Komunikat 12 maja 2000, COM(2010)0636. 9. Marska-Dzioba N., Racjonalność wydatków publicznych przeznaczonych na integrację osób niepełnosprawnych w Polsce, volumina.pl Daniel Krzanowski, Szczecin 2013. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>10. Niezabitowska E., Szewczenko A., Benek I., Potrzeby osób starszych w obiektach z funkcją opieki – wytyczne do projektowania, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej 2017.</p> <p>11. Paszkowicz M.A., Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2009.</p> <p>12. Pichalski r., Podstawy rehabilitacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2002.</p> <p>13. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 25 października 2011 r. w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010-2020 (2010/2272(INI) (2013/C 131 E/02).</p> <p>14. Sanderson H., Person centred planning (W:) Gates B (red.), Learning disabilities: towards inclusion. Churchill Livingstone, Edinburgh 2003, s. 369-389.</p> <p>15. Szarfenberg r., Ubóstwo, marginalność I wykluczenie społeczne (W:) Polityka społeczna, G. Firlit-Fesnak, J. Męcina (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018, s. 174-192.</p> <p>16. Sumsion T., Client-centred practice in occupational therapy, Churchill Livingstone, Edinburgh 2006.</p> <p>17. Townsend E.A., Polatajko H.J., Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation, Ottawa 2007.</p> <p>18. Standardy Dostępności dla Miasta Gdyni, Zarządzenie Prezydenta Miasta Gdyni nr 10740/13/VI/U z dnia 17 maja 2013 r.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>19. Universal design. Clarification of the concept. /Projektowanie uniwersalne. Objaśnienie koncepcji. The Norwegian Ministry of the Environment, 2007, publikacja dostępna w języku polskim pod adresem: http://unipdcentrodirittiumani.it/public/docs/projektowanie-</p> <p>20. Widawska E., Skotnicki K. (red.) Społeczne i prawne aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Akademia im. Jana Długosza Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego, Częstochowa 2014.</p> <p>21. Wysocki M., Dostępna przestrzeń publiczna, FIRR, Kraków 2009.</p> <p>22. Wysocki M., Projektowanie otoczenia dla osób niewidomych. Pozawzrokowa percepcja przestrzeni, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2010.</p> <p>23. Wytyczne w zakresie projektowania uniwersalnego mając na uwadze potrzeby osób niepełnosprawnych, Fundacja Laboratorium Architektury 60+ skład zespołu: Benek I., Labus A., Kampka M. (red.) – ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa, Warszawa, 2016.</p> <p>24. Zadrożny J., Społeczny raport alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami, Fundacja KSK, Warszawa 2015.</p> <p>Akty normatywne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006r. (Dz.U. 2012, poz. 1169). 2. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. 1997 nr 50, poz. 475). 3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.). |
|--|--|---|

| | | |
|-----|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.). 5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikacji (Dz.U. 2017, poz. 182.5). 6. Ustawa z dnia 15 czerwca 2012 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (Dz.U 2012, poz. 882). |
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych – raport końcowy. 18 maja 2017, PFRON. 2. Borowski r., Pedagogiczno-społeczne problemy osób niepełnosprawnych, Wyd. Szkoły Wyższej im. P. Włodkowica, Płock 2006. 3. Ostrowska A., Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993-2013, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2015. 4. Orłowska B.A. (red.), Przetamywanie barier psychologicznych, społecznych i emocjonalnych w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej 2011. 5. Osik D., Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych. Wyd. UMCS, Lublin 2003. 6. Żuraw H., Udział niepełnosprawnych w życiu społecznym. Warszawa 2008. |

| | | |
|-----|---|--|
| 21. | <p>Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta:</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Becker-Pestka D., Aktywizacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych – problemy i wyzwania (W:) Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych, Kwartalnik 4/2012. 2. Garbat M., Zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa osób z niepełnosprawnością w Europie, Wydawnictwo Uniwersytet Zielonogórski 2012. 3. Gąciarz B., Od państwa opiekuńczego do społeczeństwa obywatelskiego. Dylematy wokół partycypacji obywateli na przykładzie polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych, <i>Studia socjologiczne</i> 2014, nr 2 s. 85-106. 4. Goffman E., Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007. 5. Krause A., Integracyjne złudzenia ponowoczesności: (sytuacja ludzi niepełnosprawnych), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000. 6. Kurzynowski A. (red.), Polskie doświadczenia w rehabilitacji zawodowej i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Warszawa 2003. 7. Ossowski r., Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji, WSP, Bydgoszcz 1999. 8. Rezolucja Parlamentu Europejskiego (2011) z dnia 25.10.2011 w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010-2020. 9. Rogers C., Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory, London 1951. 10. Ryżek E., Rehabilitacja zawodowa i jej znaczenie w integracji osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy (W:) Projekt „DOBRY START – szkolenia dla usługodawców osób niepełnosprawnych” finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu PFRON. |
|-----|---|--|

| | | |
|-----|---|---|
| | | <p>11. Sumsion T., A Revised, Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 2000.</p> <p>12. Szawarski Z., <i>Mądrość i sztuka leczenia, Słowo/obraz/terytoria</i>, 2006.</p> <p>13. Turk M., Mudrick N., <i>Rehabilitation Interventions</i>. SAGE 2013.</p> <p>14. Wiszejko-Wierzbicka D., Raclaw M., Wołowicz-Ruszkowska A., <i>Byliśmy jak z kosmosu, Między (nie) wydolnością środowiska a potrzebami rodziców z niepełnosprawnościami</i>, Instytut Spraw Publicznych 2018.</p> <p>15. Wolan-Nowakowska M., Wojtasiak E. (red.), <i>Doradca zawodowy w procesie kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych</i>, Warszawa 2010.</p> <p>16. Materiały opracowane przez prowadzącego zajęcia.</p> |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny. |

3.5. Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji

W ramach modułu MZPR realizowane będą następujące przedmioty:

- 1) stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja,
- 2) metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją,
- 3) dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych.

3.5.1. Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja

| | | |
|----|------------------------------|--|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | STANOWISKO PRACY SPECJALISTY DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ: CEL, ZADANIA, SPECYFIKA, PROMOCJA |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wykład, ćwiczenia |
| 3. | Godziny kontaktowe: | Wykład: 4 godziny. Ćwiczenia: 4 godziny |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 20 |

| | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 28 |
| 6. | Punkty ECTS: | 1 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Jest to przedmiot wprowadzający, więc jego realizację zaleca się na początku pierwszego semestru. |
| 9. | Założenia (opisowo): | Nie dotyczy. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Przedmiot przybliży słuchaczom specyfikę pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Studenci zapoznają się z korzyściami, które wynikają z koordynacji zadań rehabilitacyjnych oraz powstaniem i rozwojem tej idei. Punktem odniesienia jest tu przegląd podobnych projektów w innych krajach oraz przybliżenie przykładów (częściowej) realizacji zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją na polskim gruncie. Kluczowym wątkiem zajęć jest prezentacja zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, a także refleksja na temat uwarunkowań tych działań. |

| | | |
|-----|------------------------|---|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>W trakcie czterogodzinnego wykładu słuchaczom przekazywana jest wiedza na temat stanowiska pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Punktem wyjścia do zagadnienia jest analiza korzyści, wynikających z koordynacji procesu rehabilitacji przez jednego fachowca. Ważny element tego wątku stanowi prezentacja doświadczeń innych krajów w implementacji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacji do lokalnych systemów (rozwiązania w tym zakresie, umiejscowienie, ewolucja) oraz pokazanie przykładów projektów, jakie – w mniejszym zakresie i jedynie częściowym wymiarze – wprowadzono w Polsce.</p> <p>Kluczowym wątkiem zajęć jest część poświęcona specyfice pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. W ramach tej części studenci poznają teorię case management, a następnie zakres obowiązków SdsZR oraz wszystkie elementy, które wytyczają jego ramy działania w sensie prawnym i etycznym (uprawnienia, zakres odpowiedzialności, etyka postępowania). Stanowi to bazę i punkt wyjścia dla technik omawianych szczegółowo podczas „Metod działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją”</p> <p>Ponieważ przedmiot ten ma charakter wprowadzający, ważnym jego elementem jest też wymiana doświadczeń między studentami, czemu służyć ma fokus, podczas którego uczestnicy</p> |
| | | <p>studiów będą mogli opowiedzieć sobie wzajemnie o praktycznych aspektach pracy z osobami niepełnosprawnymi i głównych barierach, jakie spotykają, a jednocześnie zastanowić się, jak można by te obszary/mechanizmy usprawnić.</p> |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>WYKŁAD (4 godziny):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Idea utworzenia stanowiska specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją – cel, korzyści, pierwsze rozwiązania w tym zakresie, umiejscowienie, ewolucja projektu. 2. Case management jako metoda pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją – budowanie stanowiska pracy. 3. Rola i zakres działania rehamanagerów w Niemczech na przykładzie doświadczeń DGUV. 4. Ośrodki Rehabilitacji Kompleksowej w Polsce – założenia modelu (doświadczenia pierwszych lat funkcjonowania omówione zostaną w przedmiocie dobre i złe praktyki). 5. Zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (+ krótkie wprowadzenie do zagadnienia analizy sytuacji klienta, tworzenia Indywidualnego Programu Rehabilitacji oraz zadań związanych z kontrolą, koordynacją i ewaluacją procesu rehabilitacji). 6. Zakres uprawnień i odpowiedzialności specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją oraz etyka postępowania. <p>ĆWICZENIA (4 godziny):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymiana doświadczeń między studentami w zakresie pracy z osobami niepełnosprawnymi. | |
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie celu, zadań, uprawnień i odpowiedzialności oraz uwarunkowań pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. |
| | | C4 | Zapoznanie słuchaczy z realiami pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją oraz dobrymi i złymi praktykami w tym obszarze. |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | K_W12 Ma wiedzę na temat: celu działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, jego obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i obowiązujących go zasad etycznych oraz na temat podstawowych założeń zarządzania procesem rehabilitacji, w tym zarządzania marketingowego tym procesem. |
| | | UMIĘJĘTNOŚCI | K_U12 Potrafi określić cel działań rehabilitacyjnych, podejmować (zgodne z etyką i skutecznością działania) decyzje w zakresie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności oraz wykorzystywać kluczowe elementy strategii marketingowej dla zarządzania procesem rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. |
| | | KOMPETENCJE SPOŁECZNE | K_K09 Ma poczucie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji w sprawie aktywizacji osób niepełnosprawnych; zna zasady etyki postępowania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i potrafi je wykorzystać w planowaniu i realizacji procesu rehabilitacji. |
| 16. | Metody dydaktyczne: | <ul style="list-style-type: none"> • Metody podające: wykład informacyjny. • Metody problemowe: wykład problemowy. • Metody aktywizujące: dyskusja dydaktyczna. • Metody eksponujące: ekspozycja. | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywny udział w zajęciach – karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE – 0 pkt). <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzyskanie pozytywnej oceny z zaliczenia. | | | | | | | | | | | | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | <p>TEST</p> <table border="1" data-bbox="541 538 1219 1043"> <tr> <td data-bbox="541 538 861 620">Ocena niedostateczna (2,0)</td> <td data-bbox="861 538 1219 620">0-50% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 620 861 704">Ocena dostateczna (3,0)</td> <td data-bbox="861 620 1219 704">51-59% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 704 861 788">Ocena dostateczna plus (3,5)</td> <td data-bbox="861 704 1219 788">60-69% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 788 861 872">Ocena dobra (4,0)</td> <td data-bbox="861 788 1219 872">70-79% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 872 861 955">Ocena ponad dobra (4,5)</td> <td data-bbox="861 872 1219 955">80-89% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="541 955 861 1043">Ocena bardzo dobra (5,0)</td> <td data-bbox="861 955 1219 1043">90-100% poprawnych odpowiedzi</td> </tr> </table> | Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% poprawnych odpowiedzi | Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% poprawnych odpowiedzi | Ocena dobra (4,0) | 70-79% poprawnych odpowiedzi | Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% poprawnych odpowiedzi | Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% poprawnych odpowiedzi |
| Ocena niedostateczna (2,0) | 0-50% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna (3,0) | 51-59% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dostateczna plus (3,5) | 60-69% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena dobra (4,0) | 70-79% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena ponad dobra (4,5) | 80-89% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena bardzo dobra (5,0) | 90-100% poprawnych odpowiedzi | | | | | | | | | | | | | |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <p>Ponieważ w Polsce nie funkcjonują specjaliści ds. zarządzania rehabilitacją, kluczową lekturą są materiały edukacyjne z Niemiec, udostępniane słuchaczom w polskim tłumaczeniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Program Zarządzania Rehabilitacją Niemieckiego Ustawowego Ubezpieczenia od Nieszczęśliwych Wypadków – Podręcznik Działania /Unfallversicherung– Handlungsleitfaden, DGUV 2010. 2. Charakterystyka skutecznego Programu Zarządzania Rehabilitacją/ Erfolgsmerkmale eines effizienten Reha- Managements / DGUV 2013. 3. Rehabilitation Management in the German Social Accident Insurance – key-elements, DGUV 2011. | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----|--|---|
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Beyersdorf J., Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością w Niemczech na przykładzie młodych osób rehabilitowanych przez Federalną Agencję Pracy, Studia OeconomicaPosnaniensia 2015, vol. 3, no. 10. 2. Bańczyk P., Eichner M., Pasternak K. et al., Model aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych z różnymi typami niepełnosprawności, Centrum Społecznego Rozwoju, Łaziska Górne 2015. 3. Woźniak-Szymańska A., Dobre praktyki. Wybrane usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych we Francji, Szwecji oraz Niemczech www.koalicjaon.org.pl/photo/File/projekt.../dobre_praktyki_zagraniczne.pdf. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/ bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie, ESPRM 2007 www.ptreh.com/organizacja-miedzynarodowe/aktualnosci/67-biala-ksiega-medycyny-fizykalnej-i-rehabilitacji-w-europie. 2. Kołaczek B., Męcina J., Podstawowe i specyficzne formy pomocy i rozwiązania instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (W:) Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce, Balcerzak-Paradowska B., Hebda-Czaplicka I. (et al.) (red.), IPiSS, Warszawa 2002. 3. Materiały opracowane przez wykładowcę. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny, tablica. |

3.5.2. Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

| | | |
|----|---------------------------------------|---|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | METODY PRACY SPECJALISTY DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ I: OCENA SYTUACJI KLIENTA |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wykład Warsztaty |
| 3. | Godziny kontaktowe: | Wykłady – 10 godzin. Warsztaty – 20 godzin |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 40 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 70 |
| 6. | Punkty ECTS: | 4 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | <ol style="list-style-type: none"> 1. Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne. 2. Prawo pracy. 3. Propedeutyka medycyny. 4. Propedeutyka rehabilitacji medycznej. 5. Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia. 6. Kompetencje interpersonalne I i II. 7. Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy. 8. Rehabilitacja społeczna. 9. Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja. |

| | | |
|----|----------------------|--|
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Słuchacz powinien posiadać podstawową wiedzę z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. obszaru funkcjonowania systemu instytucjonalno-organizacyjnego w zakresie rehabilitacji: znać cele, pojęcia, instrumenty i procedury działania w zakresie rehabilitacji, 2. dziedzin prawa odnoszących się do rehabilitacji: znać rozwiązania prawne w zakresie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia oraz postępowania administracyjnego, prawa cywilnego, 3. uprawnień i obowiązków osób z niepełnosprawnością, 4. zakresu prawa pracy, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa w miejscu pracy, 5. podstawowych procesów fizjologicznych u człowieka oraz mechanizmów patofizjologii chorób, 6. konsekwencji społecznych choroby i niepełnosprawności oraz barier społeczno-kulturowych, 7. specyfiki psychologicznego funkcjonowania klientów z niepełnosprawnością będącą efektem urazu i stanem wrodzonym lub nabytym w okresie rozwojowym; dostrzegać związki pomiędzy niepełnosprawnością a stylem funkcjonowania oraz rozumieć rolę rodziny i otoczenia społecznego w procesie rehabilitacji, 8. mechanizmów komunikacji i współpracy z profesjonalistami z różnych dziedzin i placówkami specjalistycznymi, 9. zakresu pojęć, funkcji i zasad rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością oraz dotyczącej funkcjonowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej w Polsce, |
|----|----------------------|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>10. instrumenty i narzędzia wsparcia dla osób z niepełnosprawnością,</p> <p>11. zakresów celów działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, jego obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i obowiązujących go zasad etycznych.</p> <p>Słuchacz przed realizacją przedmiotu powinien nabyć umiejętności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rozumienia złożoności i specyfiki rozwiązań prawno-organizacyjnych dotyczących niepełnosprawności i rehabilitacji, identyfikowania powiązań między nimi, poszukiwania i korzystania z właściwych rozwiązań oraz efektywnego wspierania osoby z niepełnosprawnością w procesie zarządzania rehabilitacją, 2. identyfikowania i rozstrzygania głównych problemów zachodzących w dziedzinach związanych z rehabilitacją, podejmowania decyzji zgodnych z obowiązującym prawem zabezpieczenia społecznego, administracyjnego i cywilnego w konkretnych sytuacjach faktycznych, 3. rozumienia i identyfikowania podstawowych objawów, metod diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych stosowanych u pacjentów z chorobami układu nerwowego, krążenia, układu oddechowego oraz mięśniowo-szkieletowego, ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, nowotworowych i stanów po urazach narządu ruchu, 4. rozpoznawania możliwości i ograniczeń w kontakcie z osobą z niepełnosprawnością, nawiązywania kontaktu z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami; umieć stosować narzędzia usprawniające komunikację i współpracę z różnymi specjalistami w realizacji celów rehabilitacji. Słuchacz posiada kompetencje dotyczące nawiązywania kontaktów, efektywnego komunikowania się i podejmowania współpracy z podmiotami zajmującymi się rehabilitacją. |
|--|--|---|

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Podczas realizacji przedmiotu słuchacz otrzyma wiedzę i rozwinię umiejętności w zakresie zarządzania procesem rehabilitacji. Zajęcia mają na celu przygotowanie studentów do kompleksowej diagnozy sytuacji klienta i oceny jego możliwości oraz utworzenia indywidualnego planu rehabilitacji. Uzupełnieniem tego kierunku jest wiedza na temat koordynacji i oceny przebiegu procesu. |
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>Przedmiot jest realizowany w postaci wykładów i warsztatów. Podczas wykładów studenci najpierw poznają metody i zasady gromadzenia danych niezbędnych do oceny sytuacji klienta (zapoznają się ze źródłami i technikami zbierania informacji obejmującymi: analizę danych zastanych, obserwację oraz wywiad pogłębiony). Ważnym wątkiem jest tutaj refleksja na temat indywidualnych czynników mających wpływ na sytuację klienta. Drugi blok teoretyczny obejmuje zasady tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji (ustalenie celów rehabilitacji, opracowywanie IPR oraz jego harmonogramu, tworzenie budżetu, identyfikacja jednostek realizujących poszczególne zadania). Trzeci blok teoretyczny stanowi wiedza na temat zasad koordynacji procesu rehabilitacji oraz sposobów jego dokumentowania i ewaluacji.</p> <p>Podczas realizacji warsztatów słuchacze wykorzystują wiedzę uzyskaną w trakcie wykładu, aby przećwiczyć wszystkie etapy na konkretnym przypadku. Przeprowadzą analizę słabych i mocnych stron klienta, których wynikiem będzie wytyczenie optymalnego, a zarazem realistycznego celu (np. powrót do pracy na tym samym stanowisku, powrót do pracy na innym</p> |

| | | |
|-----|--|--|
| | | <p>stanowisku u tego samego pracodawcy, inne miejsce pracy na otwartym rynku pracy, integracja ze środowiskiem lokalnym).</p> <p>Dodatkowym elementem jest praktyczne zastosowanie poznanych podczas wykładu zasad prowadzenia analizy stakeholders – słuchacze opracowują ewidencję osób i instytucji, które mogą w jakikolwiek sposób wywierać wpływ na proces rehabilitacji klienta.</p> <p>Wreszcie – na bazie zebranych danych – słuchacze wytyczają cel główny oraz cele szczegółowe i opracowują Indywidualny Plan Rehabilitacji z harmonogramem jego przebiegu. Istotnym wątkiem jest tutaj refleksja na temat zależności pomiędzy poszczególnymi elementami planu (działania, koszty, czas trwania) w celu rozwijania umiejętności realistycznego i kompleksowego planowania działań w odniesieniu do zasobów, budżetu i czasu.</p> |
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>WYKŁADY (10 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cel i zasady gromadzenia danych potrzebnych do oceny możliwości klienta z punktu widzenia indywidualnych czynników mających wpływ na jego sytuację (stan zdrowia, wykształcenie, dotychczasowe doświadczenia zawodowe, szczególne uzdolnienia, zainteresowania, hobby, sytuacja finansowa, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna, pozarodzinne grupy wsparcia) (1 godzina). 2. Metody i narzędzia gromadzenia danych – wywiad pogłębiony obserwacja, analiza danych zastanych – główne zasady realizacji i sposoby zwiększania efektywności (2 godziny). 3. Analiza SWOT – ocena możliwości klienta z punktu widzenia indywidualnych czynników mających wpływ na jego sytuację (1 godzina). |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Analiza stakeholders – ewidencja osób i instytucji, które mogą pomóc lub przeszkadzać w funkcjonowaniu specjalisty, z uwzględnieniem wszystkich „aktorów” polityki zdrowotnej/społecznej (1 godzina). 5. Indywidualny program rehabilitacji – zasady tworzenia IPR (określanie celu, planowanie harmonogram, dobór metod/ narzędzi/ środków, kalkulacja kosztów, możliwości finansowania) (3 godziny). 6. Dokumentacja efektów pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (1 godzina). 7. Monitoring i ewaluacja procesu rehabilitacji (1 godzina). <p>WARSZTATY (20 godzin):</p> <p>I DIAGNOZA SYTUACJI I POTRZEB (10 godzin)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przygotowanie narzędzia do wywiadu z klientem (ewentualnie innych osób zaangażowanych w proces – np. jego rodziny). 2. Analiza SWOT i stakeholders – case study (ćwiczenia oceny możliwości klienta w oparciu o konkretne przypadki). 3. Analiza stakeholders – wspólna identyfikacja graczy uczestniczących w procesie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej w Polsce. <p>II TWORZENIE INDYWIDUALNEGO PROGRAMU REHABILITACJI (10 godzin):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Określanie celu głównego i celów szczegółowych. 2. Indywidualny program rehabilitacji – case study (ćwiczenie poszukiwania optymalnych rozwiązań w oparciu o konkretne przypadki oraz znajomość prawa, rynku pracy, systemu opieki medycznej i systemu wsparcia osób niepełnosprawnych). Projekt wstępny Indywidualnego Programu Rehabilitacji – propozycja działań w czterech obszarach. |
|--|--|---|

| | | | | | | | | |
|-----------|--|---|-----------|--|-----------|---|-----------|--|
| | | <p>3. Przygotowywanie budżetu do IPR – próba oszacowania kosztów projektu wstępnego (zbieranie informacji na temat cen, wybór najbardziej efektywnej opcji).</p> <p>4. Poszukiwanie alternatywnych opcji i stworzenie optymalnej, a zarazem realistycznej wersji IPR.</p> <p>5. Prezentacja przypadku i proponowanych rozwiązań.</p> <p>Studenci pracują w grupach nad konkretnymi przypadkami, opracowując w ramach grupy kolejne etapy projektu (konieczny dostęp do internetu w celu sprawdzania koniecznych informacji – np. oferta edukacyjna, ceny świadczeń medycznych).</p> | | | | | | |
| 14. | Cele kształcenia: | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="545 773 713 1001">C1</td> <td data-bbox="713 773 1212 1001">Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie celu, zadań, uprawnień i odpowiedzialności oraz uwarunkowań pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="545 1001 713 1239">C2</td> <td data-bbox="713 1001 1212 1239">Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie oceny sytuacji klienta oraz osób i czynników, które mogą być korzystnym bądź niekorzystnym elementem procesu.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="545 1239 713 1629">C3</td> <td data-bbox="713 1239 1212 1629">Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwijanie umiejętności w zakresie zarządzania strategicznego procesem rehabilitacji – tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, koordynacji i oceny jego realizacji oraz doskonalenia umiejętności organizatorskich w odniesieniu do specyfiki zarządzania procesem rehabilitacji.</td> </tr> </table> | C1 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie celu, zadań, uprawnień i odpowiedzialności oraz uwarunkowań pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. | C2 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie oceny sytuacji klienta oraz osób i czynników, które mogą być korzystnym bądź niekorzystnym elementem procesu. | C3 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwijanie umiejętności w zakresie zarządzania strategicznego procesem rehabilitacji – tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, koordynacji i oceny jego realizacji oraz doskonalenia umiejętności organizatorskich w odniesieniu do specyfiki zarządzania procesem rehabilitacji. |
| C1 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie celu, zadań, uprawnień i odpowiedzialności oraz uwarunkowań pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. | | | | | | | |
| C2 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie oceny sytuacji klienta oraz osób i czynników, które mogą być korzystnym bądź niekorzystnym elementem procesu. | | | | | | | |
| C3 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwijanie umiejętności w zakresie zarządzania strategicznego procesem rehabilitacji – tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, koordynacji i oceny jego realizacji oraz doskonalenia umiejętności organizatorskich w odniesieniu do specyfiki zarządzania procesem rehabilitacji. | | | | | | | |

| | | | |
|-----|--|---------------|---|
| | | C4 | Zapoznanie słuchaczy z realiami pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją oraz dobrymi i złymi praktykami w tym obszarze. |
| | | C5 | Nauczenie słuchacza kreatywnego poszukiwania rozwiązań w oparciu o wiedzę nabytą podczas modułów I-IV. Student poznaje metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, a następnie ma możliwość praktycznie te metody przećwiczyć. |
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | <p>K_W13 Ma wiedzę na temat źródeł, metod i zasad pozyskiwania danych potrzebnych do oceny możliwości klienta, stosuje metodę SWOT do analizy sytuacji klienta oraz analizę stakeholders do stworzenia ewidencji osób i instytucji, które mogą w jakikolwiek sposób wywierać wpływ na proces rehabilitacji klienta.</p> <p>K_W14 Ma wiedzę na temat: zasad tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji i jego kluczowych elementów, koordynacji procesu rehabilitacji, podstawowych funkcji organizatorskich, analizy strategicznej i zarządzania strategicznego, w tym zna elementy budowy strategii dla zarządzania procesem rehabilitacji, kryteriów oceny pracy oraz metod i narzędzi ewaluacji procesu rehabilitacji.</p> |

| | | |
|-----|--|--|
| | | <p>UMIEJĘTNOŚCI</p> <p>K_U13 Potrafi pozyskiwać dane potrzebne do oceny możliwości klienta oraz dokonać analizy sytuacji klienta z wykorzystaniem metody SWOT oraz stakeholders.</p> <p>K_U14 Potrafi określić realistyczny cel działań rehabilitacyjnych i opracować indywidualny plan rehabilitacji; potrafi wyciągać wnioski z analizy przebiegu procesu.</p> |
| | | <p>KOMPE-TENCJE SPOŁECZNE</p> <p>K_K10 Ma kompetencje komunikacyjne (przede wszystkim społeczne) potrzebne do prowadzenia wywiadu pogłębionego z klientem oraz wywiadu środowiskowego; jest w stanie oceniać sytuację klienta w sposób empatyczny, z uwzględnieniem obszaru jego doświadczeń.</p> <p>K_K11 Podczas tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, a następnie ewaluacji procesu uwzględnia potrzeby, możliwości i oceny klienta, buduje relacje z osobami i instytucjami, które są istotne dla realizacji procesu rehabilitacji.</p> |
| 16. | Metody dydaktyczne: | Wykłady: wykład informacyjny i problemowy. Warsztaty: ćwiczenia w grupach (dyskusja world cafe), studium przypadku. |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywność na zajęciach. <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaliczenie zleconego zadania – praca projektowa w maks. pięcioosobowych grupach. |

| | | |
|-----|--|--|
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | <p>REALIZACJA ZADANA ZLECONEGO</p> <p>Zleczone zadanie oceniane jest na podstawie kryteriów określonych przez prowadzącego zajęcia. Każde kryterium oceniane jest w skali od 0 do 2 pkt. Słuchacz musi zdobyć min. 60% punktów aby uzyskać zaliczenie zadania.</p> |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2013. 2. Martyniak Z., Zarządzanie informacją i komunikacja- zagadnienia wybrane w świetle studiów i badań empirycznych, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2000. 3. Nowicki M. SWOT (W:) K. Szymańska (red.), Kompendium metod i technik zarządzania. Technika i ćwiczenia, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2015, s. 325-354. 4. Obłój K., Trybuchowski M., Zarządzanie strategiczne (W:) Koźmiński A., K. Piotrowski W. (red.), Zarządzanie. Teoria i praktyka, PWN, Warszawa, 2010. 5. Penc-Pietrzak I., Planowanie strategiczne w nowoczesnej firmie, Wolters Kluwer, 2010. 6. Stabryła A., Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy, PWN, Warszawa 2011. 7. Walshe K., Smith J., Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011. 8. Węgrzyn A., Benchmarking: nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa, Wydawnictwo Antykwa, Kluczbork – Wrocław 2000. |

| | | |
|-----|--|--|
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Armstrong M., Zarządzanie zasobami ludzkimi, Wolters Kluwer, Kraków 2011. 2. Grajewski P., Organizacja procesowa, PWE, Warszawa 2007. 3. Kaczmarczyk S., Badania marketingowe. Podstawy metodyczne, PWE, Warszawa 2011 4. Shortell S.M., Kaluzny A.D., Podstawy zarządzania opieką zdrowotną, Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2011. 5. Skrzypek E., Hofman M., Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie, Wolters Kluwer, Warszawa 2010. 6. Stabryła A., Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy, PWN, Warszawa 2011. 7. Zakrzewska-Bielawska A. (red.), Podstawy Zarządzania – Teoria i ćwiczenia, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/ bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Czekaj J., Podstawy zarządzania informacją, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2012. 2. Gros U., Zachowania organizacyjne w teorii i praktyce zarządzania, PWN, Warszawa 2003. 3. Jemielniak D., Koźmiński A.K., Zarządzanie od postaw, Wolters Kluwer, Warszawa 2011. 4. Kaczmarczyk S., Klasyfikacja metod zbierania danych ze źródeł pierwotnych w badaniach marketingowych, Studia Ekonomiczne 2014, 195, 55-64. 5. Komnata W., Wykorzystanie informacji medycznej w planowaniu i monitorowaniu zdrowia populacji (W:) Czupryna A., Pozdzioch S., Ryś A., et al. (red.), Zdrowie Publiczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2000. 6. Rydzewska-Włodarczyk M., Sobieraj M., Pomiar efektywności procesów za pomocą kluczowych wskaźników efektywności, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia 2015, nr 76, t. 2, s. 333-347. |

| | | |
|-----|---|--|
| | | <p>7. Stoner J.A., Freeman r.E., Gilbert D., Kierowanie, PWE, Warszawa 2011.</p> <p>8. Tylińska r., Analiza SWOT instrumentem w planowaniu rozwoju, WSiP, Warszawa 2005.</p> <p>9. Walshe K., Smith J., Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.</p> <p>10. Zimniewicz K., Współczesne koncepcje i metody zarządzania, PWE, Warszawa 2009.</p> <p>11. Materiały opracowane przez wykładowcę.</p> |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny, flipboard, papier, tablica magnetyczna, pisaki. |

3.5.3. Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | DOBRE/ZŁE PRAKTYKI W REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Wizyta studyjna Konwersatorium |
| 3. | Godziny kontaktowe: | Wizyta studyjna – 6 godzin. Konwersatorium – 7 godzin. |
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 13 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 26 |
| 6. | Punkty ECTS: | 1 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Wskazane jest realizowanie przedmiotu jako ostatniego. |

| | | |
|----|--------------------------------|--|
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | <p>Zaleca się, żeby przedmiot był rozpoczęty po zakończeniu realizacji przedmiotów: podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne, prawo pracy, propedeutyka medycyny, propedeutyka rehabilitacji medycznej, psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia, kompetencje interpersonalne I i II, rehabilitacja zawodowa i rynek pracy, rehabilitacja społeczna, stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, promocja, metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i ocena sytuacji klienta, metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.</p> |
| 9. | Założenia (opisowo): | <p>Zgodnie z założeniem student, przystępując do realizacji przedmiotu, powinien posiadać wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne w zakresie przedmiotów ze wszystkich modułów: prawno-organizacyjnego, medycznego, psychologicznego, dotyczącego rehabilitacji zawodowej, społecznej, rynku pracy oraz zarządzania procesem rehabilitacji. Założeniem przedmiotu jest zapoznanie się z praktycznymi aspektami funkcjonowania podmiotów leczniczych, w których realizowana jest rehabilitacja. Student będzie miał możliwość zapoznania się z uwarunkowaniami organizacji i funkcjonowania oddziałów i zakładów rehabilitacji, pracy profesjonalistów – członków zespołu rehabilitacyjnego, z którymi docelowo ma współpracować. Jednocześnie przedmiot ten umożliwi nawiązanie relacji z pacjentami i ich rodzinami celem właściwego aplikowania rehabilitacji społeczno-zawodowej.</p> |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali i w terenie. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Przedmiot polega na zdobyciu praktycznych umiejętności identyfikowania barier w planowaniu i organizacji rehabilitacji społeczno-zawodowej. W trakcie zajęć student w praktyczny sposób poznaje podmioty zaangażowane w proces aktywizacji osób niepełnosprawnych realizujących działania nie tylko z zakresu rehabilitacji kompleksowej, ale także w poszczególnych obszarach medycznych, psychologicznych, społecznych, zawodowych. |
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>I Spotkania z osobami realizującymi zadania z zakresu rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doświadczenia osób wypełniających zadania z zakresu zarządzania rehabilitacją lub realizujących działania z wybranych obszarów rehabilitacji, • wynikająca z tych doświadczeń refleksja na temat szans i zagrożeń, jakie mogą wystąpić podczas tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz jego realizacji. <p>W tej części zajęć ważne jest zdywersyfikowanie ekspertów, tak aby studenci mieli okazję poznać jak najszersze spektrum doświadczeń, uwzględniających różne typy niepełnosprawności i różne obszary działania (nie tylko medyczny!).</p> <p>II Wizyta studyjna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie metodologii badania (cel, pytania badawcze, narzędzia), • przeprowadzenie obserwacji i wywiadów podczas wizyty w placówce, • ewaluacja wyników badań i refleksja na temat skuteczności projektu. <p>Ważnym elementem tej części zajęć jest też nabycie przez studenta umiejętności krytycznej oceny funkcjonowania placówki.</p> |

| | | |
|-----|--|--|
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>DOBRE/ZŁE PRAKTYKI W REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (HOSPITACJE):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spotkania z osobami zajmującymi się działalnością z zakresu zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (wizyta gościa na terenie uczelni lub w ramach wizyty w organizacji/ instytucji) (4 godziny). 2. Przygotowanie do wizyty studyjnej: formułowanie celu badań i pytań badawczych, przygotowanie narzędzia (główne obszary, które należy uwzględnić w obserwacji i wywiadach z pracownikami i klientami placówki (na terenie uczelni) (1 godzina). 3. Wizyta studyjna: sporządzanie notatek z obserwacji i wywiadów (w placówce) (6 godzin). 4. Ewaluacja wyników obserwacji/wywiadów: identyfikowanie mechanizmów i ewentualnych problemów (na terenie uczelni) (2 godziny). |
|-----|--|--|

| | | | |
|-----|-------------------|-----------|--|
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie celu, zadań, uprawnień i odpowiedzialności oraz uwarunkowań pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. |
| | | C2 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwój umiejętności w zakresie oceny sytuacji klienta oraz osób i czynników, które mogą być korzystnym bądź niekorzystnym elementem procesu. |
| | | C3 | Przekazanie słuchaczowi wiedzy i rozwijanie umiejętności w zakresie zarządzania strategicznego procesem rehabilitacji – tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, koordynacji i oceny jego realizacji oraz doskonalenia umiejętności organizatorskich w odniesieniu do specyfiki zarządzania procesem rehabilitacji. |
| | | C4 | Zapoznanie słuchaczy z realiami pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją oraz dobrymi i złymi praktykami w tym obszarze. |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | K_W15 Ma wiedzę na temat doświadczeń osób wypełniających zadania z zakresu zarządzania rehabilitacją (na temat szans i zagrożeń, jakie mogą wystąpić podczas tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz jego realizacji). |
| | | UMIĘJĘTNOŚCI | K_U15 Uwzględni w planowaniu pracy doświadczenia osób wykonujących zadania z zakresu zarządzania rehabilitacją w celu unikania zagrożeń, jakie mogą wystąpić podczas oceny sytuacji klienta, tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz koordynacji procesu rehabilitacji. |
| | | KOMPETENCJE SPOŁECZNE | K_K12 Potrafi korzystać z doświadczeń innych osób dla podniesienia kompetencji koniecznych do profesjonalnego wykonywania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. |
| 16. | Metody dydaktyczne: | Wizyta w placówce medycznej świadczącej usługi w zakresie rehabilitacji. Konwersatorium. | |

| | | | |
|-----|--|--|-----------------------|
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | <p>Warunki dopuszczenia do zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Aktywność na zajęciach w szczególności polegająca na zaangażowaniu słuchacza podczas spotkań z gośćmi i wizyty studyjnej: karta obserwacji studenta podczas zajęć (ocena TAK – 1 pkt / NIE – 0 pkt). • Udział w zespole ewaluującym proces, rehabilitacji w odwiedzanej placówce (narzędzie do ewaluacji, aktywność oraz ewaluacja). <p>Warunki zaliczenia przedmiotu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktywność na zajęciach. • Udział w zespole ewaluacyjnym. | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | Aktywność na zajęciach | 50% oceny całościowej |
| | | Udział w seminariach projektowych | 50% oceny całościowej |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wilmowska-Pietruszyńska A., Rehabilitacja w systemie zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych, 2. www.bas.sejm.gov.pl. 3. NIK o aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-aktywizacji-zawodowej-niepelnosprawnych-w-województwie-lodzkiem.html. 4. Filmy dot. rehabilitacji konkretnych osób, udostępnione m.in. przez DGUV oraz ERGO HESTIA S.A. | |

| | | |
|-----|--|--|
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | <ol style="list-style-type: none"> 1. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe, European Journal of Physical and Rehabilitation medicine, vol 54., n. 2, April 2018. 2. Europejska Unia Zatrudnienia Wspomaganego: zbiór praktycznych wskazówek, Korybski T. (tł. z jęz. ang.), Szostak B. (red. merytoryczna), Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2013. 3. Karwacki A., Rymśa M., Gąciarz B. et al., Niezatrudnieniowe wymiary aktywizacji. W stronę modelu empowerment?, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2017. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/ bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jankowski P. et al., Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji. Kardiologia Polska 71.9 (2013): 995. 2. Uścińska G., Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych w Polsce: propozycje zmiany obecnych zasad, Polityka Społeczna 10 (2015): 8. 3. Materiały opracowane przez wykładowcę. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny lub monitor interaktywny. |

3.6. Moduł Seminarium

W ramach modułu realizowane będzie seminarium promotorskie (SD), które służy przygotowaniu pracy dyplomowej na zakończenie studiów podyplomowych. Praca podlegać będzie recenzji.

| | | |
|----|---------------------|-----------------------------|
| 1. | Nazwa przedmiotu: | SEMINARIUM DYPLOMOWE |
| 2. | Rodzaj przedmiotu: | Seminarium |
| 3. | Godziny kontaktowe: | 10 |

| | | |
|-----|---------------------------------------|--|
| 4. | Czas pracy własnej studenta: | 60 |
| 5. | Sumaryczne obciążenie pracy studenta: | 70 |
| 6. | Punkty ECTS: | 4 |
| 7. | Wymagania (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 8. | Założenia (lista przedmiotów): | Nie dotyczy. |
| 9. | Założenia (opisowo): | Student: posiada podstawową wiedzę o pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, orientuje się w systemie rehabilitacji funkcjonującym w Polsce. Potrafi wyciągać wnioski i poddawać je analizie oraz planować i organizować działania. |
| 10. | Tryb prowadzenia: | W sali. W sytuacji zagrożenia epidemicznego zajęcia na studiach podyplomowych będą realizowane hybrydowo lub zdalnie, z zastosowaniem regulacji obowiązujących na uczelniach. |
| 11. | Skrócony opis przedmiotu: | Celem seminarium dyplomowego jest zapoznanie studenta z wymogami obowiązującymi przy realizacji pracy badawczej, ukierunkowanie w zakresie tworzenia własnej pracy dyplomowej, pomoc metodyczna i merytoryczna przy realizacji pracy dyplomowej. |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 12. | Pełny opis przedmiotu: | <p>Rola zajęć seminaryjnych i promotora w tworzeniu pracy. Precyzowanie obszaru zainteresowań dyplomantów. Sposoby zbierania materiałów źródłowych. Układ pracy dyplomowej. Konstrukcja poszczególnych rozdziałów i ich rola w całości pracy. Znaczenie analizy i syntezy w postępowaniu badawczym.</p> <p>Ustalanie spisów treści poszczególnych prac. Dyskusja nad metodyką postępowania w przygotowaniu pracy.</p> <p>Prace dyplomowe powinny odnosić się do procesu zarządzania rehabilitacją, w szczególności mogą być poświęcone: jakości świadczeń rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej, planowaniu procesu rehabilitacji, organizowaniu, motywowaniu podopiecznego, a także uwzględniać zagadnienia prawne, społeczne i ekonomiczne. Powinny mieć charakter projektowy, opierający się na opisie konkretnego przypadku i zawierający indywidualny plan rehabilitacji. Praca powinna być przygotowana z uwzględnieniem zasad tworzenia dostępnych dokumentów dla osób z niepełnosprawnością.</p> <p>Zalecana objętość pracy: 20-30 stron.</p> | |
| 13. | Zakres poszczególnych tematów/treść zajęć: | <p>Sformułowanie problemu (tematu) pracy.</p> <p>Przygotowanie konspektu pracy.</p> <p>Przygotowanie i prezentacja kolejnych rozdziałów pracy.</p> <p>Korekta językowa i merytoryczna pracy.</p> <p>Przyjęcie pracy przez promotora.</p> | |
| 14. | Cele kształcenia: | C1 | <p>Ukierunkowanie w zakresie tworzenia własnej pracy dyplomowej, pomoc metodyczna i merytoryczna przy realizacji pracy dyplomowej.</p> |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 15. | Efekty kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, w tym nr efektu kształcenia: student, który zaliczy moduł (przedmiot), wie/umie/potrafi: | WIEDZA | - |
| | | UMIEJĘTNOŚCI | K_U16 W oparciu o zdobytą wiedzę potrafi określić zakres zadań i celów, które mają posłużyć realizacji przyjętego zakresu tematyki pracy. Potrafi interpretować zebrany materiał związany z podjętymi studiami. |
| | | KOMPETENCJE SPOŁECZNE | - |
| 16. | Metody dydaktyczne: | <ul style="list-style-type: none"> • Dyskusja, przygotowywanie prezentacji, praca grupowa, przygotowywanie projektu, indywidualna praca ze studentami. | |
| 17. | Warunki uzyskania zaliczenia przedmiotu: | Warunki dopuszczenia i zaliczenia przedmiotu: <ul style="list-style-type: none"> • Obecność na zajęciach zgodna z regulaminem studiów podyplomowych. • Złożenie pracy dyplomowej we wskazanym terminie. | |
| 18. | Metody i kryteria oceniania (w tym sposób weryfikacji, metody osiągnięcia założonych efektów kształcenia określone dla przedmiotu jako całości, jeśli obejmuje różne formy zajęć, np. wykład i ćwiczenia, oraz metody i kryteria oceniania dla poszczególnych form zajęć): | Seminarium – zaliczenie bez oceny. | |
| 19. | Literatura obowiązkowa/ bibliografia obowiązkowa: | Literatura dobierana indywidualnie. | |

| | | |
|-----|---|---|
| 20. | Literatura uzupełniająca/ bibliografia uzupełniająca: | Literatura dobierana indywidualnie. |
| 21. | Literatura wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta/bibliografia wykorzystywana w samodzielnej pracy studenta: | Literatura dobierana indywidualnie. |
| 22. | Wymagania dotyczące pomocy dydaktycznych: | Laptop, rzutnik multimedialny lub monitor interaktywny. |

4. Matryca efektów uczenia się

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury rehabilitacji medycznej | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stawisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| K_W01 | x | | | | | | | | | | | |
| K_W02 | x | | | | | | | | | | | |
| K_W03 | | x | | | | | | | | | | |
| K_W04 | | | x | | | | | | | | | |

| ZAKŁA- DANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno- -Organizacyjny (MPO) | | Moduł Me- dyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Re- habilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Semi- narium | |
|--|---|----------------|--|--|---|--|---|--|---|---|--|--------------------------|--|
| | Podsta- wy sys- temowe zabez- pieczenia społecz- nego i reha- bilitacji, prawo admi- nistra- cyjne i cywilne | Prawo pracy | Pro- pe- deu- tyka medy- cyny | Prope- deu- tyka rehabi- litacji medycz- nej | Psy- cho- logia kli- niczna – wy- brane zagad- nienia | Kom- pe- tencje inter- perso- nalne I | Kom- pe- tencje inter- perso- nalne II | Reha- bili- tacja zawo- dowa i rynek pracy | Reha- bili- tacja spo- łeczna | Stano- wisko pracy specja- listy ds. zarzą- dzania rehabi- litacją: cel, za- dania, spe- cyfika, promo- cja | Me- tody pracy spe- cjali- sts. za- rzą- dzania rehabi- litacją | | Dobre/ złe prak- tyki w reha- bilitacji osób nie- pełno- spraw- nych |
| K_W05 | | | x | | | | | | | | | | |
| K_W06 | | | | x | | | | | | | | | |
| K_W07 | | | | | x | | | | | | | | |
| K_W08 | | | | | | x | | | | | | | |
| K_W09 | | | | | | | x | | | | | | |

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|---------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury medycyny | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| K_W10 | | | | | | | x | x | | | | |
| K_W11 | | | | | | | x | x | | | | |
| K_W12 | | | | | | | | | x | | | |
| K_W13 | | | | | | | | | | | x | |
| K_W14 | | | | | | | | | | | x | |

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury rehabilitacji medycznej | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| K_W15 | | | | | | | | | | | | |
| K_U01 | x | | | | | | | | | | | x |
| K_U02 | x | | | | | | | | | | | |
| K_U03 | | x | | | | | | | | | | |
| K_U04 | | | | x | | | | | | | | |

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|---------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury medycyny | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| K_U05 | | | X | | | | | | | | | |
| K_U06 | | | | X | | | | | | | | |
| K_U07 | | | | | X | | | | | | | |
| K_U08 | | | | | | X | | | | | | |
| K_U09 | | | | | | X | | | | | | |

| ZAKŁA- DANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno- -Organizacyjny (MPO) | | Moduł Me- dyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Re- habilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Semi- narium | |
|--|---|----------------|--|--|---|--|---|--|---|---|--|--------------------------|--|
| | Podsta- wy sys- temowe zabez- pieczenia społecz- nego i reha- bilitacji, prawo admi- nistra- cyjne i cywilne | Prawo pracy | Pro- pe- deu- tyka medy- cyny | Prope- deu- tyka rehabi- litacji medycz- nej | Psy- cho- logia kli- niczna – wy- brane zagad- nienia | Kom- pe- tencje inter- perso- nalne I | Kom- pe- tencje inter- perso- nalne II | Reha- bili- tacja zawo- dowa i rynek pracy | Reha- bili- tacja spo- łeczna | Stano- wisko pracy specja- listy ds. zarzą- dzania rehabi- litacją: cel, za- dania, spe- cyfika, promo- cja | Me- tody pracy spe- cjali- sts. za- rzą- dzania rehabi- litacją | | Dobre/ złe prak- tyki w reha- bilitacji osób nie- pełno- spraw- nych |
| K_U10 | | | | | | | | x | x | | | | |
| K_U11 | | | | | | | | x | x | | | | |
| K_U12 | | | | | | | | | | x | | | |
| K_U13 | | | | | | | | | | | | x | |
| K_U14 | | | | | | | | | | | | x | |

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|---------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury medycyny | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| K_U15 | | | | | | | | | | | x | |
| K_U16 | | | | | | | | | | | | x |
| K_K01 | x | | | | | | | | | | | |
| K_K02 | x | | | | | | | | | | | |
| K_K03 | | x | | | | | | | | | | |

| ZAKŁA- DANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno- -Organizacyjny (MPO) | | Moduł Me- dyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Re- habilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Semi- narium | |
|--|---|----------------|--|--|---|--|---|--|---|---|--|--------------------------|--|
| | Podsta- wy sys- temowe zabez- pieczenia społecz- nego i reha- bilitacji, prawo admi- nistra- cyjne i cywilne | Prawo pracy | Pro- pe- deu- tyka medy- cyny | Prope- deu- tyka rehabi- litacji medycz- nej | Psy- cho- logia kli- niczna – wy- brane zagad- nienia | Kom- pe- tencje inter- perso- nalne I | Kom- pe- tencje inter- perso- nalne II | Reha- bili- tacja zawo- dowa i rynek pracy | Reha- bili- tacja spo- łeczna | Stano- wisko pracy specja- listy ds. zarzą- dzania rehabi- litacją: cel, za- dania, spe- cyfika, promo- cja | Me- tody pracy spe- cjali- sts. za- rzą- dzania rehabi- litacją | | Dobre/ złe prak- tyki w reha- bilitacji osób nie- pełno- spraw- nych |
| K_K04 | | | X | | | X | | | | | | | |
| K_K05 | | | | | X | | | | | | | | |
| K_K06 | | | | | X | | | | | | | | |
| K_K07 | | | | | | | X | | | | | | |
| K_K08 | | | | | | | X | | | | | | |

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|---------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury medycyny | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specjalizacja, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| K_K09 | | | | | | | | | X | | | |
| K_K10 | | | | | | | | | | X | | |
| K_K11 | | | | | | | | | | X | | |
| K_K12 | | | | | | | | | | | X | |
| Wykład | X | X | X | X | X | | | | X | X | | |

| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | | Moduł Medyczny (MM) | | Moduł Psychologiczny (MP) | | Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | | | Moduł Seminarium |
|------------------------------|--|-------------|---------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Procedury medycyny | Procedury rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia | Kompetencje interpersonalne I | Kompetencje interpersonalne II | Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy | Rehabilitacja społeczna | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | |
| Ćwiczenia | | | x | | | | | | x | | | |
| Konwersatorium | | x | | | | | x | | | | x | |
| Seminarium | | | | | | | | | | | | x |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--|----------------------|---|---|---------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|---|---------------------------|---|--|---|---|-------------------|--|
| ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA SIĘ | Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) | Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne i cywilne | Moduł Me-dyczny (MM) | Prope-deu-tyka reha-bilitacji medyc-nej | Prope-deu-tyka reha-bilitacji medyc-nej | Moduł Psychologiczny (MP) | Psy-cho-logia kli-niczna – wy-brane zagad-nienia | Kom-pe-tencje inter-perso-nalne I | Kom-pe-tencje inter-perso-nalne II | Moduł Re-habilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) | Reha-bili-tacja zawo-dowa i rynek pracy | Reha-bili-tacja społeczna | Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) | Stano-wisko pracy specja-listy ds. zarząd-zania reha-bilitacją: cel, za-dania, spe-cyfika, promo-cja | Me-tody pracy spe-cjalisty ds. za-rząd-zania reha-bilitacją | Dobre/ złe prak-tyki w reha-bilitacji osób nie-pełno-spraw-nych | Moduł Semi-narium | |
| | Hospita-cje | | | | | | | | | | | | | | | x | | |
| Warsztat | | | | | | | | x | | | | | | | | | x | |

5. Metody realizacji zajęć na studiach podyplomowych

Formy i metody realizacji zajęć na studiach podyplomowych zostały określone w programie kształcenia, opisanym w części III niniejszej publikacji. Do najpopularniejszych form realizacji zajęć należą: wykład, konwersatorium, ćwiczenia, warsztat, podczas których możliwe są do wykorzystania m.in. następujące metody:

- 1) Case study** – praktyczne studium przypadku. Zawiera opis problemu i dane niezbędne do zaproponowania różnorodnych rozwiązań (możliwa jest większa liczba adekwatnych rozwiązań). W klasycznych wersjach zachodnich case study jest obszernym materiałem pozostawianym uczestnikom do samodzielnego opracowania, a następnie publicznej prezentacji. Zawiera często bardzo wiele szczegółowych informacji, które wymagają selekcji, analizy, a następnie syntezy w uporządkowaną całość. W pracy dydaktycznej można wykorzystać gotowe materiały edukacyjne lub odnieść przypadek do aktualnych przykładów z obszaru zarządzania. Chodzi bowiem o stworzenie dylematu – problemu organizacyjnego, który można dostosować do poziomu i możliwości grupy. Dzięki stosowaniu analizy przypadków w pracy dydaktycznej można rozwijać kompetencje analityczne słuchaczy: samodzielną diagnozę problemów, rozpatrywanie dużej liczby różnorodnych danych, umiejętność podejmowania decyzji oraz przewidywania konsekwencji procesów i działań. Jest to metoda szczególnie rekomendowana w przypadku kształcenia menedżerów, koordynatorów oraz osób pełniących funkcje lidarskie, związane z planowaniem i organizowaniem pracy własnej oraz zespołu. Ponadto podczas wykorzystywania case study można modyfikować treść oraz kontekst zadania, dodając instrukcje oraz nowe dane w celu pogłębiania kompetencji związanych z reagowaniem na sytuacje zmian oraz innowacji.
- 2) Odgrywanie ról (role play)** – ćwiczenie możliwych sposobów zachowania się i radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach zawodowych, np. w relacji menedżera z członkami zespołu, klientem, jego rodziną, współpracownikami. Metoda umożliwia testowanie i ćwiczenie podczas zajęć szerokiego spektrum potencjalnych wzorów zachowania. Może mieć charakter odgrywania ról w parach pomiędzy studentami lub pomiędzy studentami a wykładowcą. Ta technika wymaga jednak szczególnej dbałości o stworzenie bezpiecznych i komfortowych dla uczestników warunków pracy, a przede wszystkim wstępnego ustalenia z grupą zasad udzielania konstruktywnej informacji zwrotnej – powinny one stanowić opis zachowania, a nie ocenę jednostki, a także formułowane w miarę krótkim

czasie od wystąpienia zachowania. Wykorzystywanie techniki role play może uwrażliwiać studentów na odmienne punkty widzenia i dostrzeganie szerszej perspektywy „drugiej strony”. Dzięki odpowiedniemu stosowaniu tej metody w pracy dydaktycznej można rozwijać kompetencje leaderskie, osobiste oraz społeczne. Scenki symulacyjne umożliwiają przeżycie specyficznego doświadczenia – „wejścia” w rolę zawodową, wymagającą uruchomienia i wykorzystania wielu zasobów interpersonalnych do poradzenia sobie w danej sytuacji, np. w kontakcie z trudnym klientem czy też współpracownikiem. Studenci ćwiczą wówczas samodzielne podejmowanie decyzji oraz poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań napotkanych problemów, uczą się też rozpoznawać oraz kontrolować własne reakcje emocjonalne. Warto podkreślić, że to prowadzący zajęcia jest odpowiedzialny za omówienie odgrywanej scenki i poprowadzenie dyskusji w taki sposób, aby grupa wspólnie wyciągnęła wnioski z wykonanego zadania.

- 3) **Trening zarządzania błędami (error management training)** – metoda ta zakłada aktywną rolę osób uczących się w procesie zdobywania wiedzy i umiejętności, które są świadomie i aktywnie zachęcane do popełniania błędów. Dzięki takiej formie zajęć osoby uczestniczące są motywowane do eksploracji, szukania nowych rozwiązań, a popełniane błędy traktuje się jako istotne etapy znajdowania rozwiązań, które w efekcie podnoszą kompetencje. Praca może odbywać się z wykorzystaniem studium przypadku i (lub) odgrywania ról. Celem jest zabezpieczenie/ uodpornienie uczestników na najczęściej popełniane błędy w relacjach interpersonalnych.
- 4) **Dyskusja „world cafe”** – metoda polega na tym, że uczestnicy dyskutują w małych grupach przy kilku stolikach „wokół pytań”, przygotowanych uprzednio przez prowadzącego. Celem odpowiednio przygotowanych pytań jest sprowokowanie dyskusji na zadany temat i wymiana doświadczeń z tym związanych. Uczestnicy analizują zachowania i wspólnie formułują wnioski oraz poszukują najlepszych rozwiązań. Następnie porządkują swoje refleksje w dyskusji, co służy lepszemu wykorzystaniu zdobytej wiedzy w praktyce; dzięki zmianie stolików studenci mogą omówić wszystkie tematy.
- 5) **Wykład informacyjny i problemowy** – celem jest sprawne przekazanie wiedzy obejmującej cały obszar zagadnień z danego tematu (zgodnej z obowiązującymi standardami, systemami klasyfikacyjnymi, podejściami do problemu). Jest to metoda szczególnie przydatna, gdy zachodzi potrzeba przekazania większej partii wiedzy teoretycznej oraz sposobów

funkcjonowania w określonych sytuacjach społecznych. W celu zwiększenia efektywności tej formy zajęć stosuje się środki techniczne angażujące kilka zmysłów (projektor multimedialny itp.). Wykłady powinny rozpoczynać kształcenie na studiach podyplomowych, ponieważ przygotowują do uczenia się z wykorzystaniem metod aktywnych (warsztaty, treningi itp.).

6. Warunki ukończenia studiów

Podstawą otrzymania świadectwa uprawniającego do wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest uzyskanie pozytywnej oceny z pracy dyplomowej oraz zaliczenie wszystkich przewidzianych w programie modułów kształcenia. W zależności od kompetencji nabytych na wcześniejszym poziomie edukacji możliwy jest indywidualny tok studiów pozwalający na zaliczenie niektórych elementów modułów, przy jednoczesnym pogłębianiu tych obszarów, w których u danego studenta istnieją deficyty.

Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją nie jest lekarzem ani pośrednikiem pracy, ale zarządza procesem rehabilitacji ukierunkowanym na aktywizację osoby z niepełnosprawnością. Po zakończeniu studiów musi zatem w wymienionych powyżej obszarach posiadać wiedzę, umiejętności i kompetencje, które pozwolą mu koordynować proces rehabilitacji klienta w taki sposób, aby osiągnął zrealizować cel określony w IPR.

7. Sylwetka absolwenta studiów podyplomowych

Absolwent studiów podyplomowych będzie dysponować niezbędną wiedzą z zakresu nauk biologicznych, medycznych, humanistycznych i społecznych oraz umiejętnościami umożliwiającymi identyfikację i rozwiązywanie zróżnicowanych problemów człowieka, który uległ wypadkowi, a jego skutki (niepełnosprawność) utrudniają powrót do aktywności społeczno-zawodowej, lub z powodu swojej niepełnosprawności nie podejmuje aktywności zawodowej.

Absolwent w szczególności będzie posiadać umiejętność koordynowania procesu kompleksowej rehabilitacji, uwzględniając potrzeby i sytuację życiową klienta oraz diagnozę medyczną i wynikające z niej potrzeby leczenia oraz usprawniania, a także wyboru i przystosowania odpowiedniego stanowiska pracy. Podstawą jego realizacji będzie gruntowna znajomość stanu zdrowia osoby rehabilitowanej (możliwości i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności), jego sytuacji życiowej (środowisko rodzinne), sytuacji prawnej (rodzaj i zakres ubezpieczenia), dostępnego wsparcia (ustawowego

i organizacji pozarządowych) i znajomość rynku pracy (otwartego rynku pracy i pracy w warunkach chronionych).

Kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją będą miały charakter holistyczny, obejmujący w szczególności rehabilitację zawodową i społeczną, rozwój umiejętności samodzielnego funkcjonowania u klienta, zwiększanie osobistej motywacji do aktywnego uczestniczenia w rynku pracy, terapię zajęciową, prawo pracy, zabezpieczenie społeczne, umiejętności pozwalające na skuteczne motywowanie środowiska rodzinnego i zawodowego w zakresie pomocy osobie rehabilitowanej. Rolą specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją będzie optymalne, indywidualne przeprowadzenie klienta przez proces rehabilitacji, przygotowujące go do samodzielnego funkcjonowania zawodowego i społecznego. Polegać to będzie na wieloaspektowym oddziaływaniu w oparciu o analizę, ocenę i rozwój jego indywidualnego potencjału, cech psychofizycznych i posiadanych kompetencji osobistych i zawodowych – poprzez stymulację motywacji, koordynację procesu rehabilitacji (w tym współpracę ze środowiskiem rodzinnym i zawodowym), a także uzupełnienie niezbędnych kwalifikacji zawodowych. Absolwent będzie potrafił zaplanować i przeprowadzić interwencję mającą na celu powrót klienta do aktywności zawodowej lub jej rozpoczęcie.

Absolwent zdobędzie także umiejętności niezbędne do przeprowadzenia profesjonalnej ewaluacji efektów własnego działania. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie przygotowany do pracy w instytucjach zobligowanych do wypłaty świadczeń w przypadku niezdolności do pracy (np. ZUS, KRUS), instytucjach zobligowanych do zapewnienia sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego dla osób z niepełnosprawnością (np. NFZ), firmach komercyjnych świadczących ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, szpitalach i klinikach rehabilitacji.

Wiedza i umiejętności specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją mogą być wykorzystywane w procesie wspierania aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością w takich instytucjach, jak powiatowe urzędy pracy, powiatowe centra pomocy rodzinie, warsztaty terapii zajęciowej, a także w innych placówkach podejmujących zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnością.

8. Samokształcenie – rozwój własny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Praca specjalisty do spraw zarządzania rehabilitacją wymaga dużej samodzielności, zaangażowania i umiejętności kierowania swoją aktywnością oraz samooceny.

W codziennych zadaniach pracownik taki musi polegać przede wszystkim na sobie, a wsparcie ze strony instytucji jest czasowo i organizacyjnie ograniczone. Dodatkowe wyzwanie stanowi z pewnością nierównomierne obciążenie zadaniami w czasie. Dlatego już na etapie rekrutacji na powyższe stanowisko należy kierować się umiejętnością samorozwoju, konsekwentnego wykonywania obowiązków oraz stawiania sobie celów i umiejętności oceny ich osiągnięcia z wystarczającym poziomem samokrytycyzmu. Jednocześnie samoocena nie powinna ograniczać motywacji do pracy i do rozwoju. Celem samokształcenia w trakcie studiów podyplomowych jest w pierwszej kolejności wyrobienie umiejętności i nawyku samokształcenia jako ważnego elementu kultury i tożsamości nowego zawodu i funkcji.

8.1. Opracowanie planu rozwoju

Na początku studiów podyplomowych studenci otrzymają propozycję ustalenia indywidualnego planu rozwoju, obejmującego z założenia szereg aktywności samokształceniowych, opisanych w kolejnych punktach. Istotą jest oczywiście ustalanie planu samodzielnie, w oparciu o samoocenę swojego potencjału, silnych i słabych stron w zakresie swoich kompetencji oraz umiejętności określanych zbiorczo jako „miękkie”. Zasady opracowywania planu w oparciu o przeprowadzoną samoocenę oraz metody ewaluacji w zakresie realizacji planu miałyby miejsce w trakcie pierwszych seminariów na studiach.

Projekt planu indywidualnego rozwoju zostałby przedyskutowany podczas indywidualnej rozmowy.

8.2. Rozwój merytoryczny

Rozwój merytoryczny można realizować w trakcie studiów w dwóch zasadniczych kierunkach:

- 1) jako uzupełnienie swojej wiedzy w obszarach, które dany student z racji swoich doświadczeń zawodowych ma opanowane w stopniu niezadawalającym,
- 2) jako element wspierający opracowywanie pracy dyplomowej lub badań zaplanowanych w ramach programu studiów.

Wybór i zakres kierunku będą zależę od samego studenta.

8.3. Rozwój umiejętności pozamerytorycznych

Ze względu na wagę umiejętności interpersonalnych w codziennej pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją ten punkt zasługuje na szczególną uwagę.

W tym obszarze także należy rozpocząć od samooceny. Wybór konkretnych „miękkich umiejętności”, które student chciałby rozwijać, jest oczywiście dużym wyzwaniem. Z pewnością uwzględnić należy jednak rozwój takich umiejętności, jak:

- skuteczna komunikacja, tj. aktywne słuchanie, właściwe zadawanie pytań i zrozumiałe komunikowanie swojego przekazu,
- rozwój integralności i asertywności, w tym w zakresie postaw etycznych w pracy,
- motywowanie,
- negocjowanie,
- współpraca w grupie,
- współpraca z różnymi profesjonalistami,
- rozpoznawanie emocji oraz ich określanie zarówno u siebie, jak i klienta,
- utrzymywanie równowagi w zakresie pracy i aktywności poza nią.

Szczegółowa praca dotycząca samorozwoju powinna być powiązana z zajęciami z zakresu psychologii.

8.4. Metody samorozwoju

Metoda samorozwoju ma znaczenie zwłaszcza w kontekście kreowania nawyków w zakresie samokształcenia. W planie samorozwoju ten element powinien zostać również uwzględniony.

Na etapie planowania udziału samokształcenia uwzględnić można w szczególności:

- 1) współpracę w ramach grupy rówieśniczej i wymianę w zakresie źródeł wiedzy, inspiracji, przygotowania tematów do wspólnego omówienia,
- 2) właściwy wybór lektur (podręczników, książek, poradników) do przeczytania i sporządzenia z nich notatek/recenzji,
- 3) korzystanie z kursów online i innych źródeł, które można pozyskać z sieci – w tym przypadku wsparcie w doborze wartościowych źródeł jest jeszcze istotniejsze,
- 4) ćwiczenia w zakresie emocji, motywacji, integralności oraz znalezienia równowagi pomiędzy różnymi aktywnościami w życiu.

Bibliografia

Literatura

Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2017 r., Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017.

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

Barona-Cohen S., *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2014.

Bartram D., Coyne I., *Międzynarodowe wytyczne dotyczące komputerowych i internetowych badań testowych*, tłum. Szustrowa T., Pracownia Testów Psychologicznych PTP 2005.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, *Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager*, 2012.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden*, 2010.

Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, PFRON, Warszawa 2018.

Emerytury i Renty w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017.

European Union Labour Force Survey 2011, Eurostat 2011.

Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami perspektywa firmowa i osobista*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

Golinowska S., Sowa A., *Determinanty niepełnosprawności*, w: S. Golinowska (red.), *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, IPiSS, Warszawa 2012.

Kawwa J., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Znaczenie rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności*, w: Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2016(19), PFRON, Warszawa 2016.

Kossowska M., Sołtysińska I., *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.

Konzept für die Einweisung und Fortbildung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund, źródło DGUV, 2012.

Król-Fijewska M., *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2012.

Łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie za okres 1.01-31.12.2018 r.

Matczak A., Knopp K.A., *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*, Liberi Libri, Warszawa 2013.

Mrozek-Gasiorowska M.A., *Świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2005-2014. Tendencje i perspektywy*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie; Kraków Vol. 13, Iss. 3, Kraków 2015.

Raport końcowy – Badanie Zakładów Aktywności Zawodowej, opracowanie wykonane przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka na zlecenie PFRON, PFRON, Warszawa 2017.

Raport końcowy z badania sytuacji Warsztatów Terapii Zajęciowej, opracowanie wykonane przez Laboratorium Badań Społecznych Sp. z o. o na zlecenie PFRON, PFRON, Warszawa 2014.

Rehabilitacja i powrót do pracy: Raport z analizy dotyczący polityki, strategii i programów realizowanych w UE i w Państwach Członkowskich, European Agency for Safety and Health at Work, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2017, nr 1(22).

Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.

Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006.

Siuta J., *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta r. McCrae. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006.

Sochańska-Kawiecka M., Kołakowska-Seroczyńska Z., Zielińska D. et al., *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*, Badanie zrealizowane na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, Warszawa 2017.

Walkowiak r., *Model kompetencji menedżerskich organizacji samorządowych*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2004.

Wilmowska-Pietruszyńska A., *20-lecie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, Prewencja i Rehabilitacja nr 2-3/2016 wydanie specjalne (44-45), ZUS, Warszawa 2016.

Whitmore J., *Coaching. Trening efektywności*, tłum. Sobczak M., Wydawnictwo Burda Publishing Polska, Warszawa 2011.

Woon-hwan Na, *Analiza kosztów i korzyści Programu Rehabilitacji Zawodowej osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności w Korei*, w: *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr II/2016(19), PFRON, Warszawa 2016.

Wypadki przy pracy w 2016, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

Akty prawne

Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., ogłoszona Dz.U. 2012, poz. 1169.

Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 174 (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 586 (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, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 723.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 426.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 53 (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, tekst jednolity Dz.U. 2019, poz. 1205 (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 1398 (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity Dz.U. 2017, poz. 1318 (z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, Dz.U. 2018, poz. 227 (z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 września 2016 r. w sprawie charakterystyk drugiego stopnia Polskiej Ramy Kwalifikacji typowych dla kwalifikacji uzyskiwanych w ramach szkolnictwa wyższego po uzyskaniu kwalifikacji pełnej na poziomie 4 – poziomy 6-8, Dz.U. 2016, poz. 1594.

Rozporządzenie 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), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1.

Źródła internetowe

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_dlm010&lang=en

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment_statistics/pl

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey>

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>

<http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

<https://sjp.pwn.pl/slowniki/wiedza.html>

Spis rysunków i tabel

| | |
|--|----|
| Rysunek 1. Status na rynku pracy osób z niepełnosprawnością w wieku produkcyjnym w I kwartale 2020 r. | 13 |
| Rysunek 2. Mapa Polski z podziałem na makroregiony – uczestnicy badania | 24 |
| Rysunek 3. Ocena usług/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji | 27 |
| Rysunek 4. Brak wsparcia w procesie powrotu do zdrowia | 28 |
| Rysunek 5. Brak wsparcia w procesie powrotu do pracy | 30 |
| Rysunek 6. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe – średnia | 34 |
| Rysunek 7. Mapa zależności pomiędzy wagą potrzeb a rodzajem niepełnosprawności | 36 |
| Rysunek 8. Komponenty profilu kompetencyjnego | 60 |
| Rysunek 9. Proces rekrutacji na studia podyplomowe | 72 |
| | |
| Tabela 1. Formy organizacji usług rehabilitacyjnych | 25 |
| Tabela 2. Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji | 25 |
| Tabela 3. Rodzaj wsparcia ze strony doradcy zawodowego | 29 |
| Tabela 4. Rekomendowane kompetencje i oczekiwania w świetle badań osób z niepełnosprawnością | 32 |
| Tabela 5. Hierarchia potrzeb osób z niepełnosprawnością ze względu na rodzaj niepełnosprawności (najważniejsze potrzeby wskazane spośród 20 kategorii potrzeb) | 35 |
| Tabela 6. Kategorie potrzeb osób z niepełnosprawnością, zaspokojone w najmniejszym stopniu | 37 |
| Tabela 7. Elementy podlegające ocenie w procesie rekrutacji | 74 |
| Tabela 8. Plan studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” | 81 |

Załącznik nr 1 Organizacja systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| Powszechny system ubezpieczenia społecznego rolników | System ubezpieczenia społecznego rolników | System zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych | Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnością | Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością | Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością ze środków Funduszu Pracy |
| ORZEKANIE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych | ORZEKANIE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ROLNICZEJ Orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych | ORZEKANIE O INWALIDZTWIE ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH/FUNKCJONARIUSZY SŁUŻB MUNDUROWYCH | PRAWO DO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU LEWIZACJI I REHABILITACJI | ORZEKANIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW POZARENTOWYCH | UPRAWNIENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ BEZROBOTNYCH LUB POSZUKUJĄCYCH PRACY |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| Powszechny system ubezpieczenia społecznych | System ubezpieczenia społecznego rolników | System zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych | Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnością | Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością | Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością ze środków Funduszu Pracy |
| ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Zasiłek chorobowy Świadczenie rehabilitacyjne Zasiłek wyrównawczy | ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W GOSPODARSTWIE ROLNYM Zasiłek chorobowy | RODZAJE ŚWIADCZEŃ: Wojskowa/policyjna renta inwalidzka wraz z dodatkami Bezpłatne świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne oraz zaopatrzenia w protezy ortopedyczne i środki pomocnicze Świadczenia socjalne | | OBYWIAZKI PRACODAWCY ZWIĄZANE Z ZATRUDNIANIEM OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ Obowiązkowe wpłaty na PFRON Obniżenie wpłat na PFRON | JEDNORAZOWE ŚRODKI NA PODJĘCIE DZIAŁALNOŚCI |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| Powszechny system ubezpieczeń społecznych | System ubezpieczenia społecznego rolników | System zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych | Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnością | Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością | Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością ze środków Funduszu Pracy |
| ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK DŁUGOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Renta z tytułu niezdolności do pracy (stała/okresowa) Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy Renta szkoleniowa | ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ROLNIKÓW NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (renta stała/okresowa) Renta rolnicza szkoleniowa | | | DOFINANSOWANIA DO WYNAGRODZEŃ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ | |
| PREWENCJA RENTOWA Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS PREWENCJA WYPADKOWA | PREWENCJA RENTOWA KRUS Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej KRUS PREWENCJA WYPADKOWA | | | DOFINANSOWANIE DO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE DLA OSÓB PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| <p>Powszechny system ubezpieczeń społecznych</p> | <p>System ubezpieczenia społecznego rolników</p> | <p>System zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych</p> | <p>Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnością</p> | <p>Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością</p> | <p>Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością ze środków Funduszu Pracy</p> |
| <p>ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY I CHOROÓB ZAWODOWYCH Zasitek chorobowy Zasitek wyrównawczy Jednorazowe odszkodowanie Renta z tytułu niezdolności do pracy Renta szkoleniowa Dodatek pielęgnacyjny Pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne</p> | <p>ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ I ROLNICZYCH CHOROÓB ZAWODOWYCH Zasitek chorobowy Jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej</p> | | | <p>ZAKŁADY AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ I ZAKŁADY PRACY CHRONIONEJ</p> | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Powszechny system ubezpieczeń społecznych</p> | <p>System ubezpieczenia społecznego rolników</p> | <p>System zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych</p> | <p>Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnością</p> | <p>Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością</p> | <p>Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością ze środków Funduszu Pracy</p> |
| <p>RENTA SOCJALNA – organem przyznającym i wypłacającym renty socjalne jest właściwa jednostka organizacyjna ZUS</p> | | | | <p>POZOSTAŁE INSTRUMENTY WSPIERANIA AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ Wyposażenie i utworzenie nowego stanowiska pracy dla osoby z niepełnosprawnością Pomoc na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub wkład do spółdzielni socjalnej Pomoc na adaptację pomieszczeń lub przystosowanie miejsca pracy dla osoby z niepełnosprawnością</p> | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| Powszechny system ubezpieczeń społecznych | System ubezpieczenia społecznego rolników | System zaopatrzenia społecznego żołnierzy zawodowych/funkcjonariuszy służb mundurowych | Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnością | Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością | Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością ze środków Funduszu Pracy |
| | | | | <p>Pomoc na szkolenie osób z niepełnosprawnością lub zatrudnienie pracownika pomagającego pracownikowi z niepełnosprawnością</p> <p>Dofinansowanie do oprocentowania kredytów bankowych</p> <p>REHABILITACJA SPOŁECZNA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ</p> <p>Warsztaty terapii zajęciowej</p> <p>Turnusy rehabilitacyjne</p> <p>Pilotazowy program „Aktywny samorząd”</p> | |