**Model Kształcenia**

**Studia Podyplomowe**

**Specjalista Ds. Zarządzania Rehabilitacją**



**Marzec 2018**

Autorzy opracowania

**KOORDYNACJA MERYTORYCZNA**

mgr Katarzyna Krysik - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**ZESPÓŁ EKSPERTÓW**

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

mgr Beata Góral

mgr Piotr Wójtowicz

**Gdański Uniwersytet Medyczny**

dr n. med. Joanna Jabłońska-Brudło

dr n. med. Tadeusz Jędrzejczyk

dr hab. n. med. Dominika Szalewska

**Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

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

dr hab. n. med. Michał Latalski

dr n. med. Alicja Wójcik-Załuska

**Uniwersytet Warszawski**

dr hab. Emila Jaroszewska

dr hab. prof. UW Jacek Męcina

dr hab. Grażyna Spytek-Bandurska

**Uniwersytet Wrocławski**

mgr Anna Cieślik

doc. dr Alina Czapiga

dr Magdalena Ślazyk-Sobol

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

mgr Katarzyna Orlińska

mgr Paulina Roicka-Gruca

**Przedstawiciele organizacji pozarządowych**

mgr Krystyna Konieczna

dr hab. prof. AWF Tomasz Tasiemski

**Przedstawiciele organizacji pracodawców**

mgr Adam Hadław

mgr Tomasz Leśniak

*Opracowanie powstało 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 Działania 4.3 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.*

MODEL CHRONIONY PRAWAMI AUTORSKIMI.

Spis treści

[Słownik pojęć 5](#_Toc516529068)

[Wprowadzenie 6](#_Toc516529069)

[Część I – Diagnoza 8](#_Toc516529070)

[1. Sytuacja osób z niepełnosprawnością w Polsce 8](#_Toc516529071)

[1.1. Dokumenty strategiczne 8](#_Toc516529072)

[1.2. Wyzwania związane z aktywizacją społeczną lub zawodową osób z niepełnosprawnością 8](#_Toc516529073)

[1.3. Dane statystyczne 10](#_Toc516529074)

[1.3.1. Osoby z niepełnosprawnością 10](#_Toc516529075)

[1.3.2. Wypadki przy pracy 12](#_Toc516529076)

[1.4. Uwarunkowania prawne 14](#_Toc516529077)

[2. Analiza potrzeb edukacyjno-kompetencyjnych przyszłego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 21](#_Toc516529078)

[2.1. Diagnoza potrzeb i oczekiwań odbiorców usług specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w zakresie jego kompetencji 21](#_Toc516529079)

[2.2. Kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w opinii otoczenia 35](#_Toc516529080)

[2.3. Doświadczenia niemieckie 37](#_Toc516529081)

[Część II – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją 41](#_Toc516529082)

[1. Uwarunkowania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 41](#_Toc516529083)

[1.1. Czym jest zarządzanie rehabilitacją? 41](#_Toc516529084)

[1.2. Rola i zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 41](#_Toc516529085)

[1.3. Odbiorcy wsparcia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 42](#_Toc516529086)

[1.4. Procedura działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 43](#_Toc516529087)

[1.5. Zakres koniecznych uprawnień specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 45](#_Toc516529088)

[1.6. Zawód specjalista ds. zarządzania rehabilitacją 47](#_Toc516529089)

[2. Profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 50](#_Toc516529090)

[2.1. Kompetencje osobiste 52](#_Toc516529091)

[2.2. Kompetencje społeczne 54](#_Toc516529092)

[2.3. Kompetencje menedżerskie 55](#_Toc516529093)

[2.4. Kompetencje zawodowe 58](#_Toc516529094)

[2.5. Kwalifikacje niezbędne do wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 62](#_Toc516529095)

[3. Standardy jakości pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 63](#_Toc516529096)

[4. Rekrutacja kandydatów na specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją 64](#_Toc516529097)

[4.1. Wymagania wobec kandydatów na studia 64](#_Toc516529098)

[4.2. Zasady rekrutacji na studia 64](#_Toc516529099)

[Część III – Model kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 66](#_Toc516529100)

[1. Opis modułów kształcenia oraz efektów kształcenia 66](#_Toc516529101)

[1.1. Moduł Prawno-Organizacyjny 66](#_Toc516529102)

[1.2. Moduł Medyczny 70](#_Toc516529103)

[1.3. Moduł Psychologiczny 74](#_Toc516529104)

[1.4. Rehabilitacja Zawodowa i Społeczna oraz Rynek Pracy 77](#_Toc516529105)

[1.5. Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji 80](#_Toc516529106)

[1.6. Moduł Seminarium 86](#_Toc516529107)

[2. Metody realizacji zajęć na studiach podyplomowych 90](#_Toc516529108)

[3. Warunki ukończenia studiów 92](#_Toc516529109)

[4. Sylwetka absolwenta studiów podyplomowych 93](#_Toc516529110)

[5. Samokształcenie – rozwój własny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 95](#_Toc516529111)

[5.1. Opracowanie planu rozwoju 95](#_Toc516529112)

[5.2. Rozwój merytoryczny 95](#_Toc516529113)

[5.3. Rozwój umiejętności pozamerytorycznych 95](#_Toc516529114)

[5.4. Metody samorozwoju 96](#_Toc516529115)

[Bibliografia 97](#_Toc516529116)

[Spis rysunków i tabel 101](#_Toc516529117)

[Załącznik nr 1 Organizacja systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce w odniesieniu do osób niepełnosprawnych 102](#_Toc516529118)

[Załącznik nr 2 Matryca efektów kształcenia 106](#_Toc516529119)

[Załącznik nr 3 Polska Rama Kwalifikacji 109](#_Toc516529120)

[Załącznik nr 4 Kwestionariusz rozmowy kwalifikacyjnej (przykładowy) 115](#_Toc516529121)

[Załącznik nr 5 Arkusz kompetencji dla kandydatów na studia (przykładowy) 116](#_Toc516529122)

[Załącznik nr 6 Wzór pełnomocnictwa 121](#_Toc516529123)

[Załącznik nr 7 Wzór pełnomocnictwa (dokumentacja medyczna) 122](#_Toc516529124)

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.

**Niepełnosprawność[[1]](#footnote-1):** 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 niepełnosprawnością**[[2]](#footnote-2): 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.

**Rehabilitacja[[3]](#footnote-3):** to „użycie wszystkich środków mających na celu zmniejszenie wpływu niepełnosprawności i stanów upośledzających i stworzenie warunków, w których osoby   
z niepełnosprawnością osiągną optymalny poziom integracji społecznej”.

Wprowadzenie

*Szanowni Państwo*,

niniejsza publikacja została opracowana 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 Działania 4.3 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020. Ze względu na specyfikę przedsięwzięcia, doświadczenie merytoryczne, zasięg oddziaływania oraz możliwości logistyczne realizację Projektu powierzono partnerstwu utworzonemu przez siedem podmiotów: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Lider projektu), Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Wrocławski, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Obserwowana w Polsce dezintegracja instytucjonalna i związane z nim rozproszenie finansowania procesu rehabilitacji stało się bezpośrednią inspiracją do wykreowania nowego typu profilu zawodowego, tj. specjalistów ds. zarzadzania rehabilitacją. Ich działalność zawodowa polegała 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 istniejąca lukę edukacyjną   
w systemie rehabilitacji w Polsce.

Absolwent studiów będzie dysponował niezbędną wiedzą z zakresu nauk biologicznych, medycznych, humanistycznych i społecznych oraz umiejętnościami umożliwiającymi identyfikację i rozwiązywanie zróżnicowanych problemów człowieka, który uległ wypadkowi 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 będzie posiadał umiejętność koordynowania procesu kompleksowej rehabilitacji klienta, zgodnie z diagnozą medyczną   
i wynikającymi z niej potrzebami: leczenia, wyboru nowego zawodu i przystosowania stanowiska pracy, przy uwzględnieniu potrzeb i sytuacji życiowej klienta.

Prezentowany model kształcenia opracowany został przez interdyscyplinarny Zespół składający się z praktyków i teoretyków wszystkich czterech komponentów procesu kompleksowej rehabilitacji (medycznej, społecznej, psychologicznej i zawodowej). W Zespole znaleźli się przedstawiciele wszystkich partnerów projektu oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnością, jak również przedstawiciele organizacji pracodawców. Przy opracowywaniu modelu eksperci korzystali   
z doświadczeń partnera niemieckiego: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., organizacji, która posiada blisko 15-letnią praktykę w kształceniu specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (die Rehabilitations-Manager).

Publikacja została podzielona na trzy części: (**I**) pierwsza część prezentuje dane statystyczne i informacje o sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce i jej uwarunkowaniach prawnych. Dodatkowo zawiera analizę potrzeb edukacyjno-kompetencyjnych przyszłych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. (**II**) Druga część publikacji przedstawia założenia odnośnie do zakresu wiedzy, kompetencji i cech osobowościowych wymaganych do pełnienia roli zawodowej specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. (**III**) Trzecia, ostatnia część publikacji to szczegółowy opis modelu kształcenia - oparty o dwie wcześniejsze części dokumentu, stanowi opis sposobu dojścia do sylwetki zawodowej opisanej w części II, która będzie odpowiedzią na wymagania społeczne opisane w części I. W tej części zawarto też niezbędne informacje konieczne do uruchomienia studiów podyplomowych na uczelni.

*Realizatorzy Projektu*

Część I – Diagnoza

# Sytuacja osób z niepełnosprawnością w Polsce

## Dokumenty strategiczne

1. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej[[4]](#footnote-4): 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:
3. 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;
4. 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.
5. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: celem strategii jest zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych tak, aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce, zwłaszcza dzięki jednolitemu rynkowi.
6. Konwencja 159 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych.
7. Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 roku).
8. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju (Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności).

## 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 cztery kraje Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) pod kątem polityk, strategii i programów rehabilitacji i powrotu do pracy, kraje te zostały pogrupowane według ich systemów rehabilitacji/powrotu do pracy[[5]](#footnote-5). 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 zewnętrznego 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 niepełnosprawne. W tych krajach system koncentruje się bardziej na promowaniu dostępu osób niepełnosprawnych do rynku pracy niż na rzeczywistym procesie reintegracji po długotrwałej nieobecności spowodowanej chorobą bądź inna dysfunkcją, która doprowadziła do niepełnosprawności.

W pozostałych krajach rehabilitacja skupia się na zapewnieniu trwałości systemów zabezpieczenia społecznego. W tych państwach system skierowany jest 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 grupie 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 niepełnosprawnym 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 koncentruje 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 są 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, działania państwa 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 niepełnosprawnych. W większości przypadków możliwy jest dostęp do rehabilitacji przez pracowników powracających na rynek pracy po okresie absencji spowodowanej wypadkiem lub chorobą zawodową, bądź długotrwale lub częściowo niezdolnych do pracy..

## Dane statystyczne

### 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 osób 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 II kwartał 2017 r., spośród 1 705 tys. osób z orzeczona niepełnosprawnością będących   
w wieku produkcyjnym[[6]](#footnote-6), aż 70,4% osób było biernych zawodowo. Tylko 27,2% osób pracowało (463 tys.), a pozostałe 2,4% posiadało status osoby bezrobotnej (41 tys.).   
W odniesieniu do ogółu ludności w wieku produkcyjnym w grupie 21 937 tys. osób, biernych zawodowo było 23,9% (5 263 tys.), pracujących 72,3% (16 674 tys.), a 3,9% stanowiły osoby bezrobotne (851 tys.).

Rysunek 1. Status na rynku pracy osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym   
w II kwartale 2017 r.

*Źródło: Badanie aktywności ekonomicznej ludności II kwartał 2017 r. - GUS, osoby niepełnosprawne prawnie, opracowanie własne*

Pomimo znacznego wzrostu w Polsce wydatków publicznych na aktywizację zawodową osób z niepełnosprawnością, większość tych osób pozostaje poza rynkiem pracy. Wskaźnik zatrudnienia w naszym kraju w porównaniu ze wskaźnikiem zatrudnienia osób niepełnosprawnych 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)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Labour_force_survey_(LFS)/pl)wyniósł 64,9 %[[7]](#footnote-7). W Polsce pomimo tego, że w ostatnich latach zanotowano istotny wzrost wskaźnika zatrudnienia osób z niepełnosprawnością oraz współczynnika aktywności zawodowej, a także spadek stopy bezrobocia w tej populacji, to jednak nadal pozostają one niższe od wskaźników dotyczących ogółu społeczeństwa.

Zgodnie z wynikami badań Eurostat z 2011 r[[8]](#footnote-8). zatrudnienie osób niepełnosprawnych   
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 wschodniego, np. Rumunia, Węgry, Bułgaria. W najlepszej sytuacji są osoby niepełnosprawne w krajach skandynawskich, gdzie nawet od 60 do 70 osób niepełnosprawnych na 100 osób niepełnosprawnych znajduje zatrudnienie.

### Wypadki przy pracy[[9]](#footnote-9)

Za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą[[10]](#footnote-10):

1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
2. 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, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ:

1. w czasie podróży służbowej;
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 2016 r. zarejestrowano 87 886 osoby poszkodowane w wypadkach przy pracy, w tym 243 osoby w wypadkach ze skutkiem śmiertelnym i 467 osoby z ciężkimi obrażeniami ciała. 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 i wynosiła w 2016 r. - 7,00. Największą częstość występowania zdarzeń wypadkowych odnotowuje się w branżach:

* + dostawa wody; gospodarowanie ściekami i odpadami; rekultywacja – 15,64;
  + górnictwo i wydobywanie – 15,32;
  + opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 11,10;
  + przetwórstwo przemysłowe – 10,99;
  + rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo – 9,99.

Wskaźnik wypadkowości ogółem dla mężczyzn (liczba poszkodowanych mężczyzn na 1000 pracujących mężczyzn w Polsce) w 2016 r. wyniósł 8,32, a dla kobiet (liczba poszkodowanych kobiet na 1000 pracujących kobiet w Polsce) wynosił 5,55. W podziale na województwa wskaźnik wypadkowości był najwyższy w województwach: warmińsko – mazurskim 9,17, dolnośląskim – 9,08, wielkopolskim – 8,70, a najniższy w: województwie mazowieckim – 4,84, małopolskim – 5,30 i podkarpackim – 6,07.

Z analizy stażu pracy na zajmowanym stanowisku przez osoby poszkodowane   
w wypadkach w 2016 r. wynika, że wypadki zdarzyły się najczęściej wśród osób z krótkim stażem pracy, nieprzekraczającym 3 lat - 47,4%, w tym 31,7% to osoby o stażu 1 rok i mniej.

W 2016 r. najliczniejszą grupę poszkodowanych - 25,8% stanowiły osoby w wieku 25–34 lata, na drugim miejscu znalazła się grupa osób w wieku 35–44 lata i wynosiła 25,0%. Wśród mężczyzn, podobnie jak w całej populacji poszkodowanych w 2016 roku, najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 25–34 lata - 29,2% ogólnej liczby poszkodowanych mężczyzn. Mężczyźni w przedziale wieku 35-44 lata stanowili 24,5% populacji poszkodowanych mężczyzn. Wśród kobiet dominującą grupą - 27,4% - są kobiety w wieku 45–54 lata.

Najliczniejszą grupę wśród osób poszkodowanych w wypadkach śmiertelnych - 26,3% stanowiły osoby w wieku 45–54 lata, natomiast 24,7% to grupa osób w wieku 55–64 lata.

W wypadkach powodujących ciężkie uszkodzenie ciała, wyróżniły się dwie grupy,   
w których zarejestrowano podobną liczbę wypadków, tj. 23,8% wśród osób w wieku 35–44 lata oraz 23,3% wśród osób w wieku 25–34 lata.

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

* 1. robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy - 25,4% ogółem osób poszkodowanych (głównie są to: robotnicy obróbki metali i mechanicy maszyn i urządzeń, robotnicy   
     w przetwórstwie spożywczym, obróbce drewna, produkcji wyrobów tekstylnych   
     i pokrewni, robotnicy budowlani i pokrewni);
  2. operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń - 19,2% 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 2016 r. w wyniku zaistniałych wypadków liczba dni niezdolności do pracy wyniosła 3 815 658, a w przeliczeniu na jednego poszkodowanego (bez wypadków śmiertelnych) ogółem w kraju stanowiła 43,5 dni niezdolności do pracy. Z ogólnej liczby dni niezdolności do pracy w 2016 r. 69,6% dotyczyło sektora prywatnego.

Dokonując analizy liczby wypadków przy pracy pod względem umiejscowienia urazu oraz rodzaju urazu należy stwierdzić, że wśród poszkodowanych:

* + 43,8% doznało urazów kończyn górnych;
  + 34,4% doznało urazów kończyn dolnych;
  + 2,9% doznało urazów ciała i różnych jego części;
  + 9,7% doznało urazów głowy;
  + 2,3% doznało urazów szyi wraz kręgosłupem szyjnym;
  + 3,6% doznało urazów grzbietu łącznie z kręgosłupem;
  + 3,3% doznało urazu tułowia i organów wewnętrznych;
  + 0,1% doznało urazów innych lub nieznanych części ciała.

## 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[[11]](#footnote-11).   
W aktualnym stanie prawnym funkcjonuje pięć systemów orzekania. Odrębny system obowiązuje osoby objęte powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, inny system 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.

1. **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 5 lat. Niezdolność do pracy może być orzeczona na okres dłuższy niż 5 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, jak również katalog świadczeń przysługujących w razie ziszczenia się ryzyka niezdolności do pracy reguluje ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych[[12]](#footnote-12).

1. **Ryzyko całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.**

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 instancji - komisje lekarskie.

Zasady orzekania o niezdolności do pracy w KRUS, jak również 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 rolników[[13]](#footnote-13).

1. **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 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, jak również 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 rodzin[[14]](#footnote-14).

1. **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, jak również 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, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin[[15]](#footnote-15).

1. **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 niepełnosprawnych[[16]](#footnote-16).

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.

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę 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 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 ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

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

1. **Rehabilitacja osób niepełnosprawnych.**

W rehabilitacji osób niepełnosprawnych 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 publicznych[[17]](#footnote-17). Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne   
   i lecznictwo uzdrowiskowe. Na rehabilitację leczniczą w 2016 r. NFZ wydatkował   
   2 235 703,01 tys. zł.
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 lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. W ramach prewencji rentowej ZUS:
   1. kieruje osoby uprawnione do ośrodków rehabilitacyjnych;
   2. może tworzyć i prowadzić własne ośrodki rehabilitacyjne;
   3. udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach;
   4. prowadzi we własnym zakresie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy;
   5. może zamawiać przeprowadzanie przez inne podmioty badań naukowych dotyczących przyczyn niezdolności do pracy oraz metod i rozwiązań zapobiegających niezdolności do pracy;
   6. może finansować inne działania dotyczące prewencji rentowej.

Koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2016 r. wynosiły 176 582 410,96 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.

1. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prowadzi rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych nie-zdolnością 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:

* 1. kierowanie na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych;
  2. prowadzenie zakładów rehabilitacji leczniczej;
  3. wspieranie rozwoju rehabilitacji ambulatoryjnej na obszarach wiejskich;
  4. prowadzenie, we własnym zakresie, badań i analiz przyczyn niezdolności do pracy;
  5. odpłatne zlecanie badań naukowych i ekspertyz dotyczących przyczyn niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz metod jej przeciwdziałania;
  6. promocję zdrowia;
  7. działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej w środowisku wiejskim.

1. 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 niepełnosprawnych 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 niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym. Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego, głównie przez odpowiednie poradnictwo   
i szkolenia zawodowe oraz pośrednictwo pracy.

W 2016 r. na rehabilitację zawodową i społeczną PFRON wydatkował 4,7 miliarda 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 niepełnosprawnych prezentuje załącznik nr 1.

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

## 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 badania było dostarczenie rekomendacji w zakresie określenia pożądanych kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, zaś celem operacyjnym - zdiagnozowanie potrzeb osób niepełnosprawnych 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 zostało objętych268 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 badania[[18]](#footnote-18)



*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 o niepełnosprawności. Zdecydowana większość respondentów (93,7%) w wyniku wypadku lub choroby zawodowej podjęło leczenie i/lub rehabilitację. Ponad 90% respondentów było leczonych na oddziałach szpitalnych. Większość badanych (65,3%) korzystało z rehabilitacji w ramach usług świadczonych przez oddziały rehabilitacji stacjonarnej w szpitalach, zaś 35,2% korzystało   
z rehabilitacji w ramach pobytu w sanatorium lub uzdrowisku. ¾ badanych oceniała przebieg leczenia i rehabilitacji pozytywnie. Na pozytywną 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 2018*[[19]](#footnote-19)

Znaczna część uczestników badania skarżyła się jednak na brak dostatecznego wsparcia w zakresie organizacji procesu leczenia i rehabilitacji, w tym przede wszystkim na brak wsparcia w załatwianiuformalności dotyczących leczenia sanatoryjnego/organizacji fizjoterapii[[20]](#footnote-20).Najczęściej korzystano z usług lekarzy specjalistów (98%) oraz usług rehabilitacyjnych (77,5%).

Tabela 2. Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji[[21]](#footnote-21)

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia** | **[%]** |
| usługi lekarzy specjalistów | 98,0% |
| usługi rehabilitacyjne (fizjoterapia) | 77,5% |
| bieżące informowanie o stanie zdrowia i przebiegu leczenia | 60,9% |
| 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 badan 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/rehabilitacji[[22]](#footnote-22)

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 wskazują na duże zapotrzebowanie respondentów na tego typu wsparcie.

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 2018* [[23]](#footnote-23)

Pomimo dużej ilości 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/rehabilitacji[[24]](#footnote-24).

231 uczestników badania (ponad 86% osób badanych) utraciło pracę w skutek wypadku przy pracy lub choroby. ¾ ogółu badanych (201 osób) oświadczyło, że uczestniczyło   
w procesie przekwalifikowania zawodowego, z czego 82 % (160 osób) pozytywnie oceniło poziom jego organizacji[[25]](#footnote-25).

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 uczestniczyli w stażach zawodowych znalazło zatrudnienie. Istotną rolę w procesie przekwalifikowania zawodowego odgrywa doradca zawodowy. Ponad 3/4 osób korzystających z jego oceniło jego wsparcie pozytywnie. Z badania wynika jednak, że wraz z kolejną fazą procesu przekwalifikowania zawodowego wsparcie ze strony doradcy zawodowego było mniejsze. Doradca zawodowy najrzadziej uczestniczył w ostatnim, a jednocześnie najtrudniejszym etapie - w znalezieniu odpowiedniego pracodawcy[[26]](#footnote-26).

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 2018* [[27]](#footnote-27)

Mniej niż 1/3 uczestników badania w trakcie przekwalifikowania zawodowego skorzystała z pomocy psychologa, zaś 1/4 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 życiowej.[[28]](#footnote-28) Duża grupa badanych oświadczyła, że miała problem z dostępem do informacji na temat możliwości uzyskania różnego rodzaju wsparcia w procesie powrotu do aktywności zawodowej.[[29]](#footnote-29) Dla znacznej grupy w procesie powrotu do pracy problemem był brak usług   
w zakresie pośrednictwa pracy – co trzeci respondent (34%) odczuwał bowiem brak pomocy w znalezieniu odpowiedniego pracodawcy. Ponadto, 27,2% badanych oczekiwałaby również pomocy 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. min. brak: szkoleń motywujących (27% wskazań), szkoleń miękkich w zakresie poszukiwania pracy (19,4% wskazań) i umiejętności prowadzenia rozmów z pracodawcą[[30]](#footnote-30).

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 2018* [[31]](#footnote-31)

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 zawodowego[[32]](#footnote-32).

Wyniki badania wskazują na to, że aż 62% badanych w wyniku procesu przekwalifikowania zawodowego nie podjęło pracy. 45% badanych 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 zwątpienie 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. Zabrakło profesjonalnej pomocy psychologicznej, na co wskazało 23,5% badanych**[[33]](#footnote-33)**.

W trakcie wywiadów uczestnicy badania mieli możliwość sformułowania oczekiwań wobec specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Szczególnie istotne okazały się dla badanych 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 niepełnosprawnej”, powinien być dyspozycyjny, a przede wszystkim „musi mieć powołanie”. Ponadto, powinien organizować dla klienta w razie takiej potrzeby profesjonalne wsparcie psychologiczne i ewentualnie możliwość udziału w grupie wsparcia. Powinien objąć swoim zainteresowaniem także rodzinę klienta i udzielać 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 będzie aktywnie uczestniczyć w procesie ich powrotu na rynek pracy. Badani często zgłaszali postulaty: „wszystko powinno dziać 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. W opinii respondentów specjalista powinien być jednocześnie zaopatrzony w wiedzę dotyczącą rynku pracy. Powinien 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 specjalistabędzie posiadał informacje w zakresie uprawnień osoby niepełnosprawnej i możliwych form wsparcia oraz pomoże w załatwianiu niezbędnych formalności[[34]](#footnote-34).

Tabela 4. Rekomendowane kompetencje i oczekiwania w świetle badań osób niepełnosprawnych

|  |  |
| --- | --- |
| **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 poszukiwania odpowiedniego stanowiska pracy pomoc w kontaktach z potencjalnym pracodawcą |
| Umiejętność podejścia do drugiego człowieka, współpracy z psychologiem oraz wiedza psychologiczna | * organizowanie wsparcia psychologicznego * umożliwienie klientowi udziału w grupie wsparcia |
| Orientacja w przepisach dotyczących prawa pracy  i ubezpieczeniowego | * wsparcie klienta w dostępie do usług prawniczych |
| 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 niepełnosprawnych w skali 0 - 100 pkt przyjął wartość 38,5 pkt. Istotny wpływ na obniżenie jakości życia osób niepełnosprawnych 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 niepełnosprawnych nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb materialno-bytowych[[35]](#footnote-35).

Rysunek 6. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia

Rysunek przedstawia średnią wartość wskaźnika jakości życia oraz średnią wartość wskaźników cząstkowych dla ogółu badanych w wieku powyzej 18 lat (N=727). 

WSKAŹNIK JAKOŚCI ŻYCIA - 38,5;
Wskaźnik sytuacji dochodowej gospodarstwa domowego - 37,7;
Wskaźnik warunków mieszkaniowych - 44,2;
Wskaźnik aktywności edukacyjnej - 18,2;
Wskaźnik aktywności ekonomicznej - 34,2;
Wskaźnik wsparcia społecznego - 61,8;
Wskaźnik dobrostanu - 35,0.

*Źródło: Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka,*

*Warszawa 2017*

Respondenci badania – łącznie 966 osób (podzieleni 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 dwudziestu) pięciu najważniejszych potrzeb w hierarchii od potrzeby najważniejszej do potrzeby najmniej ważnej. W ujęciu globalnym potrzeba zapewnienia odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej została uznana przez 16% respondentów jako najważniejsza, zaś 35% 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 wykazana na 1 miejscu. Wysoko uplasowała się też potrzeba pracy, nie licząc hierarchii potrzeb osób z upośledzeniem umysłowym, w której praca znalazła się na dalszej, ósmej pozycji.

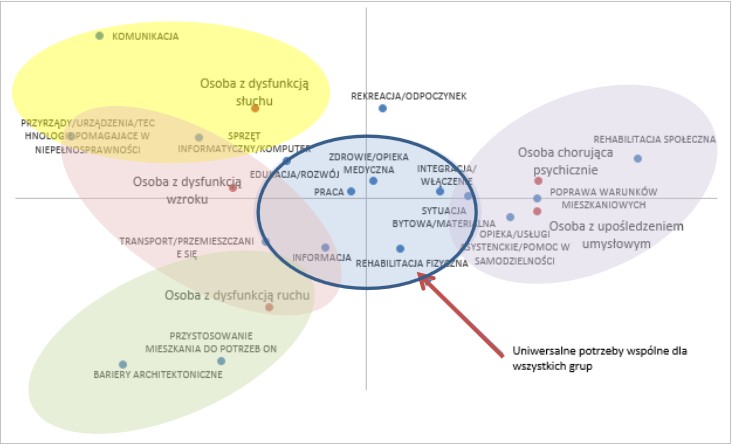
Tabela 5. Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych ze względu na rodzaj niepełnosprawności (najważniejsze potrzeby wskazane spośród 20 kategorii potrzeb)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 [[36]](#footnote-36)*

Oprócz poprawy warunków materialno-bytowych, w czołówce najważniejszych potrzeb dla osób upośledzonych umysłowo znalazły się: opieka/usługi asystenckie, rehabilitacja fizyczna i społeczna, integracją/włączanie oraz poprawa warunków mieszkaniowych; dla osób chorujących psychicznie: praca, zdrowie/opieka medyczna, rehabilitacja społeczna, integracją/włączanie; 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 [[37]](#footnote-37)*

Zależność pomiędzy potrzebami a rodzajem niepełnosprawności ustalono   
z wykorzystaniem analizy korespondencji (typ analizy statystycznej służący wizualizacji zależności pomiędzy zmiennymi). Przedmiotem interpretacji są 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 niepełnosprawnych. W zestawie tym znalazła się przede wszystkim praca i zdrowie /opieka medyczna, sytuacja materialno/bytowa, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja. Część z tych potrzeb, choć uniwersalne, ważne dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych, było częściej wskazywanych przez przedstawicieli wybranych niepełnosprawności. I tak na przykład transport jest najważniejszy dla osób z dysfunkcjąruchu, edukacja dla osób z dysfunkcją słuchu lub wzroku a integracja dla chorujących psychicznie lub z upośledzeniem umysłowym[[38]](#footnote-38).

Tabela 6. Kategorie potrzeb osób niepełnosprawnych 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, wideo domofon, budzik dla niesłyszących, dzwonek-lampka | komunikacja: dostęp do internetu  i komputera | przystosowanie kuchni, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny |
| **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 |
| **Komunikacja i informacja** | x | x | x | zniesienie barier transportowych  i komunik.: w przestrzeni publicznej (sygnalizacja głosowa/większy druk/tablice tyflo/alfabet Braille`a | transport/ przemieszczanie się: zniesienie barier architekt.  w przestrzeni publicznej przystosowanie środka transportu, zapewnienie transportu, przyrządy/ urządzenia/ technologie, zaopatrzenie  w sprzęt ortopedyczny |
| **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 |
| **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 na przykład 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 umysłowym[[39]](#footnote-39). Spośród potrzeb najmniej zaspokojonych w odniesieniu do: osób upośledzonych umysłowo wymienić należy: 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 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 niepełnosprawnych 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 mechanizmy wsparcia. Z punktu widzenia osób niepełnosprawnych system jest zbyt skomplikowany. Dodatkowym problemem jest częsta nieadekwatność wsparcia do rzeczywistych potrzeb. W rezultacie działania kierowane do osób niepełnosprawnych nie mają charakteru kompleksowego, nie są zindywidualizowane w stopniu satysfakcjonującym, co ogranicza ich skuteczność[[40]](#footnote-40). Analiza badań wskazuje jednoznacznie, że szereg potrzeb osób niepełnosprawnych w drodze do jak największej samodzielności i aktywności nie jest wciąż dostatecznie zaspokajana.

## Kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w opinii otoczenia

Na przełomie listopada/grudnia 2017 roku przeprowadzono krótką ankietę, celem której było poznanie opinii na temat roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, jak również na temat wymagań w stosunku do jego osoby. Ankietę przeprowadzono wśród 5 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, 5 przedstawicieli PUP.

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

1. długie terminy oczekiwania na rehabilitację, rozbicie instytucjonalne i brak kompleksowej pomocy;
2. nieznajomość 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.

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

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

Według lekarzy to, co należałoby zmienić w procesie rehabilitacji zorientowanym na powrót osoby do aktywności lub społecznej to 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 niepełnosprawnej i zwiększeniu 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 dot. systemu ochrony zdrowia, znajomość praw osób niepełnosprawnych, znajomość 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 niepełnosprawnych. 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 być odporny na stres.

Większość ankietowanych uważa, że to ma być specjalista, który nie tylko doradza jakie formy wsparcia i rehabilitacji są dostępne, ale współpracuje przy planowaniu procesu rehabilitacji (leczniczej, społecznej, zawodowej) danej osoby rehabilitowanej i przeprowadza ją przez ten proces. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien kontaktować się   
z instytucjami, rezerwować miejsca i terminy. Pojawiło się 5 opinii (3 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, aktywnie szukać miejsc pracy i form zatrudnienia dostosowanych do potrzeb danego klienta.

## 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 *reha-manager*, który działa m. in. w następujących obszarach[[41]](#footnote-41):

* + 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 móc skutecznie działać w obszarze zarządzania rehabilitacją i sprostać stawianym wyzwaniom reha-managerowie muszą posiadać następujące kompetencje[[42]](#footnote-42):

* 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;
  1. 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;
  1. 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;
  1. 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.

Reha-menagerowie są rekrutowani na dwa sposoby: z wewnątrz danej instytucji ubezpieczenia oraz z zewnętrznej rekrutacji. Wymogi dla kandydatów na to stanowisko   
z poza instytucji ubezpieczenia przedstawiają się następująco[[43]](#footnote-43):

1. 3-letnie doświadczenie zawodowe i wynikająca z niego znajomość prawa (z ostatnich 3 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 czy jest to nabór wewnętrzny, czy zewnętrzny, 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 w życiu społecznym, zaś podstawę jego 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)[[44]](#footnote-44).

Na realizację programu zarządzania rehabilitacją składają się następujące elementy[[45]](#footnote-45):

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.
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 reha-managera, a także w razie potrzeby   
   z kolejnych uczestników procesu. Plan rehabilitacji należy sporządzić w ciągu miesiąca od wypadku, chyba że zaistnieją przeszkody, 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. Reha-manager aktywnie informuje ubezpieczonych i świadczeniodawców, np. o postępach w procesie leczenia, problemach lub konfliktach, które wymagają interwencji. Dlatego istotnym zadaniem reha-managera jest wymiana informacji pomiędzy uczestnikami procesu rehabilitacji i uzgadnianie terminów z takim wyprzedzeniem, aby można było sterować procesem odpowiednio wcześnie w przypadku, gdy zaistnieje niebezpieczeństwo ewentualnego opóźnienia się zaplanowanych działań.
4. Rozmowy w zespole – są one nieodłącznym elementem procesu. Odbywają się one   
   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. Reha-managerowie 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 reha-managera 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, gdy[[46]](#footnote-46):

* 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.

Część II – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją

# Uwarunkowania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

## Czym jest zarządzanie rehabilitacją?

Ideą zarządzania rehabilitacją, a konkretniej – procesem rehabilitacji, jest koordynacja działań, których celem jest podjęcie lub powrót do aktywności społecznej lub zawodowej przez osoby rehabilitowane. Zarządzanie to odnosi się do projektowania konkretnych działań 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 4 etapy, z których każdy pełni 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 rolę w zakresie planowania, koordynacji oraz kontroli osiągania efektów na poszczególnych etapach.

## 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 niepełnosprawnej, 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 następujących aspektów:

* utrzymanie zdolności do pracy i zatrudnienia,
* aktywność zawodową klienta,
* bezpieczeństwa socjalnego – poprzez np. podjęcie lub utrzymanie pracy, a przez to zapewnienie standardu 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 ds. zarządzania powinien przede wszystkim:

1. nawiązać kontakt z osobą rehabilitowaną - zbudować zaufanie, psychicznie wzmocnić osobę rehabilitowaną 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. lekarz, pracodawca, psycholog, doradca zawodowy) oraz osobą rehabilitowaną indywidualny plan 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 pełnią rolę lidera ds. osób   
   z niepełnosprawnością w regionie i podejmują działania prowadzące do włączenia osób z niepełnosprawnością 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 niepełnosprawnych, tak aby podejmowane przez niego decyzje były dla klienta korzystne.

## Odbiorcy wsparcia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

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

1. Osoby rehabilitowane – główni odbiorcy wsparcia:
2. Osoby, w przypadku których zdiagnozowano dysfunkcję organizmu lub które doznały urazu uniemożliwiającego podjęcie lub powrót do pracy   
   u dotychczasowego pracodawcy.
3. 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. Będą to osoby korzystające z systemu zabezpieczenia społecznego PFRON, ZUS, KRUS, MON czy MSWiA, a także osoby nie posiadające prawa do świadczeń. Będą to osoby 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, a także osoby   
z niepełnosprawnością wrodzoną.

1. Rodzina/osoby bliskie dla osoby rehabilitowanej.
2. Pracodawcy oraz współpracownicy w miejscu pracy.
3. Otoczenie instytucjonalne.

## 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 przeciwskazania 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 klientem musi uwzględnić wszystkie obszary życia klienta, które mogą mieć wpływ na proces jego 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.

Efektem analizy powinna być diagnoza słabych i mocnych stron klienta, której wynikiem będzie 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).

1. **Opracowanie indywidualnego planu 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 będzie realizowany.

IPR obejmował będzie 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 powinien być oparty o rzetelną analizę dostępnych rozwiązań prawnych. Ponadto powinien określać również cel realizacji procesu rehabilitacji.

1. **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 spotkania winien być uzależniony od kwestii, które wymagają rozwiązania czy przeanalizowania. Spotkania te służą również monitorowaniu postępów w rehabilitacji i pozwalają na reagowanie na nieprzewidziane wydarzenia powodujące zmiany w IPR oraz opóźnienia w jego realizacji.

1. **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, powinna następować modyfikacja IPR.

1. **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.

## 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 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. Wzór pełnomocnictwa stanowi załącznik nr 6 do modelu.

* 1. 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 Pacjenta[[47]](#footnote-47) 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 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.

* 1. Upoważnienie klienta albo jego przedstawiciela ustawowego do udostępnienia specjaliście 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.[[48]](#footnote-48)

* 1. 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]](#footnote-49)**, które będzie miało 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 klienta. Aby mógł zatem przetwarzać zebrane dane powinien dysponować zgodą klienta na wykonywanie operacji na jego danych osobowych.

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, jak również polegać 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 (zagrożeniami);
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 przeciwskazaniach 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 – akceptacja 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.

## Zawód specjalista ds. zarządzania rehabilitacją

Postuluje się, aby specjalista ds. zarządzania rehabilitacją został wpisany na listę zawodów ujętych w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania zgodnie z *Rozporządzeniem 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*[[50]](#footnote-50). Zawód, zgodnie z definicją zawartą w Rozporządzeniu, oznacza zestaw zadań (czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wymagających kompetencji nabytych w toku uczenia się lub praktyki. Z kolei „specjalność” obejmuje część zawodu, wymagającą dodatkowych kompetencji. Aktualizowanie klasyfikacji, w celu dostosowania do zmian zachodzących na polskim i europejskim rynku pracy, poprzez wprowadzanie do niej nowych zawodów/specjalności, odbywa się co 2-3 lata w drodze zmian Rozporządzenia. Klasyfikacja stanowi "spis z natury" zawodów zidentyfikowanych na rynku pracy[[51]](#footnote-51).

Wnioskodawcami o wprowadzenie do klasyfikacji nowych zawodów/specjalności mogą być ministerstwa lub urzędy centralne, stowarzyszenia, związki zawodowe, organizacje pracodawców i inne instytucje merytorycznie kompetentne dla danego zawodu/specjalności.

Wniosek powinien zawierać uzasadnienie celowości wprowadzenia zawodu do klasyfikacji, opis zawierający krótką syntezę zawodu i zadania zawodowe, a także informacje dotyczące wymaganego wykształcenia oraz regulacji prawnych danego zawodu, jeśli takie obowiązują.

Studia podyplomowe oparte na niniejszym modelu kształcenia zostaną wprowadzone do oferty kształcenia uczelni biorących udział w projekcie: Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Wrocławskiego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Model kształcenia zostanie również rozpowszechniony przez PFRON we współpracy z ZUS we wszystkich uczelniach o odpowiednim profilu kształcenia w kraju. Uczelnie, które będą chciały wprowadzić program studiów oparty na modelu do swojej oferty, otrzymają wsparcie merytoryczne ze strony PFRON. ZUS i PFRON współpracują już teraz z uczelniami wyższymi w ramach podpisanych porozumień, stąd też deklarują wsparcie uczelni w promocji studiów kształcących specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. Współpraca z uczelniami będzie dotyczyć również monitorowania jakości prowadzonych studiów. W przypadku chęci zmiany formuły kształcenia ze studiów podyplomowych na inną formę, uczelnia będzie musiała uzyskać akceptację PFRON.

Przewiduje się, że po ukończeniu projektu 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. W ZUS wdrożenie modelu zostanie uregulowane wewnętrznym aktem prawnym.

PFRON będzie działał na rzecz wprowadzenia nowych studiów podyplomowych i zawodu do praktyki poprzez:

1. Możliwość finansowania udziału w studiach podyplomowych dotyczących kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją osobom z niepełnosprawnościami w ramach obecnie prowadzonych programów Rady Nadzorczej.
2. Możliwość współpracy absolwentów studiów z Oddziałami PFRON, które pełnią rolę liderów ds. osób z niepełnosprawnością w regionie.
3. Działania umożliwiające finansowanie zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w ramach konkursów ogłaszanych dla organizacji pozarządowych na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. Możliwość włączenia absolwentów studiów podyplomowych Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją do działań prowadzonych przez ośrodki kompleksowej rehabilitacji w ramach projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

Kompetencje nabyte przez absolwentów studiów podyplomowych w zakresie zarządzania rehabilitacją pozwolą na zatrudnienie ich w ośrodkach rehabilitacji, w tym rehabilitacji kompleksowej, placówkach służby zdrowia, w firmach wdrażających programy zarządzania rehabilitacją „powrotu do pracy) (return-to-work), w instytucjach zabezpieczenia społecznego (w podejściu aktywnym i prewencyjnym, często jako pierwszy kontakt dla osoby wymagającej rehabilitacji) oraz w firmach ubezpieczeniowych. Ponadto, przyjmuje się, że absolwenci zakładać będą własną działalność gospodarczą świadcząc usługi na rzecz podmiotów zainteresowanych zarządzaniem procesem rehabilitacji osób niepełnosprawnych, 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 finansowanych ze środków publicznych lub prywatnych.

# Profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

W odniesieniu do pojęcia „kompetencje” występuje duża różnorodność definicyjna. Pojęcie kompetencji jest pojęciem 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)[[52]](#footnote-52). 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 są to dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, pozwalające realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie[[53]](#footnote-53).

Przez wiedzę deklaratywną (wiem „co”) rozumiemy znajomość różnych faktów, sytuacji oraz ludzi, którą zdobywa się w trakcie edukacji.

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   
i 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 zawodowych[[54]](#footnote-54).

Złożoność i wieloznaczność pojęcia kompetencji powoduje, że wielu autorów podkreśla konieczność ich podziału na odpowiednie kategorie (rodzaje). Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto następujący podział[[55]](#footnote-55):

* kompetencje osobiste (w tym poznawcze),
* kompetencje społeczne,
* kompetencje menadżerskie,
* kompetencje zawodowe,
* niezbędnym potwierdzeniem osiągnięcia kompetencji do pełnienia roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest ukończenie studiów podyplomowych zgodnie   
  z założeniami „Modelu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją” tj. uzyskanie wymaganego poziomu kwalifikacji.

Rysunek 8. Komponenty profilu kompetencyjnego

*Źródło: Opracowanie własne*

W oparciu o analizę potrzeb, doświadczenia DGUV oraz literaturę przedmiotu wyodrębniono poniżej kompetencje osobiste, społeczne, menedżerskie oraz zawodowe ważne dla prawidłowego wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

## 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania empathy icon | *Empatia poznawcza* |

Poznawanie i próba rozumienia problemu z perspektywy klienta/współpracownika. Zdolność rozpoznawania stanów psychicznych innych osób oraz rozumienia motywów nimi kierujących (jako źródeł ich decyzji i postaw), jak również umiejętność spojrzenia na sytuację (rzeczywistość) z ich perspektywy i zareagowania na nie z odpowiednia emocją[[56]](#footnote-56).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania emotional intelligence icon | *Inteligencja emocjonalna* |

Inteligencja emocjonalna rozumiana 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 ludzi[[57]](#footnote-57).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania decision icon | *Motywacja osiągnięć* |

Motywacja osiągnięć to stan gotowości do podjęcia działań ukierunkowanych na zdobycie, realizację określonego celu. To aktywizowanie samego siebie do określonego działania.   
W automotywacji następuje zmiana podejścia do problemu/sytuacji z „muszę” na „chcę   
i mogę”. To rodzaj aktywności polegający na pobudzaniu samego siebie do podejmowania określonego działania.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Znalezione obrazy dla zapytania decision icon | *Myślenie analityczne* |

Rozumienie złożonych sytuacji i relacji, dostrzeganie powiązań przyczynowo skutkowych. Szybkie kojarzenie zdarzeń i danych pozornie pozostających bez związku[[58]](#footnote-58).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania self education icon | *Rozwój własny* |

Rozpoznawanie własnego potencjału i ograniczeń, samokrytycyzm i wgląd w siebie – samoświadomość, automonitorowanie. Gotowość do nieustannego podwyższania posiadanych kwalifikacji w celu doskonalenia poziomu realizacji zadań, nastawienie proaktywne[[59]](#footnote-59).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania decision icon | *Adaptacja i radzenie sobie ze stresem* |

Pozytywne reagowanie na zmiany, radzenie sobie z presją, utrzymywanie równowagi pomiędzy pracą, a życiem prywatnym. Stabilność emocjonalna, która przejawia się w tym, że człowiek w sytuacji pobudzenia emocjonalnego szybko powraca do zrównoważenia emocjonalnego[[60]](#footnote-60).

## 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:

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania cooperative icon | *Umiejętność współpracy i pracy zespołowej* |

Podejmowanie wspólnych działań mających na celu wykonanie określonego zadania lub realizację zadanej czynności, współdziałanie, włączanie/inicjowanie/zachęcanie innych do wspólnych działań, świadomość istnienia celu grupowego. Budowanie ducha zespołowego, słuchanie, empatyzowanie, wspieranie innych[[61]](#footnote-61).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania communicative icon | *Komunikatywność oraz umiejętność nawiązywania i budowania relacji* |

Umiejętność jasnego i precyzyjnego wyrażania się w mowie i w piśmie, rozumienia wypowiedzi innych, aktywnego słuchania i porozumiewania się z rozmówcami. Przekazywanie innym informacji oraz przekonywanie innych do własnego stanowiska[[62]](#footnote-62).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania assertiveness icon | *Asertywność* |

Umiejętność otwartego i jednoznacznego wyrażania swoich potrzeb, uczuć i opinii z zachowaniem szacunku do siebie a jednocześnie respektując uczucia, potrzeby, opinie   
i prawa innych osób[[63]](#footnote-63).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania coaching icon | *Umiejętności coachingowe* |

Aktywne słuchanie, stosowanie technik i narzędzi coachingowych. Umiejętność stworzenia bezpiecznego, wspomagającego środowiska, dzięki któremu rozwija się wzajemny szacunek i zaufanie pomiędzy klientem i specjalistą ds. zarządzania rehabilitacją. 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 rehabilitacyjnych[[64]](#footnote-64).

## Kompetencje menedżerskie

Kompetencje menedżerskie związane są z tworzeniem/zarządzaniem siecią współpracowników. Dotyczą zarówno miękkich obszarów kierowania - związanych   
z relacjami interpersonalnymi oraz organizacji pracy własnej/zespołu pracującego na rzecz klienta oraz strategicznego zarządzania w aspekcie podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, jak również marketingowych aspektów zarządzania[[65]](#footnote-65). Poziom tych kompetencji decyduje o skuteczności zarządzania podległym obszarem.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania leadership icon | *Koordynowanie pracy zespołowej* |

Koordynowanie pracy zespołu specjalistów poprzez planowanie, motywowanie, konsekwentne pełnienie funkcji koordynatora w zespole, umiejętność budowania autorytetu, koncentrowanie współpracowników wokół realizacji celów, pobudzanie do działania, umiejętność integrowania zespołu, budowanie poczucia przynależności do grupy. Umiejętność budowania planu działania związanego z realizacją procesu rehabilitacji przez różnych specjalistów. Umiejętność monitorowanie efektów pracy zespołu oraz omawiania wyników działania.

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania organised icon | *Sprawność organizacyjna i samodzielność* |

Jasne określanie priorytetów i zadań oraz monitorowanie ich osiągania również   
w odniesieniu do współpracującego zespołu. Zarządzanie swoim czasem oraz organizowanie swojej pracy w sposób zaplanowany, usystematyzowany i pozwalający na osiągnięcie zamierzonych celów. Efektywne wykorzystanie czasu pracy zgodnie z wymaganiami oraz własnymi możliwościami. Planowanie pracy zgodnie z wytyczonymi celami. Sprawność organizacyjna to również samodzielne i odpowiedzialne realizowanie uzgodnionych celów,   
w tym podejmowanie niezbędnych decyzji w sposób efektywny bez bezpośredniego nadzoru. Gotowość do brania osobistej odpowiedzialności za realizację zadań i obowiązków.

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania decision icon | *Podejmowanie decyzji* |

Umiejętność trafnej oceny sytuacji, wielowymiarowego analizowania danych i wyciągania adekwatnych wniosków. Podejmowanie decyzji we właściwym momencie i przejmowanie odpowiedzialności za ich skutki i konsekwencje.

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania analytic thinking icon | *Motywowanie innych* |

Umiejętność wzmacniania zaangażowania u innych – klienta, współpracowników, rodziny do zwiększania wysiłku i osiągania założonych celów rehabilitacyjnych. Wpływanie na postawy   
i zachowania innych za pomocą różnych narzędzi motywacyjnych oraz coachingowych. Umiejętność przekazywania konstruktywnych informacji zwrotnych – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania teambuilding icon | *Budowanie zespołu oraz kreowanie standardów związanych ze wspieraniem osób niepełnosprawnych* |

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 z instytucjami/organizacjami zewnętrznymi w celu kształtowania polityki społecznej i edukacji (uwrażliwianie na problemy osób poszkodowanych oraz upowszechnianie wiedzy na temat systemowej opieki nad osobami   
z niepełnosprawnością).

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania conflict icon | *Umiejętności negocjacyjne i mediacyjne* |

Umiejętność rozpoznawania potrzeb stron uczestniczących w procesie rehabilitacji,   
a w sytuacjach konfliktowych poszukiwanie porozumienia: negocjacje, przestrzeganie zasad etyki kontaktu, przestrzeganie granic w kontakcie pomiędzy stronami i utrzymanie pozytywnych relacji. Umiejętność mediacji, łagodzenia sporu w sytuacjach trudnych: ułatwianie komunikacji, analiza sytuacji z perspektywy obu stron, dążenie do wypracowania porozumienia.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *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. Istotne jest również trafne diagnozowanie potrzeb i oczekiwań podopiecznego oraz efektywne wsparcie w zakresie budowania pozycji klienta na rynku pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania system icon | *Myślenie systemowe* |

Rozumienie systemu zarządzania rehabilitacją w Polsce oraz zapewnienie zachowania standardów etycznych w kontakcie z klientem, rodziną, współpracownikami; budowanie strategii zarządzania procesem rehabilitacji, systemu zarządzania opartego na współpracy/współdziałaniu/integracji.

## Kompetencje zawodowe

Kompetencje zawodowe są kompetencjami mającymi 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 pracy*

Podstawowa wiedza z zakresu prawa pracy, w szczególności następujących zagadnień: powstanie i ustanie stosunku pracy, obowiązki i uprawnienia pracownika i pracodawcy, czas pracy, w tym dopuszczalny wymiar czasu pracy osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, urlopy, bezpieczeństwo i higieny pracy, w tym znajomości procedur postępowania powypadkowego. Wykorzystanie wiedzy z zakresu prawa pracy do realizacji potrzeb klienta, jak również jego aktualnego lub potencjalnego pracodawcy.

*Wiedza z zakresu prawa ubezpieczeniowego i cywilnego*

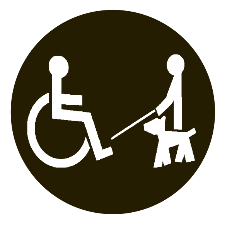
Znajomość zagadnień z zakresu ubezpieczeń społecznych (m.in. ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe), podstaw prawa ubezpieczeniowego i cywilnego. Umiejętne wykorzystania wiedzy dziedzinowej w procesie wsparcia klienta i jego rodziny w dostępie do informacji dot. problematyki ubezpieczeniowej oraz w załatwianiu formalności.

*Wiedza z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia*

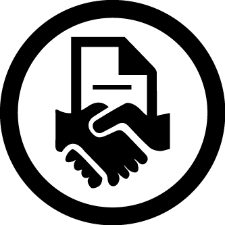
Różnicowanie pojęć: system ochrony zdrowia i system opieki zdrowotnej. Wiedza dotycząca usług zdrowotnych w ramach tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, programów zdrowotnych, leczenia uzdrowiskowego, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, zaopatrzenia w wyroby medyczne (w tym min. przedmioty ortopedyczne   
i środki pomocnicze) oraz możliwości leczenia za granicą. Orientacja w zakresie organizacji opieki zdrowotnej i możliwości aktywnego udziału w procesie leczenia i rehabilitacji. Znajomość praw oraz wsparcie klienta w zakresie egzekwowania określonych uprawnień.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ogólna wiedza medyczna* |

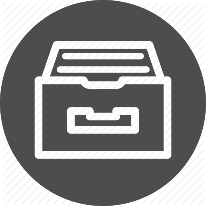
Podstawowe wiadomości dotyczące rodzajów niepełnosprawności, schorzeń (w tym chorób zawodowych) oraz skutków urazów i metod ich leczenia. Wiedza na temat ośrodków medycznych działających w Polsce specjalizujących się w leczeniu określonych schorzeń   
i uszkodzeń wykorzystujących nowoczesne terapie.

*Znajomość systemu wsparcia osób niepełnosprawnych*

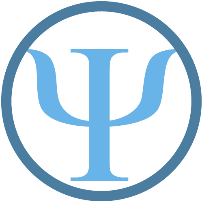
Znajomość systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce, w tym zagadnień dotyczących orzekania o niepełnosprawności oraz rodzaju uprawnień dedykowanych osobom niepełnosprawnym, a także problematyki dotyczącej zatrudniania osób niepełnosprawnych oraz uprawnień pracodawcy zatrudniającego osoby niepełnosprawne. Orientacja w organizacji systemu oraz poszczególnych jego uczestników (instytucji i organizacji sektora publicznego oraz podmiotów niezaliczonych do tego sektora). Umiejętność wykorzystania określonych elementów systemu wsparcia osób niepełnosprawnych w procesie zarządzania leczeniem, rehabilitacją oraz powrotem klienta na rynek pracy.

*Znajomość rynku pracy oraz instytucji i usług rynku pracy*

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.

*Wiedza administracyjna*

Umiejętność posługiwania się zasadniczymi aktami prawnymi i interpretacji podstawowych pojęć prawa administracyjnego oraz pism urzędowych (decyzji i postanowień administracyjnych). Umiejętność poprawnego przygotowania dokumentacji urzędowej (wniosków, korespondencji). Prawidłowy sposób zarządzania dokumentacją przy uwzględnieniu przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

*Wiedza psychologiczna*

Umiejętność interpretowania określonych zachowań. Zdolność nawiązania kontaktu   
z klientem z obniżonym nastrojem, apatią, depresją, z zaburzeniami psychicznymi. Wiedza na temat zasad postępowania z osobami niepełnosprawnymi. Umiejętność budowania zaufania i zasad współpracy z klientem. Umiejętność radzenia sobie w sytuacjach nagłych i panowania nad emocjami. Wiedza na temat metod radzenia sobie ze stresem. Odpowiednie przygotowanie do współpracy z psychologiem dla dobra klienta.

**** *Zdolność do prowadzenia pojazdu*

Osobiste zarządzanie skomplikowanym procesem, jakim jest koordynowanie kompleksowej rehabilitacji określonej grupy klientów oraz współpracy w tym zakresie z wieloma profesjonalistami wymaga dużej mobilności. Dodatkowo, aktywny udział w tym procesie klientów posiadających ograniczenia ruchowe i komunikacyjne determinuje konieczność posiadania przez koordynatora uprawnień do prowadzenia pojazdu osobowego.

|  |  |
| --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania ict skills icon | *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).

## Kwalifikacje niezbędne do wykonywania zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

 *Świadectwo ukończenia studiów podyplomowych*

Odbycie studiów podyplomowych zrealizowanych zgodnie z założeniami „Modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją”, zakończonych pracą dyplomową, potwierdzone świadectwem ukończenia studiów podyplomowych.

**** *Zaświadczenia ukończenia kursów/szkoleń doskonalących*

Udział w kursach i szkoleniach doskonalących w zakresie rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej, prawa pracy, prawa ubezpieczeniowego i cywilnego, nowych technologii w dziedzinie informatycznej, technicznej i medycznej itp. potwierdzonych zaświadczeniem/certyfikatem.

# 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).

# Rekrutacja kandydatów na specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją

## Wymagania wobec kandydatów na studia

Kandydaci na studia podyplomowe w zakresie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją muszą spełniać następujące wymogi: ukończone studia pierwszego stopnia (licencjat) i/lub studia drugiego stopnia (magisterskie), w dowolnej dziedzinie/dyscyplinie. Osoby te muszą również posiadać predyspozycje w następujących obszarach kompetencyjnych: komunikatywność, umiejętność podejmowania decyzji, gotowość do podejmowania odpowiedzialności, odporność na stres i krytykę, umiejętność pracy w grupie, orientacja na klienta, asertywność, empatia.

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 niepełnosprawnych, menedżerów ds. zasobów ludzkich, lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy.

## Zasady rekrutacji na studia

Rekrutacja składać się będzie z trzech etapów. W skład komisji rekrutacyjnej winien wchodzić obowiązkowo kierownik studiów, pełniący funkcję przewodniczącego komisji oraz psycholog.

**Etap I (formalny)**

Złożenie/nadesłanie w terminie wyznaczonym przez Uczelnię kompletu dokumentów aplikacyjnych, takich jak:

1. Potwierdzenie ukończenia studiów I lub II stopnia,
2. Curriculum vitae (CV),
3. List motywacyjny zawierający uzasadnienie zainteresowania ofertą studiów podyplomowych – motywacja do pełnienia roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją,
4. Portfolio: zaświadczenia, certyfikaty, osiągnięcia, dyplomy, doświadczenia zawodowe związane  z pracą z ludźmi (staże, praktyki, wolontariaty) oraz obszarami, które mogą być pomocne do wykonywania zawodu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

**Etap II**

Kandydaci na studia zakwalifikowani do drugiego etapu rekrutacji wypełnią Arkusz kompetencji. Arkusz będzie złożony m. in. z następujących grup zagadnień (przykładowy arkusz stanowi załącznik nr 5 do modelu):

* pytania otwarte na kształt wywiadu behawioralno-sytuacyjnego;
* pytania związane z oceną kompetencji interpersonalnych;
* pytania tzw. *basket* - zadania pisemne, papier – ołówek, których celem jest sprawdzanie umiejętności organizacyjnych - kandydaci na studia będą mieli za zadanie uporządkować różnorodne sprawy organizacyjne, np. wiadomości mailowe, zadania strategiczne i operacyjne.

Ocena nastąpi w skali od 0 do 100 punktów. Po zakończeniu II etapu zostanie utworzona lista rankingowa kandydatów.

**Etap III**

Ostatnim etapem kwalifikacji na studia jest rozmowa kwalifikacyjna, do której przystąpi 30 kandydatów z najwyższą liczbą punktów uzyskaną w II etapie rekrutacji. W sytuacji, gdy kandydaci na pozycji 31 i dalszej listy rankingowej, uzyskali taką samą liczbę punktów, co kandydat zajmujący 30 miejsce, również są zapraszani na rozmowę.

Podczas rozmowy Komisja ma do dyspozycji portfolio kandydata oraz arkusz kompetencji. Rozmowa pozwoli ocenić predyspozycje osobowe i szeroko pojęte kompetencje społeczno-zawodowe kandydatów, które są szczególnie istotne w odniesieniu do pełnienia roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Przykładowy kwestionariusz rozmowy stanowi załącznik nr 4 do modelu.

Ocena rozmowy nastąpi w skali od 0 do 18 punktów (za odpowiedź na każde pytanie można uzyskać max 2 punkty).

Dla każdego kandydata zostanie opracowana ocena uwzględniająca zarówno wyniki arkusza kompetencji, jak i rozmowy kwalifikacyjnej.

Kryterium rozstrzygającym w przypadku równej liczby punktów uzyskanych w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej będzie kolejność zgłoszeń kandydatów na studia.

Część III – Model kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

# Opis modułów kształcenia oraz efektów kształcenia

Model kształcenia to całokształt 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 obejmuje 210 godzin dydaktyki i będzie się składał z następujących modułów kształcenia:

1. Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO) – 50 godzin dydaktyki;
2. Moduł Medyczny (MM) – 33 godziny dydaktyki;
3. Moduł Psychologiczny (MP) – 60 godzin dydaktyki;
4. Moduł Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy (MRZS) – 25 godzin dydaktyki;
5. Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR) – 36 godzin dydaktyki;
6. Moduł Seminarium – 6 godzin dydaktyki.

Przewidziane są różne formy prowadzenia zajęć m.in.: wykład, warsztat, konwersatorium, zajęcia terenowe (hospitacje). Czas trwania studiów wynosi 10 miesięcy. Będą one odbywały się w formule zjazdów: sobota-niedziela. Studia podyplomowe kończą się przygotowaniem pracy dyplomowej pod kierunkiem promotora, które podlegać również będzie recenzji.

Dla każdego z modułów określono listę przedmiotów oraz zakładane efekty kształcenia (K), które odniesiono do Polskiej Ramy Kwalifikacji (PRK) 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*.

Określenie poszczególnych symbolów PRK oraz ich zbiorcze zestawienie do kierunkowych efektów kształcenia stanowi załącznik nr 3.

## Moduł Prawno-Organizacyjny

W ramach modułu MPO realizowane będą przedmioty w następującym wymiarze godzinowym:

1. Podstawy systemowe rehabilitacji: 15 godzin, wykład;
2. Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne: 20 godzin, konwersatorium;
3. Prawo pracy: 15 godzin, konwersatorium.

Łącznie w ramach modułu zostanie zrealizowanych 50 godzin dydaktycznych.

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMBOL** | **OPIS CELU** |
| **C1** | Dostarczenie wiedzy o całokształcie procesów i powiązań instytucjonalnych związanych  z 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. |
| **C3** | Poznanie wybranych zagadnień prawa pracy ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa w miejscu pracy. |
| **C4** | Rozwijanie umiejętności związanych ze stosowaniem przepisów prawnych w praktyce. |

| **Efekty Kształcenia (K) dla MPO** | **Opis EK** | **Cel** | **Przedmiot**  **Zakres tematyczny** | **PRK** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WIEDZA (W) – po zakończeniu zajęć w ramach MPO oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **K\_W01** | Nabywa ogólną wiedzę związaną  z funkcjonowaniem systemu instytucjonalno-organizacyjnego  w zakresie rehabilitacji; poznaje cele, pojęcia, instrumenty i procedury działania w zakresie rehabilitacji. | C1 | **Podstawy systemowe rehabilitacji (wykład)**   1. Podstawowe regulacje prawne dotyczące rehabilitacji. 2. Zakres pojęciowy, rodzaje, cele i rola rehabilitacji. 3. System uprawnień i przywilejów osób niepełnosprawnych. 4. Przegląd instytucjonalny: PFRON, ZUS, NFZ, KRUS, MON, MSWiA, administracja centralna, samorząd terytorialny, organizacje pozarządowe, podmioty rynku pracy. 5. Organizacja systemu ochrony zdrowia. 6. Rola sektora finansów publicznych: ulgi  i zwolnienia. | P7Z\_WT  P7Z\_WO |
| **K\_W02** | Nabywa podstawową wiedzę prawniczą  w dziedzinach prawa odnoszących się do rehabilitacji; poznaje poszczególne rozwiązania prawne w zakresie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia, prawa  i postępowania administracyjnego, prawa cywilnego. Zna uprawnienia i obowiązki osób z niepełnosprawnością. Poznaje orzecznictwo sądowe, stanowiska organów państwowych  i wypowiedzi doktryny. | C2  C4 | **Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne (konwersatorium)**   1. Charakterystyka zabezpieczenia społecznego: zakres przedmiotowy  i podmiotowy, metody realizacji, rodzaje świadczeń. 2. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. 3. System orzecznictwa oraz orzekanie  o niepełnosprawności. 4. Podstawy prawa administracyjnego. 5. Procedury postępowania administracyjnego. 6. Dokumentacja i decyzje administracyjne. 7. Podstawy prawa cywilnego. 8. Źródła zobowiązań cywilnoprawnych. 9. Szkoda i jej skutki, odpowiedzialność cywilna. 10. Dochodzenie roszczeń. 11. Ochrona danych osobowych. | 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. | C3  C4 | **Prawo pracy (konwersatorium)**   1. Stosunek pracy i inne formy zatrudnienia. 2. Prawa i obowiązki pracodawcy. 3. Prawa i obowiązki pracownika. 4. Bezpieczeństwo i higiena pracy. 5. Ocena ryzyka zawodowego. 6. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe. 7. Rozstrzyganie sporów o roszczenia ze stosunku pracy. | P7Z\_WT |
| **UMIEJĘTNOŚCI (U) – po zakończeniu zajęć w ramach MPO oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C4 | **Podstawy systemowe rehabilitacji (wykład)**   1. System uprawnień i przywilejów osób niepełnosprawnych. 2. Przegląd instytucjonalny: PFRON, ZUS, NFZ, KRUS, MON, MSWiA, administracja centralna, samorząd terytorialny, organizacje pozarządowe, podmioty rynku pracy. 3. Organizacja systemu ochrony zdrowia. 4. Rola sektora finansów publicznych: ulgi  i zwolnienia. | 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, przygotowywania dokumentów  i uczestniczenia  w postępowaniach, przy wykorzystaniu orzecznictwa sądowego, stanowisk organów państwowych  i wypowiedzi doktryny. | C2  C4 | **Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne (konwersatorium)**   1. Charakterystyka zabezpieczenia społecznego: metody realizacji, rodzaje świadczeń. 2. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. 3. System orzecznictwa oraz orzekanie  o niepełnosprawności. 4. Procedury postępowania administracyjnego. 5. Dokumentacja i decyzje administracyjne. 6. Źródła zobowiązań cywilnoprawnych. 7. Szkoda i jej skutki, odpowiedzialność cywilna. 8. Dochodzenie roszczeń. 9. Ochrona danych osobowych. | 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 faktycznych, przygotowywania dokumentów  i uczestniczenia  w postępowaniach, przy wykorzystaniu orzecznictwa sądowego, stanowisk organów państwowych  i wypowiedzi doktryny. | C3  C4 | **Prawo pracy (konwersatorium)**   1. Stosunek pracy i inne formy zatrudnienia. 2. Prawa i obowiązki pracodawcy. 3. Prawa i obowiązki pracownika. 4. Bezpieczeństwo i higiena pracy. 5. Ocena ryzyka zawodowego. 6. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe. 7. Rozstrzyganie sporów o roszczenia ze stosunku pracy. | P7Z\_UI  P7Z\_UO |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE (K) – po zakończeniu zajęć w ramach MPO oraz potwierdzeniu osiągnięcia  K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1 | **Podstawy systemowe rehabilitacji (wykład)**   1. System uprawnień i przywilejów osób niepełnosprawnych. 2. Przegląd instytucjonalny: PFRON, ZUS, NFZ, KRUS, MON, MSWiA, administracja centralna, samorząd terytorialny, organizacje pozarządowe, podmioty rynku pracy. 3. Organizacja systemu ochrony zdrowia. 4. Rola sektora finansów publicznych: ulgi  i zwolnienia. | P7U\_K |
| **K\_K02** | Korzysta ze zdobytej wiedzy z prawa zabezpieczenia społecznego, administracyjnego  i cywilnego, i dzieli się tą wiedzą w rozstrzyganiu problemów dotyczących niepełnosprawności  i rehabilitacji. Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju  i samodoskonalenia. | C2  C4 | **Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne (konwersatorium)**   1. Charakterystyka zabezpieczenia społecznego: zakres przedmiotowy  i podmiotowy, metody realizacji, rodzaje świadczeń. 2. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. 3. System orzecznictwa oraz orzekanie  o niepełnosprawności. 4. Podstawy prawa administracyjnego. 5. Procedury postępowania administracyjnego. 6. Dokumentacja i decyzje administracyjne. 7. Podstawy prawa cywilnego. 8. Źródła zobowiązań cywilnoprawnych. 9. Szkoda i jej skutki, odpowiedzialność cywilna. 10. Dochodzenie roszczeń. 11. Ochrona danych osobowych. | P7U\_K |
| **K\_K03** | Korzysta ze zdobytej wiedzy w zakresie prawa pracy i dzieli się tą wiedzą 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. | C3  C4 | **Prawo pracy (konwersatorium)**   1. Stosunek pracy i inne formy zatrudnienia. 2. Prawa i obowiązki pracodawcy. 3. Prawa i obowiązki pracownika. 4. Bezpieczeństwo i higiena pracy. 5. Ocena ryzyka zawodowego. 6. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe. 7. Rozstrzyganie sporów o roszczenia ze stosunku pracy. | P7U\_K |

## 

## Moduł Medyczny

W ramach modułu MM realizowane będą przedmioty w następującym wymiarze godzinowym:

1. Propedeutyka anatomii, fizjologii i patofizjologii człowieka: 6 godzin, wykład;
2. Propedeutyka medycyny: 3 godziny, wykład;
3. Propedeutyka rehabilitacji medycznej: 20 godzin, wykład; 4 godziny ćwiczeń.

Łącznie w ramach modułu zostanie zrealizowanych 33 godzin dydaktycznych.

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMBOL** | **OPIS CELU** |
| **C1** | Przypomnienie, przekazanie i utrwalenie wiedzy na temat anatomii prawidłowej człowieka. |
| **C2** | Przekazanie podstaw teoretycznych dotyczących funkcjonowania wszystkich 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, układu oddechowego, nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, nowotworowych i stanów po urazach narządu ruchu. |
| **C5** | Nabycie podstawowej wiedzy w zakresie nomenklatury, organizacji i metod kompleksowej rehabilitacji, Polskiej Szkoły Rehabilitacji oraz metod stosowanych w rehabilitacji medycznej. |

| **Efekty Kształcenia (K) dla MM** | **Opis EK** | **Cel** | **Przedmiot**  **Zakres tematyczny** | **PRK** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WIEDZA (W) – po zakończeniu zajęć w ramach MM oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C2 | **Propedeutyka anatomii, fizjologii  i patofizjologii człowieka (wykład)**   1. Osteologia ogólna, szkielet tułowia, szkielet kończyn, czaszka, stawy: wiedza ogólna, stawy kończyn. 2. Układ mięśniowy. 3. Układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy: mózg, narządy zmysłów: wzrok, słuch, rdzeń kręgowy, nerw rdzeniowy, nerwy obwodowe. 4. Układ krążenia - budowa serca, ważniejsze tętnice i żyły, układ przewodzący serca. 5. Układ oddechowy. 6. Podstawy teoretyczne dotyczące funkcjonowania układów organizmu ludzkiego w aspekcie jego fizjologii  i patofizjologii. | 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. | C3  C4 | **Propedeutyka medycyny (wykład)**   1. Pojęcie zdrowia, choroby  i niepełnosprawności. 2. Podstawowe metody diagnostyki, profilaktyki i leczenia wybranych chorób  i urazów. 3. Diagnoza lekarska, ocena funkcjonalna. | 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. | C5 | **Propedeutyka rehabilitacji medycznej (wykład, ćwiczenia)**   1. Definicja i cele rehabilitacji. 2. Polska Szkoła Rehabilitacji. 3. Organizacja rehabilitacji medycznej  w Polsce. 4. Zespół rehabilitacyjny. 5. Biała księga rehabilitacji w Europie. 6. Wprowadzenie do metod terapeutycznych w rehabilitacji medycznej: fizjoterapia, farmakoterapia, zaopatrzenie rehabilitacyjne i pomocnicze, neuropsychologiczna diagnostyka i terapia, terapia logopedyczna, terapia zajęciowa, integracja i reintegracja osób z niepełnosprawnością. 7. Rehabilitacja medyczna pacjentów  z chorobami narządów wewnętrznych,  w tym układu sercowo-naczyniowego  i oddechowego. 8. Rehabilitacja medyczna pacjentów  z chorobami układu nerwowego. 9. Rehabilitacja medyczna pacjentów z chorobami narządu ruchu. 10. Rehabilitacja medyczna pacjentów ze schorzeniami narządu wzroku (niewidomych i słabowidzących) oraz ze schorzeniami narządu słuchu (głuchych  i słabosłyszących). 11. Rehabilitacja medyczna pacjentów  z niepełnosprawnością intelektualną. 12. Adaptowana aktywność fizyczna jako uzupełnienie oferty rehabilitacyjnej osób z niepełnosprawnością. 13. Klinimetria w rehabilitacji; jakość życia. 14. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). | P7Z\_WT |
| **UMIEJĘTNOŚCI (U) – po zakończeniu zajęć w ramach MM oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C2 | **Propedeutyka anatomii, fizjologii  i patofizjologii człowieka (wykład)**   1. Układ nerwowy, krążenia, oddechowy, mięśniowo-szkieletowy. 2. Elementy fizjologii i patofizjologii człowieka ze szczególnym uwzględnieniem układu nerwowego, krążenia, oddechowego i mięśniowo-szkieletowego. | 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. | C3  C4 | **Propedeutyka medycyny (wykład)**   1. Definicja zdrowia i choroby. 2. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie chorób i urazów. | P7U\_U |
| **K\_U06** | Potrafi omówić cele rehabilitacji i metody terapeutyczne. | C5 | **Propedeutyka rehabilitacji medycznej (wykład, ćwiczenia)**   1. Określanie celów rehabilitacji (metoda SMART). 2. Wprowadzenie do metod terapeutycznych w rehabilitacji medycznej: fizjoterapia, farmakoterapia, zaopatrzenie rehabilitacyjne i pomocnicze, neuropsychologiczna diagnostyka i terapia, terapia logopedyczna, terapia zajęciowa, integracja i reintegracja osób z niepełnosprawnością. | P7U\_U |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE (K) – po zakończeniu zajęć w ramach MM oraz potwierdzeniu osiągnięcia  K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **K\_K04** | Stosuje zdobytą wiedzę w procesie koordynowania rehabilitacji, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych. | C5 | **Propedeutyka rehabilitacji medycznej (wykład, ćwiczenia)**   1. Doskonalenie zdolności komunikacji  z pacjentem i jego rodziną, lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej oraz pozostałymi członkami zespołu rehabilitacyjnego. | P7Z\_KW |

## Moduł Psychologiczny

W ramach modułu MP realizowane będą przedmioty w następującym wymiarze godzinowym:

1. Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia: 10 godzin, wykład;
2. Kompetencje interpersonalne: 20 godzin, warsztat;
3. Stres i odporność psychiczna: 15 godzin, warsztat;
4. Budowanie zespołu: 15 godzin, warsztat.

Łącznie w ramach modułu zostanie zrealizowanych 60 godzin dydaktycznych.

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMBOL** | **OPIS CELU** |
| **C1** | Przekazanie wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego  i społecznego (w tym komunikacji – porozumiewania się) osób z niepełnosprawnością ruchową, sensoryczną, intelektualną oraz psychiczną. |
| **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. |
| **C5** | Rozwijanie własnych umiejętności osobistych i społecznych ważnych w procesie samorozwoju i radzenia sobie z zadaniami zawodowymi. |
| **C6** | Kształtowanie postawy proaktywnej i budowanie odporności psychicznej specjalisty  ds. zarządzania rehabilitacją. |

| **Efekty Kształcenia (K) dla MP** | **Opis EK** | **Cel** | **Przedmiot**  **Zakres tematyczny** | **PRK** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WIEDZA (W) – po zakończeniu zajęć w ramach MP oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1 | **Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia (wykład)**   1. Psychologiczne problemy osób  z niepełnosprawnością. Etapy przystosowania do niepełnosprawności. 2. Akceptacja niepełnosprawności, godzenie się ze stratą, poczucie sprawstwa. 3. Psychologia osób z niepełnosprawnością ruchową, sensoryczną, intelektualną –  z uwzględnieniem materiałów AAIDD. 4. Choroby i zaburzenia psychiczne – rozmiary problemu w Polsce, na podstawie badania EZOP Polska 2012 r. oraz kontakt z pacjentem. 5. Nowy model rehabilitacji psychologicznej i psychiatrycznej – system azylowy  a system środowiskowy, czyli od izolacji do aktywizacji. | P7Z\_WT |
| **K\_W08** | Zna mechanizmy komunikacji i współpracy z profesjonalistami z różnych dziedzin  i placówkami specjalistycznymi. | C2  C3  C6 | **Stres i odporność psychiczna (warsztat)**   1. Radzenie sobie w trudnych sytuacjach związanych z koordynowaniem procesu rehabilitacji – umiejętności interpersonalne: asertywność, udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych, kontrola emocjonalna, odporność psychiczna. | P7\_UW |
| **K\_W09** | Rozumie mechanizmy związane z budowaniem i organizacją pracy zespołu. | C3  C4 | **Budowanie zespołu (warsztat)**   1. Wzmacnianie autorytetu koordynatora  w grupie współpracowników – pozyskiwanie poparcia współpracowników oraz budowanie przynależności zespołowej. 2. Typy rozmów w zespole współpracowników – rozmowy delegujące, motywujące, korygujące i ich zastosowanie w procesie organizacji pracy zespołu. | P7Z\_WO |
| **UMIEJĘTNOŚCI (U) – po zakończeniu zajęć w ramach MP oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **K\_U07** | Rozpoznaje możliwości  i ograniczenia  w kontakcie z osobą z niepełnosprawnością. | C1 | **Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia (wykład)**   1. Zachowanie jako komunikat  i kompensacja potrzeb. 2. Obrony psychologiczne konstruktywne  i niekonstruktywne. | P7U\_U |
| **EK\_U08** | Potrafi rozwiązywać sytuacje trudne w grupie oraz w kontakcie  z potencjalnym klientem, zna i stosuje odpowiednie strategie radzenia sobie z obciążeniami emocjonalnymi. | C2  C3  C6 | **Stres i odporność psychiczna (warsztat)**   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. | P7U\_U |
| **EK\_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. | C1  C2  C3  C4  C5 | **Kompetencje interpersonalne (warsztat)**   1. Biała perswazja, czyli jak skutecznie  i etycznie kształtować postawy – dwutorowy model perswazji, wzbudzanie motywacji, podtrzymywanie wytrwałości, przekonywanie innych. 2. Komunikacja interpersonalna – błędy komunikacyjne, narzędzia usprawniające komunikację, problem nadinterpretacji na przykładzie modelu komunikacji Schulza Von Thuna. 3. Inteligencja emocjonalna w koordynowaniu procesu rehabilitacji – świadomość i umiejętność nazywania emocji własnych oraz cudzych, wzbudzanie i hamowanie emocji, empatia (poznawcza i emocjonalna), kierowanie emocjami, kontrola emocjonalna. 4. Autoprezentacja specjalisty  ds. zarządzania rehabilitacją. 5. Wzmacnianie autorytetu koordynatora  w grupie współpracowników – pozyskiwanie poparcia współpracowników oraz budowanie przynależności zespołowej. | P7U\_U |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE (K) – po zakończeniu zajęć w ramach MP oraz potwierdzeniu osiągnięcia  K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **K\_K05** | Stosuje zdobytą wiedzę w procesie samorozwoju, samodoskonalenia oraz wspierania rozwoju osób współpracujących przy planie działań rehabilitacyjnych. | C2  C3  C6 | **Kompetencje interpersonalne (warsztat)**   1. Rozwijanie i wzmacnianie motywacji wewnętrznej u specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (proaktywność) i myślenie analityczne. 2. Doskonalenie zdolności samodzielnego realizowania ustalonych celów, rozwijanie gotowości do brania odpowiedzialności za realizację powierzonych zadań, empatia poznawcza. 3. Motywowanie innych – techniki i metody wzmacniania zaangażowania oraz pobudzania motywacji wewnętrznej, modelowanie, warunkowanie, siła woli, nawyki, coaching, wsparcie. | P7U\_K |
| **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. | C2  C3  C4  C5 | **Kompetencje interpersonalne (warsztat)**   1. Twórcze rozwiązywanie problemów – wyjść poza schemat, myślenie indukcyjne i dedukcyjne, facylitatory i inhibitory kreatywności. 2. Konsensualne metody rozwiązywania konfliktów – mediacje, negocjacje, zapobieganie konfliktom. 3. Typy rozmów w zespole współpracowników – rozmowy delegujące, motywujące, korygujące i ich zastosowanie w procesie organizowania pracy zespołu. 4. Budowanie zespołu – zastosowanie adaptatywnego stylu pracy do sytuacji oraz charakterystyki członków zespołu. | P7Z\_KP |

## Rehabilitacja Zawodowa i Społeczna oraz Rynek Pracy

W ramach modułu MRZS realizowane będą przedmioty w następującym wymiarze godzinowym:

1. Rehabilitacja zawodowa: wybrane zagadnienia: 13 godzin, konwersatorium;
2. Rehabilitacja społeczna: wybrane zagadnienia: 12 godzin, konwersatorium.

Łącznie w ramach modułu zostanie zrealizowanych 25 godzin dydaktycznych.

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMBOL** | **OPIS CELU** |
| **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. |

| **Efekty Kształcenia (K) dla MRZS** | **Opis EK** | **Cel** | **Przedmiot**  **Zakres tematyczny** | **PRK** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WIEDZA (W) – po zakończeniu zajęć w ramach MRZS oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C2 | **Rehabilitacja zawodowa (konwersatorium)**   1. Charakterystyka pojęć, funkcji i zasad rehabilitacji zawodowej osób  z niepełnosprawnością. 2. Charakterystyka instytucji z sektora publicznego, prywatnego i NGO realizujących zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej. 3. Klasyfikacja zawodów i specjalności. 4. Specyfika chronionego i otwartego rynku pracy z perspektywy osoby niepełnosprawnej oraz pracodawcy.   **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**   * + 1. Charakterystyka pojęć, funkcji i zasad rehabilitacji społecznej osób  z niepełnosprawnością.     2. Charakterystyka instytucji z sektora publicznego, prywatnego i NGO realizujących zadania z zakresu rehabilitacji społecznej. | 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. | C1  C3  C4 | **Rehabilitacja zawodowa (konwersatorium)**   1. Instrumenty wsparcia aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością. 2. Zatrudnienie wspomagane – rola  i możliwość wsparcia trenera pracy. 3. Przegląd dostępnych rozwiązań technologii wspomagającej przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych pod kątem usprawnienia ich funkcjonowania w życiu zawodowym i społecznym. 4. Wskazania i przeciwwskazania do zatrudnienia na określonym stanowisku pracy. 5. Przystosowanie i wyposażenie stanowiska pracy.   **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**   1. Uprawnienia dla osób  z niepełnosprawnością. 2. Rola sportu i innych aktywności osób  z niepełnosprawnością w rehabilitacji społecznej. 3. Rola i zadania warsztatów terapii zajęciowej w rehabilitacji zawodowej  i społecznej. | P7\_UW |
| **UMIEJĘTNOŚCI (U) – po zakończeniu zajęć w ramach MRZS oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C3  C4 | **Rehabilitacja zawodowa (konwersatorium)**   1. Wskazania i przeciwwskazania do zatrudnienia. 2. Przystosowanie i wyposażenie stanowiska pracy. 3. Pomoc klientowi w zakresie doboru różnego rodzaju narzędzi technologii wspomagającej. 4. Pomoc osobie rehabilitowanej w wyborze odpowiedniej formy zatrudnienia lub przekwalifikowania (np. zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej, otwarty rynek pracy)  w przypadku braku możliwości powrotu na dotychczasowe stanowisko pracy. 5. Pomoc osobie rehabilitowanej w wyborze odpowiedniej formy wsparcia dostępnej na rynku pracy, m.in.: podjęcie działalności gospodarczej; członkostwo  w spółdzielni socjalnej.   **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**   1. Skuteczne i efektywne poruszanie się  w systemie rehabilitacji społecznej osób  z niepełnosprawnością w celu wyboru odpowiedniego dla niej wsparcia. 2. Doradztwo osobie rehabilitowanej i jego rodzinie w podejmowaniu różnego rodzaju aktywności w celu szybszego  i efektywnego powrotu do zdrowia  i aktywności zawodowej. 3. Wsparcie osoby rehabilitowanej oraz jego rodziny w uzyskaniu pomocy z zakresu rehabilitacji społecznej. | P7Z\_UO |
| **EK\_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. | C2  C4 | **Rehabilitacja zawodowa (konwersatorium)**   1. Doradztwo osobie niepełnosprawnej  w zakresie kontaktowania się  z pracodawcą, w tym reprezentowanie osoby niepełnosprawnej przed pracodawcą. 2. Metody prowadzenia dialogu (przygotowanie do rozmowy)  z pracodawcami i osobami niepełnosprawnymi, najczęstsze problemy i sposoby ich rozwiązywania.   **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**   * + 1. Działalność grup wsparcia dla osób  z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Rola osób z podobnymi doświadczeniami w procesie rehabilitacji i reintegracji. | P7U\_U |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE (K) – po zakończeniu zajęć w ramach MRZS oraz potwierdzeniu osiągnięcia  K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **K\_K07** | Stosuje zdobytą wiedzę do wspierania rozwoju i funkcjonowania osoby  z niepełnosprawnością, angażuje się w plan działań rehabilitacyjnych. | C1 C2 C3  C4 | **Rehabilitacja zawodowa (konwersatorium)**   1. Ocena potrzeb i możliwości osoby rehabilitowanej w zakresie aktywności zawodowej. 2. Proponowanie adekwatnych dla danej osoby działań w zakresie rehabilitacji zawodowej.   **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**   1. Ocena potrzeb i możliwości osoby rehabilitowanej w zakresie aktywności społecznej. 2. Proponowanie adekwatnych dla danej osoby działań w zakresie rehabilitacji społecznej. | P7U\_K |
| **K\_K08** | Potrafi skutecznie komunikować się  z osobą z niepełnosprawnością i jej obecnym lub przyszłym pracodawcą. | C1 C4 | **Rehabilitacja zawodowa (konwersatorium)**   1. Komunikacja z osobą niepełnosprawną, potencjalnym pracodawcą, otoczeniem osób niepełnosprawnych w celu usprawnienia rehabilitacji zawodowej.   **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**   1. Komunikacja z osobą niepełnosprawną, otoczeniem osób niepełnosprawnych  w celu usprawnienia rehabilitacji społecznej. | P7Z\_K |

## Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji

W ramach modułu MZPR realizowane będą przedmioty w następującym wymiarze godzinowym:

* 1. Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja – 4 godziny, wykład;
  2. Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją I: ocena sytuacji klienta –   
     5 godzin, wykład; 5 godzin, warsztaty;

1. Metody pracy specjalisty ds. Zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja   
   i ocena procesu – 6 godzin, wykład; 6 godzin, warsztaty;
2. Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych – 10 godzin, hospitacje.

Łącznie w ramach modułu zostanie zrealizowanych 36 godzin dydaktycznych.

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMBOL** | **OPIS CELU** |
| **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. |

| **Efekty Kształcenia (K) dla MZPR** | **Opis K** | **Cel** | **Przedmiot**  **Zakres tematyczny** | **PRK** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WIEDZA (W) - po zakończeniu zajęć w ramach MZPR oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C4 | **Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja (wykład)**   1. Idea utworzenia stanowiska specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (cel, korzyści, pierwsze rozwiązania w tym zakresie, umiejscowienie, ewolucja). 2. Zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i specyfika jego pracy (zakres obowiązków, uprawnień  i odpowiedzialności oraz etyka postępowania). 3. Budowanie stanowiska pracy, osłabianie oporu przeciwko tzw. substytucji usług. 4. Specyfika zarządzania marketingowego  w procesie zarządzania rehabilitacją (wypromowanie znaczenia nowego podejścia do rehabilitacji klienta, narzędziami marketingu jest marketing-mix). | 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. | C1  C2  C4  C5 | **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją I: ocena sytuacji klienta (wykład, warsztat)**   1. Metody 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). 2. Analiza SWOT - nauka metody, której celem jest ocena możliwości klienta  z punktu widzenia indywidualnych czynników mających wpływ na jego sytuację. 3. Analiza *stakeholders* – ewidencja osób  i instytucji, które mogą pomóc lub przeszkadzać w funkcjonowaniu specjalisty z uwzględnieniem wszystkich „aktorów” polityki zdrowotnej/społecznej (wiedza na ten temat może się przekładać na lepsze orientowanie się specjalisty  w determinantach, które są zależne lub niezależne od niego). | 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. | C1  C3  C4  C5 | **Metody pracy specjalisty ds. Zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja  i ocena procesu (wykład, warsztat)**   1. Indywidualny plan rehabilitacji – zasady tworzenia IPR (określanie celu, planowanie harmonogram, dobór metod/ narzędzi/ środków, kalkulacja kosztów, możliwości finansowania). 2. Koordynacja procesu rehabilitacji - nauka elementów kluczowych dla pomyślnego przebiegu procesu (praca z klientem, budowanie sieci wsparcia, kontrola przebiegu, modyfikacja metod. 3. Budowa strategii dla zarządzania procesem rehabilitacji (domena działania, cele strategiczne, metody, przewaga konkurencyjna, funkcjonalne programy działania). 4. Dobrowolny wkład w funkcjonowanie organizacji i teoria Herzberga jako element motywacji osobistej. 5. Dokumentacja efektów pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 6. Metody ewaluacji procesu, w tym np. benchmarking jako ocena przebiegu procesu rehabilitacji w stosunku do wzorca „idealnego” zgodnie z koncepcją Nadlera (takim wzorcem dla specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją będzie organizacja instytucjonalna DGUV oraz sposób działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją). | 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). | C1  C2  C3  C4 | **Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych (hospitacje)**   1. Spotkania z osobami zajmującymi się działalnością z zakresu zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 2. Wizyty studyjne w placówkach. | P7Z\_WT |
| **UMIEJĘTNOŚCI (U) - po zakończeniu zajęć w ramach MZPR oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C4 | **Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja (wykład)**   1. Idea utworzenia stanowiska specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (cel, korzyści, pierwsze rozwiązania w tym zakresie, umiejscowienie, ewaluacja). 2. Zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i specyfika jego pracy (zakres obowiązków, uprawnień  i odpowiedzialności oraz etyka postępowania). 3. Specyfika zarządzania marketingowego  w procesie zarządzania rehabilitacją (wypromowanie znaczenia nowego podejścia do rehabilitacji klienta. 4. Narzędziami marketingu jest marketing-mix). | P7Z\_UO |
| **K\_U13** | Potrafi pozyskiwać dane potrzebne do oceny możliwości klienta oraz dokonać analizy sytuacji klienta z wykorzystaniem metody SWOT oraz *stakeholders*. | C1  C2  C4  C5 | **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją I: ocena sytuacji klienta (wykład, warsztat)**   1. Metody 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). 2. Analiza SWOT i *stakeholders* – *case study* (ćwiczenia oceny możliwości klienta  w oparciu o konkretne przypadki). | P7Z\_UO |
| **K\_U14** | Potrafi określić realistyczny cel działań rehabilitacyjnych  i opracować indywidualny plan rehabilitacji; potrafi wyciągać wnioski  z analizy przebiegu procesu. | C1  C3  C4  C5 | **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja  i ocena procesu (wykład, warsztat)**   1. Indywidualny plan 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). 2. Koordynacja procesu rehabilitacji - nauka elementów kluczowych dla pomyślnego przebiegu procesu (praca z klientem, budowanie sieci wsparcia, kontrola przebiegu, modyfikacja metod). 3. Dokumentacja efektów pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 4. Metody ewaluacji procesu, w tym np. benchamarking jako ocena przebiegu procesu rehabilitacji w stosunku do wzorca „idealnego” zgodnie z koncepcją Nadlera. | P7Z\_UO |
| **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. | C1  C2  C3  C4 | **Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych (hospitacje)**   1. Spotkania z osobami zajmującymi się działalnością z zakresu zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 2. Wizyty studyjne w placówkach. | P7Z\_UO |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE (K) - po zakończeniu zajęć w ramach MZPR oraz potwierdzeniu osiągnięcia  K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | | |
| **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. | C1  C4 | **Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja (wykład)**   1. Zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją i specyfika jego pracy (zakres obowiązków, uprawnień  i odpowiedzialności oraz etyka postępowania). | 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. | C1  C2 | **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją I: ocena sytuacji klienta (wykład, warsztat)**   1. Metody 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). 2. Analiza SWOT i *stakeholders* – *case study* (ćwiczenie oceny możliwości klienta  w oparciu o konkretne przypadki). | 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. | C1  C3 | **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja  i ocena procesu (wykład, warsztat)**   1. Indywidualny plan 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). 2. Koordynacja procesu rehabilitacji - nauka elementów kluczowych dla pomyślnego przebiegu procesu (praca z klientem, budowanie sieci wsparcia, kontrola przebiegu, modyfikacja metod. 3. Dokumentacja efektów pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 4. Metody ewaluacji procesu, w tym np. benchmarking jako ocena przebiegu procesu rehabilitacji w stosunku do wzorca „idealnego” zgodnie z koncepcją Nadlera. | P7Z\_KW |
| **K\_K12** | Potrafi korzystać  z doświadczeń innych osób dla podniesienia kompetencji koniecznych do profesjonalnego wykonywania pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. | C1  C2  C3  C4 | **Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych (hospitacje)**   1. Spotkania z osobami zajmującymi się działalnością z zakresu zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. 2. Wizyty studyjne w placówkach. | P7Z\_KO |

## Moduł Seminarium

W ramach modułu realizowane będzie seminarium promotorskie (SD), które służy przygotowaniu pracy dyplomowej na zakończenie studiów podyplomowych. Seminarium realizowane będzie w pięciu grupach średnio po 6 osób. Na jednego słuchacza przypada 6 godzin dydaktycznych oraz 20 godzin indywidualnych konsultacji.

|  |  |
| --- | --- |
| **SYMBOL** | **OPIS CELU** |
| **C1** | Ukierunkowanie w zakresie tworzenia własnej pracy dyplomowej, pomoc metodyczna  i merytoryczna przy realizacji pracy dyplomowej. |

| **Efekty Kształcenia (K) dla SD** | **Opis EK** | **Cel** | **Przedmiot**  **Zakres tematyczny** |
| --- | --- | --- | --- |
| **UMIEJĘTNOŚCI (U) - po zakończeniu zajęć w ramach SD oraz potwierdzeniu osiągnięcia K słuchacz Studiów Podyplomowych – Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją:** | | | |
| **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. | C1 | **Seminarium dyplomowe (seminarium)**   1. Sformułowanie problemu (tematu) pracy. 2. Przygotowanie konspektu pracy. 3. Przygotowanie i prezentacja kolejnych rozdziałów pracy. 4. Korekta językowa i merytoryczna pracy. 5. Przyjęcie pracy przez promotora. |

Prace podyplomowe 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. Zalecana objętość pracy: 20-30 stron.

1. **Wymogi formalne dotyczące przygotowania pracy dyplomowej.**
2. edytor Microsoft Word, system LaTex, Writer Open Office,
3. strona formatu A4, układ tekstu poziomy, marginesy: 2 cm, na oprawę: 1 cm,
4. układ przygotowany do druku dwustronnego: „marginesy lustrzane”, numer strony   
   w stopce (na dole strony) „na zewnątrz”, na stronie tytułowej numer strony nie powinien być wyświetlany,
5. czcionka podstawowa: Times New Roman, wielkość: 12 punktów, grubość: normalna, 1800 znaków na stronie A4, 30 wierszy po 60 znaków,
6. odstęp między wierszami 1,5 wiersza,
7. wcięcie akapitu 0,63 cm, wcięcia automatyczne (np. przez wstawienie tabulatora), niedopuszczalne jest robienie wcięć przez kilkukrotne naciśnięcie spacji,
8. tekst pracy wyjustowany, między wyrazami dopuszczalna jest tylko jedna spacja,
9. każdy rozdział rozpoczyna się na nowej stronie - w tym celu należy wstawić tzw. „znak podziału strony” (m. in. przez jednoczesne naciśnięcie kombinacji klawiszy [Crtl] [Enter]); niedozwolone jest wielokrotne naciskanie klawisza [Enter], podrozdziały mogą być kontynuowane na stronie bieżącej,
10. tytuły rozdziałów powinny być napisane wersalikami pogrubioną czcionką   
    o rozmiarze 14 pkt (Rozdział I tytuł); tytuły podrozdziałów powinny być napisane pogrubioną czcionką 13 pkt (1.1. tytuł); poniżej każdego tytułu należy zostawić przestrzeń o szerokości 12 pkt; po tytułach (rozdziałów, podrozdziałów, tabel, itp.) nie stawiamy kropek,
11. na końcu tekstu nie wolno pozostawiać spójników; w tym celu należy przenieść je do następnej linii przez związanie z następnym wyrazem tzw. „twardą spacją” (m. in. przez wciśnięcie bezpośrednio między spójnikiem a następnym wyrazem kombinacji klawiszy [Crtl] [Shift] [Spacja]); niedozwolone jest przenoszenie spójników do nowego wiersza przez wstawianie wielokrotnych spacji, miękkiego entera,
12. wyliczenia w tekście – za pomocą automatycznego wypunktowania lub numerowania,
13. cudzysłowy przylegają bezpośrednio do obejmowanego tekstu, należy stosować cudzysłowy drukarskie tj. „” (początkowy położony na dole, końcowy na górze),
14. nawiasy także przylegają bezpośrednio do tekstu który obejmują (tekst w nawiasie),
15. dokument powinien zawierać automatyczny spis treści.
16. **Tabele.**

Tekst tabeli powinien być pisany czcionką Times New Roman o rozmiarze 11 pkt, odstęp między wierszami tekstu w tabeli pojedynczy. W przypadku dzielenia tabel między strony dla nagłówka tabeli należy włączyć *Powtarzanie nagłówków wierszy*. Nagłówki tabeli - czcionka pogrubiona, tekst nagłówka wyrównany do środka komórki. Jeśli w tabeli pierwszą kolumnę stanowi liczba porządkowa, należy włączyć automatyczne numerowanie dla tej kolumny.   
W przypadku obszernych tabel z dużą ilością tekstu czcionkę można zmniejszyć do 10 punktów.

Jeżeli tabela (lub dane w tabeli) zapożyczono z publikacji pod tabelą należy podać źródło danych. W przypadku opracowania własnego na podstawie danych z innych publikacji przed tytułem należy wstawić frazę: „*Opracowano na podstawie*” i podać tytuł publikacji z jakiej zaczerpnięto dane.

Podpis tabeli automatyczny, umieszczony nad tabelą (*czcionka Times New Roman, 11 pkt, pogrubiona*). Tabele w całej pracy powinny być numerowane numeracją ciągłą. Należy zachować zasadę przejrzystości prezentowanych danych oraz jasno określić cel ich prezentacji w tekście, a także wnioski, które z powyższych danych można wyciągnąć.

1. **Wykresy, schematy, rysunki, zdjęcia.**

Powinny być wyrównane do lewej krawędzi strony. W przypadku schematów składających się z kilku obiektów wszystkie obiekty składające się na schemat należy zgrupować. Obiekty wstawiane do pracy powinny być czytelne. Zdjęcia i rysunki przed wklejeniem należy zoptymalizować (*w przeznaczonych do tego celu programach graficznych*), aby nie były za duże.

Podpisy powinny być umieszczone pod rysunkiem, numerowanie podpisów ciągłe (*Times New Roman, 11 pkt, pogrubiona*). Zasady cytowania i oznaczania źródła analogiczne jak w przypadku tabel.

Wszystkie schematy, rysunki, zdjęcia są numerowane w sposób ciągły w całej pracy, zgodnie z ich kolejnością omawiania w tekście pracy. Dla każdego typu obowiązuje osobna numeracja.

1. **Nagłówek strony, stopka, numerowanie stron.**

W nagłówku strony nie należy wpisywać żadnego tekstu. Strony powinny być numerowane numeracją ciągłą (numer na stronie tytułowej nie powinien być wyświetlany). Numer strony umieszczony na dole „na zewnątrz” pisany czcionką o rozmiarze 11 pkt. Numeracja automatyczna.

1. **Przypisy.**

Cytując daną pozycję literaturową na końcu cytatu należy wstawić przypis (np. przez jednoczesne naciśnięcie prawego klawisza [Alt] i [j]). Formatowanie przypisów:

* numeracja ciągła w całej pracy, (*czcionka Times New Roman 10 pkt*),
* sposób podawania danych w przypisie: pierwsze litery imion autorów, nazwisko, tytuł pracy (kursywą), nazwa wydawcy, miejsce i rok wydania, strona,
* powoływanie się na publikacje zawarte w czasopismach: litery imion autorów, nazwisko, tytuł tekstu, tytuł czasopisma (w cudzysłowie), rok wydania, kolejny numer, strona,
* w przypadku prac zbiorowych (powyżej trzech autorów): litera imienia i nazwisko pierwszego autora oraz określenie „i inni”, imię i nazwisko redaktora lub redaktorów, pozostałe elementy opisu jak wyżej,
* prace obcojęzyczne podajemy w przyjętym układzie dla odnośników w języku oryginału;
* powołując się na źródła internetowe należy podać autora, tytuł, bezpośredni odnośnik (link) oraz datę dostępu.

1. **Układ pracy.**
2. Oświadczenie słuchacza o samodzielnym napisaniu przedstawionej pracy,
3. Strona tytułowa,
4. Spis treści,
5. Wstęp, w którym zostanie wskazany cel pracy,
6. Tekst główny z wyróżnieniem samodzielnie zebranych danych,
7. Podsumowanie,
8. Wykaz cytowanej literatury w alfabetycznej kolejności zgodny z wymogami opisu bibliograficznego,
9. Wykaz wykorzystanych aktów prawnych,
10. Wykaz tablic,
11. Wykaz rysunków (schematów, map, itp.),
12. Wykaz załączników.

Na podstawie powyższych modułów przygotowano matrycę efektów kształcenia, która stanowi załącznik nr 2 do niniejszego modelu.

W oparciu o treści zawarte w poszczególnych modułach kształcenia, jak również biorąc pod uwagę liczbę godzin dydaktycznych, pracę własną słuchacza, jego zaangażowanie oraz dodatkowe zadania do wykonania, poszczególnym modułom przyporządkowano punkty ECTS:

|  |  |
| --- | --- |
| Moduł | Punkty ECTS |
| Prawno - Organizacyjny | 7 |
| Medyczny | 5 |
| Psychologiczny | 8 |
| Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Rynku Pracy | 3 |
| Zarządzania Procesem Rehabilitacji | 5 |
| Seminarium Dyplomowe | 2 |
| RAZEM | **30** |

# Metody realizacji zajęć na studiach podyplomowych

Formy i metody realizacji zajęć na studiach podyplomowych: wykład, konwersatorium, ćwiczenia, warsztat:

1. ***Case study –*** *praktyczne studium przypadku.* Metoda pracy inspirowana amerykańskimi *case study* adresowanymi do studentów oraz menedżerów uczelni biznesowych. 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 liderskie, związane z planowaniem i organizowaniem pracy własnej oraz zespołu. Ponadto podczas wykorzystywania *case study* może modyfikować treść oraz kontekst zadania, „dokładając” słuchaczom studiów instrukcje oraz nowe dane, w celu pogłębiania kompetencji związanych   
   z reagowaniem na sytuacje zmian oraz innowacji.
2. **Odgrywanie ról (*role play*) –** ćwiczenie możliwych sposób zachowania się i radzenia sobie w różnorodnych sytuacjach zawodowych, np. w relacji menedżera z członkami zespołu, z klientem, jego rodziną, współpracownikami. Metoda umożliwia szerokie spektrum możliwych wzorów zachowania do testowania i ćwiczenia podczas zajęć. 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, jakie są zasady udzielania konstruktywnej informacji zwrotnej. 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. Istotne jest także ustalenie zasad udzielania informacji zwrotnych – powinny one stanowić opis zachowania a nie ocenę jednostki, powinny być 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 wykorzystaniu tej metody   
   w pracy dydaktycznej można rozwijać kompetencje liderskie, 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, na przykład   
   w kontakcie z trudnym klientem czy też współpracownikiem. Studenci ćwiczą wówczas samodzielne podejmowanie decyzji oraz poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań napotkanych problemów oraz uczą się rozpoznawać, a także kontrolować własne reakcje emocjonalne.
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 zachęcane do eksploracji, szukania nowych rozwiązań,   
   a popełniane błędy są traktowane 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”, które przygotowane są 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 poszukają najlepszych rozwiązań. Następnie porządkują swoje refleksje w dyskusji, co służy lepszemu wykorzystaniu zdobytej wiedzy w praktyce; dzięki zmianie stolików, uczestnicy 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, zastosowane będą 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.).

# 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 eksternistyczne zaliczenie niektórych elementów modułów, przy jednoczesnym pogłębianiu tych obszarów, w których u danego studenta istnieją deficyty.

Z każdym słuchaczem zostanie podpisana umowa na realizację studiów podyplomowych. W umowie tej zostanie zawarte zobowiązanie do uczestnictwa w zajęciach na poziomie minimum 80% (wyłączając przypadki losowe, np. dłuższy pobyt w szpitalu).

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.

# 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 i usprawniania oraz 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 będzie posiadał 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.

# Samokształcenie – rozwój własny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją

Praca specjalisty do spraw zarządzania rehabilitacją wymaga dużej samodzielności, zaangażowania i umiejętności kierowania swoją aktywnością i samooceny. W codziennych zadaniach pracownik taki jest zdany na siebie, a wsparcie ze strony instytucji jest czasowo   
i organizacyjnie ograniczone. Dodatkowym wyzwaniem jest 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.

## Opracowanie planu rozwoju

Na początku studiów podyplomowych studenci otrzymają propozycję ustalenia indywidualnego planu rozwoju. Plan taki z założenia obejmowałby 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 w trakcie indywidualnej rozmowy.

## 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 niezadowalającym,
2. jako element wspierający opracowywanie pracy dyplomowej lub badań zaplanowanych w ramach programu studiów.

Wybór i zakres kierunku będzie zależał od samego studenta.

## 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, ich określanie zarówno u siebie jak i u klienta;
* utrzymywanie równowagi w zakresie pracy i aktywności poza nią.

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

## 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 *on-line* 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.

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 Zarzadzanie; 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.

*Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*, European Agency for Safety and Health at Work, Publications Office of the European Union, 2016.

*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., Makowska-Belta E., Ziewiec P., *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. z 2012, poz. 1169.

Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, tekst jednolity   
Dz.U. 2017 poz. 2336, (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 2225, (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 132.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 511.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 1383, (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. 2017 poz. 1773, (z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 1938, (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. z 2018 r. 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 niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w II kwartale 2017 r. 11](#_Toc516529951)

[Rysunek 2. Mapa Polski z podziałem na makroregiony – uczestnicy badania 21](#_Toc516529952)

[Rysunek 3. Ocena usług/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji 24](#_Toc516529953)

[Rysunek 4. Brak wsparcia w procesie powrotu do zdrowia 25](#_Toc516529954)

[Rysunek 5. Brak wsparcia w procesie powrotu do pracy 27](#_Toc516529955)

[Rysunek 6. Wskaźnik jakości życia i wskaźniki cząstkowe - średnia 30](#_Toc516529956)

[Rysunek 7. Mapa zależności pomiędzy wagą potrzeb, a rodzajem niepełnosprawności 32](#_Toc516529957)

[Rysunek 8. Komponenty profilu kompetencyjnego 52](#_Toc516529958)

[Tabela 1. Formy organizacji usług rehabilitacyjnych 22](#_Toc516529965)

[Tabela 2. Rodzaj otrzymanej usługi/wsparcia w procesie leczenia/rehabilitacji 23](#_Toc516529966)

[Tabela 3. Rodzaj wsparcia ze strony doradcy zawodowego 26](#_Toc516529967)

[Tabela 4. Rekomendowane kompetencje i oczekiwania w świetle badań osób niepełnosprawnych 29](#_Toc516529968)

[Tabela 5. Hierarchia potrzeb osób niepełnosprawnych ze względu na rodzaj niepełnosprawności (najważniejsze potrzeby wskazane spośród 20 kategorii potrzeb) 31](#_Toc516529969)

[Tabela 6. Kategorie potrzeb osób niepełnosprawnych zaspokojone w najmniejszym stopniu 33](#_Toc516529970)

# Załącznik nr 1 Organizacja systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce w odniesieniu do osób niepełnosprawnych

| 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 niepełnosprawnych | Rehabilitacja społeczna  i zawodowa osób niepełnosprawnych | Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych 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 LECZENIA UZDROWISKOWEGO  I REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ** | **ORZEKANIE  O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW POZARENTOWYCH** | **UPRAWNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH BEZROBOTNYCH LUB POSZUKUJĄCYCH PRACY** |
| ŚWIADCZENIA  Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY   1. Zasiłek chorobowy 2. Świadczenie rehabilitacyjne 3. Zasiłek wyrównawczy | **ŚWIADCZENIA  Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY  W GOSPODARSTWIE ROLNYM**  1. Zasiłek chorobowy | **RODZAJE ŚWIADCZEŃ:**   1. Wojskowa/policyjna renta inwalidzka wraz z dodatkami 2. Bezpłatne świadczenia lecznicze  i rehabilitacyjne oraz zaopatrzenia  w protezy ortopedyczne i środki pomocnicze 3. Świadczenia socjalne |  | **OBOWIĄZKI PRACODAWCY ZWIĄZANE  Z ZATRUDNIANIEM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**   1. Obowiązkowe wpłaty na PFRON 2. Obniżenie wpłat na PFRON | **JEDNORAZOWE ŚRODKI NA PODJĘCIE DZIAŁALNOŚCI** |
| ŚWIADCZENIA  Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO NA WYPADEK DŁUGOTRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY   1. Renta z tytułu niezdolności do pracy (stała/okresowa) 2. Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy 3. Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy 4. Renta szkoleniowa | **ŚWIADCZENIA  Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ROLNIKÓW NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**   1. Renta rolnicza  z tytułu niezdolności do pracy  w gospodarstwie rolnym (renta stała/okresowa) 2. Renta rolnicza szkoleniowa |  |  | **DOFINANSOWANIA DO WYNAGRODZEŃ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** |  |
| 1. PREWENCJA RENTOWA 2. Rehabilitacja lecznicza  w ramach prewencji rentowej ZUS 3. PREWENCJA WYPADKOWA | 1. **PREWENCJA RENTOWA KRUS**   Rehabilitacja lecznicza  w ramach prewencji rentowej KRUS   1. **PREWENCJA WYPADKOWA** |  |  | **DOFINANSOWANIE DO SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE DLA OSÓB PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ** |  |
| ŚWIADCZENIA  Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO  Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY  I CHORÓB ZAWODOWYCH   1. Zasiłek chorobowy 2. Zasiłek wyrównawczy 3. Jednorazowe odszkodowanie 4. Renta z tytułu niezdolności do pracy 5. Renta szkoleniowa 6. Dodatek pielęgnacyjny 7. Pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia  w przedmioty ortopedyczne | **ŚWIADCZENIA  Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO  Z TYTUŁU WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ I ROLNICZYCH CHORÓB ZAWODOWYCH**   1. Zasiłek chorobowy 2. Jednorazowe odszkodowanie  z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej |  |  | **ZAKŁADY AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ  I ZAKŁADY PRACY CHRONIONEJ** |  |
| RENTA SOCJALNA  - organem przyznającym  i wypłacającym renty socjalne jest właściwa jednostka organizacyjna ZUS |  |  |  | **POZOSTAŁE INSTRUMENTY WSPIERANIA AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**   * 1. Wyposażenie  i utworzenie nowego stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawne   2. Pomoc na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub wkład do spółdzielni socjalnej   3. Pomoc na adaptację pomieszczeń lub przystosowanie miejsca pracy dla osoby niepełnosprawnej   4. Pomoc na szkolenie osób niepełnosprawnych lub zatrudnienie pracownika pomagającego pracownikowi niepełnosprawnemu   5. Dofinansowanie do oprocentowania kredytów bankowych |  |
|  |  |  |  | **REHABILITACJA SPOŁECZNA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**   1. Warsztaty terapii zajęciowej 2. Turnusy rehabilitacyjne 3. Pilotażowy program „Aktywny samorząd” |  |

# Załącznik nr 2 Matryca efektów kształcenia

**STUDIA PODYPLOMOWE SPECJALISTA DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ  
MODUŁY KSZTAŁCENIA I PRZEDMIOTY**

| **ZAKŁADANE EFEKTY** | **Moduł Prawno-Organizacyjny (MPO)** | | | **Moduł Medyczny (MM)** | | | **Moduł Psychologiczny (MP)** | | | | **Moduł Rehabilitacja Zawodowa i Społeczna oraz Rynek Pracy (MRZS)** | | | **Moduł Zarządzania Procesem Rehabilitacji (MZPR)** | | | | **Moduł Seminarium** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podstawy systemowe rehabilitacji | Prawo zabezpieczenia społecznego, prawo administracyjne i cywilne | Prawo pracy | Propedeutyka anatomii, fizjologii i patofizjologii człowieka | Propedeutyka medycyny | Propedeutyka rehabilitacji medycznej | Psychologia kliniczna | Kompetencje interpersonalne | Stres i odporność psychiczna | Budowanie zespołu | Rehabilitacja zawodowa: wybrane zagadnienia | Rehabilitacja społeczna: wybrane zagadnienia | | Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja | Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją  i ocena sytuacji klienta | Metody pracy specjalisty ds. Zarządzania rehabilitacją II: planowanie, koordynacja  i ocena procesu | Dobre/złe praktyki  w rehabilitacji osób niepełnosprawnych |
| **WIEDZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K\_W01 | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W02 |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W03 |  |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W04 |  |  |  | x |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W05 |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W06 |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W07 |  |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W08 |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_W10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| K\_W11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| K\_W12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | x |  |  |  |  |
| K\_W13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | x |  |  |  |
| K\_W14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | x |  |  |
| K\_W15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | x |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K\_U01 | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U02 |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U03 |  |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U04 |  |  |  | x |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U05 |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U06 |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U07 |  |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U08 |  |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U09 |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_U10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| K\_U11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| K\_U12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | x |  |  |  |  |
| K\_U13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | x |  |  |  |
| K\_U14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | x |  |  |
| K\_U15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | x |  |
| K\_U16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | x |
| **KOMPETENCJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K\_K01 | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_K02 |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_K03 |  |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_K04 |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_K05 |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_K06 |  |  |  |  |  |  |  | x |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| K\_K07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| K\_K08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| K\_K09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | x |  |  |  |  |
| K\_K10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | x |  |  |  |
| K\_K11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | x |  |  |
| K\_K12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | x |  |
| **FORMA REALIZACJI ZAKŁADANYCH EFEKTÓW KSZTAŁCENIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykład | x |  |  | x | x | x | x |  |  |  |  | |  | x | x | x |  |  |
| Ćwiczenia |  |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Konwersatorium |  | x | x |  |  |  |  |  |  |  | x | | x |  |  |  |  |  |
| Seminarium |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | x |
| Hospitacje |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | x |  |
| Warsztat |  |  |  |  |  |  |  | x | x | x |  | |  |  | x | x |  |  |

# Załącznik nr 3 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; |
| **P7Z\_KW** | utrzymywania i tworzenia właściwych relacji w środowisku zawodowym; |
| **P7Z\_KO** | promowania kultury projakościowej 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 |

**ZAKŁADANE EFEKTY KSZTAŁCENIA PO UKOŃCZENIU STUDIÓW PODYPLOMOWYCH SPECJALISTA DS. ZARZĄDZANIA REHABILITACJĄ**

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

| **Efekt kształcenia** | **Opis efektu kształcenia** | **PRK\*** |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | | |
| K\_W01 | Nabywa ogólną wiedzę związaną z funkcjonowaniem systemu instytucjonalno-organizacyjnego w zakresie rehabilitacji; poznaje cele, pojęcia, instrumenty  i procedury działania w zakresie rehabilitacji. | P7Z\_WT  P7Z\_WO |
| K\_W02 | Nabywa podstawową wiedzę prawniczą w dziedzinach prawa odnoszących się do rehabilitacji; poznaje poszczególne rozwiązania prawne w zakresie funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia, prawa  i postępowania administracyjnego, prawa cywilnego.  Zna uprawnienia i obowiązki osób z niepełnosprawnością.  Poznaje orzecznictwo sądowe, stanowiska organów państwowych  i wypowiedzi doktryny. | 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 |
| 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 na temat 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 |
| **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, przygotowywania 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 faktycznych, 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 |
| 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 |
| 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 |
| **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 prawa zabezpieczenia społecznego, administracyjnego i cywilnego, i dzieli się tą 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 tą wiedzą 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 |
| 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 kształcenia

W - kategoria - wiedza

U - kategoria - umiejętności

K (po podkreśleniu) – kategoria - kompetencje społeczne

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

# Załącznik nr 4 Kwestionariusz rozmowy kwalifikacyjnej (przykładowy)

**Kwestionariusz rozmowy kwalifikacyjnej**

**– pytania kierowane do kandydatów/kandydatek**

**na Studia Podyplomowe: Specjalista ds. zarzadzania rehabilitacją**

Imię i nazwisko kandydata/kandydatki .........................................................

Data spotkania: ..........................................................................................

1. Proszę opisać Pana/i dotychczasowe doświadczenia w pracy z ludźmi (zawodowe/wolontariat).
2. Czym dokładnie Pan/i się zajmował/a? Jaki był Pan/i zakres zadań?
3. Jakie są Pana/i mocne strony, atuty, które są potrzebne w pracy z osobami   
   z niepełnosprawnością i które wyróżniają Pana/ią wśród innych kandydatów?
4. Dlaczego chce Pan/i podjąć te studia? Które Pana/i kompetencje szczególnie predysponują do zarządzania procesem rehabilitacji i dlaczego? W jaki sposób będzie Pan/i mógł/a je wykorzystać?
5. Jakie zadania – według Pana/i oceny – realizuje się w procesie zarządzania rehabilitacją?
6. Jakie zadania chciałby/ałaby Pan/i realizować i jakie funkcje podejmować w pracy polegającej na zarządzaniu procesem rehabilitacji?
7. Co może sprawić Panu/i największą satysfakcję w pracy, która polega na organizowaniu procesu rehabilitacji?
8. Co dla Pana/i może być największą trudnością/zagrożeniem w tej pracy? Jak chce Pan/i sobie z tym poradzić?
9. Czego Pan/i oczekuje od tych studiów podyplomowych? Czego Pan/i chce się nauczyć?

# Załącznik nr 5 Arkusz kompetencji dla kandydatów na studia (przykładowy)

**Studia Podyplomowe Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją**

**Arkusz kompetencji dla kandydatów/kandydatek na studia**

Imię i nazwisko kandydata/kandydatki ............................................................

Data wypełnienia: ..........................................................................................

*Szanowni Państwo*,

poniżej znajduje się zestaw różnorodnych pytań - otwartych oraz zamkniętych, a także krótkie zadania problemowe . Proszę przeczytać uważnie każde z pytań. Dotyczą one Państwa umiejętności, predyspozycji oraz zainteresowań związanych ze studiami podyplomowymi, na które aplikujecie. Prosimy o szczere oraz konkretne odpowiedzi.

**Część I. Pytania otwarte (max limit wyrazów na jedno pytanie – 300)**

10 pytań z punktacją od 0 – 5 (max. liczba punktów za pytania otwarte wynosi 50)

1. Czy kiedykolwiek miałeś/aś kontakt, opiekowałeś się lub współpracowałeś z osobą niepełnosprawną? Jeżeli tak, proszę opisać te doświadczenia, zakres współpracy oraz ich efekty?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Z osobą z jakim rodzajem niepełnosprawności nie chciałbyś/ałabyś pracować lub jaki rodzaj niepełnosprawności byłby dla Ciebie dużą trudnością? Odpowiedź proszę uzasadnij.

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy doświadczyłeś/aś kiedykolwiek sytuacji trudnej w pracy lub podczas nauki na studiach, która wymagała podjęcia natychmiastowych i zdecydowanych działań oraz poradzenia sobie z problemem? Proszę opisać tę sytuację oraz sposób, w jaki rozwiązałeś/aś problem? Jakie były działania, które zostały podjęte?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Jaki typ sytuacji uważasz za trudny i obciążający dla Ciebie? Proszę podać przykłady oraz opisać, w jaki sposób radzisz sobie ze stresem?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Proszę opisać własne doświadczenie (np. zawodowe - projekt), które wymagało podjęcia równoległych działań i sprawnej organizacji pracy (np. ustalania priorytetów). Proszę opisać, jak sobie poradziłeś/aś?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Co jest dla Ciebie ważne podczas współpracy? Proszę opisać wybrane działanie we współpracy z innymi – czego dotyczyło, jak przebiegała współpraca, na czym polegała Twoja rola?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Proszę podać przykład niepowodzenia (porażki), której doświadczyłeś/aś oraz sposobu poradzenia sobie w tej sytuacji? Jakie były konsekwencje tego zdarzenia? Jak skończyła się dla Ciebie ta sytuacja?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Przedstaw i uzasadnij, jakie są Twoje mocne strony, co Ciebie wyróżnia i jest zaletą przydatną w pracy zawodowej? Jakie dostrzegasz obszary do dalszego rozwoju osobistego oraz zawodowego?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Jak uważasz, które z Twoich predyspozycji oraz umiejętności mogą być przydatne podczas pracy z osobami, które doświadczają różnego rodzaju niepełnosprawności? Dlaczego tak uważasz?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Jakimi umiejętnościami oraz cechami powinien się - Twoim zdaniem - wyróżniać specjalista ds. zarządzania rehabilitacją?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Część II. Pytania zamknięte**

max. liczba punktów za pytania zamknięte wynosi 10 (2 x 5 punktów)

* + - 1. Wybierz z podanego katalogu, co jest niewskazane we współpracy z osobą   
         z niepełnosprawnością. Można wskazać więcej niż jedną odpowiedź:
* nadmierne skracania dystansu, zwłaszcza na początkowym etapie znajomości,
* zwracanie szczególnej uwagi na niepełnosprawność, eksponowanie niepełnosprawności, ograniczeń i trudności,
* litowanie się, użalenie nad niepełnosprawnością,
* wyręczanie osoby z niepełnosprawnością,
* nadmierne próby zaprzyjaźniania się oraz budowania kontaktu emocjonalnego,
* ograniczanie odpowiedzialności osoby z niepełnosprawnością   
  poprzez projektowanie/podejmowanie decyzji, dokonywanie wyborów, przedstawianie pomysłów działań, które sami uważamy za korzystne i odpowiednie.
  + - 1. Wybierz z podanego katalogu, co jest najbardziej wskazane we współpracy z osobą   
         z niepełnosprawnością. Można wskazać więcej niż jedną odpowiedź:
* przestrzeganie zasady poufności,
* rozpoznawanie możliwości danej osoby,
* poszanowanie prawa do godnego traktowania,
* poszanowanie indywidualności i akceptacja ograniczeń,
* prawość i odpowiedzialność w relacji,
* przestrzeganie zasady wzmacniania (empowerment) kompetencji i możliwości rozwojowych.

**Część III. Pytania zamknięte – proszę wskazać tylko jedną odpowiedź, tę która najbardziej do Pana/Pani pasuje**

max. liczba punktów 9

1. Kiedy zadanie, projekt, aktywność wymaga zaangażowania większej liczby osób niż tylko Twojej pracy:
2. poszukuję wsparcia innych, ale dopiero wtedy, gdy nie mogę sobie poradzić samodzielnie,
3. nie lubię sytuacji, w których moje działanie opiera się o współpracę z innymi oraz zależy od ich zaangażowania,
4. wolę pracować w zespole, nawet jeżeli oznacza to poszukiwanie kompromisów oraz rozwiązywanie ewentualnych konfliktów, ponieważ w wielu złożonych sytuacjach jest to skuteczniejsze, niż praca indywidulna,
5. godzenie odmiennych perspektyw i pomysłów innych ludzi jest dla mnie realną trudnością.
6. Podczas pracy w grupie osób o odmiennych doświadczeniach, zawodach oraz kompetencjach:
7. będzie mi trudniej skutecznie porozumiewać się z bardzo odmiennymi ode mnie osobami,
8. mam dużą łatwość w nawiązywaniu nowych kontaktów, dlatego szybko buduję relacje z ludźmi,
9. potrafię współpracować w zespole, ale stresuje mnie aktywność w tak zróżnicowanym zespole,
10. lubię kontakty z osobami znacznie różniącymi się ode mnie, dobrze mi wychodzi negocjowanie oraz poszukiwanie wspólnych rozwiązań.
11. Kiedy spotyka mnie niespodziewana i nagła sytuacja trudna:
12. z trudem uspokajam się i dochodzę do siebie, bo bardzo wszystko przeżywam,
13. z reguły najpierw staram się przemyśleć sytuację, a potem podjąć działanie,
14. staram się rozwiązać problem, ale długo przeżywam i rozpamiętują trudności,
15. bardzo trudno jest wyprowadzić mnie z równowagi i zakłócić moje poczucie pewności siebie.

**Część IV. Zadanie problemowe**

Max. liczba 31 punktów

**Prosimy o dokładne zapoznanie się z historią przedstawioną poniżej oraz zaproponowanie adekwatnych - Twoim zdaniem - rozwiązań dla tej sytuacji. Maksymalna liczba wyrazów – 500.**

*Wyobraź sobie, że jest dzień 09.06.2019. Niedziela, wczesnym rankiem. Właśnie wybierasz się na ostatni zjazd na studiach podyplomowych: „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”, który odbywa się w Uczelni. Podczas tego zjazdu czeka Ciebie oraz całą grupę dawno już zaplanowany egzamin – prezentacja pracy Twojej grupy przed wykładowcą oraz na forum pozostałych studentów. Mimo tego, że znasz całą grupę oraz wykładowców masz lekką tremę.*

*Twoja 3-osobowa grupa przygotowała pracę dyplomową o aktywizacji zawodowej osób po wypadkach w miejscach pracy. Pracowaliście wspólnie długo. Uważasz, że jest bardzo dobrze przygotowana - razem z Elżbietą oraz Władkiem poświęciliście dużo czasu na zebranie materiałów, aktualnych danych oraz opracowanie treningu wzmacniającego zasoby potencjalnych podopiecznych. Masz wrażenie, że Twój wkład w pracę grupy był największy, ale z całej trójki to Elżbieta jest tą najbardziej przebojową osobą, bez tremy i stresu przed wystąpieniami publicznymi.*

*Wstałeś/aś wcześnie rano, bo o 9.00 zaczyna się egzamin, a musisz jeszcze dojechać 35 km. Nie wiadomo, jaka sytuacja na drodze i w Twojej okolicy, więc postanawiasz wyruszyć już o 8 rano.*

*Aktualnie jest 6.30*

*Jak zwykle…. masz się zbierać, zjeść spokojnie śniadanie, spakować się na egzamin, a tutaj domowy armagedon. Twoja/twój partnerka/partner jest na zagranicznej konferencji, z której wraca dopiero we wtorek. W ostatnich dniach pomaga Tobie oraz dwójce Waszych dzieci teściowa oraz niania, która zostaje z młodszym synem. No właśnie…. Mały budzi się   
z temperaturą oraz silnym katarem. Zaczynasz od podania leków oraz szukania we wszystkich szafach inhalatora….Gdzie on może być? Dzwonisz do teściowej, ale nie odbiera. Martwisz się, co zrobić - w końcu gorączka to problem, a Ty wrócisz dopiero wieczorem. Nagle zaskakuje Ciebie sms od Elżbiety, nie dojedzie na zjazd, biegła na pociąg i upadła przed domem. Chyba złamała nogę! Na dodatek miała wydrukowane dodatkowe materiały do rozdania w grupie. Obiecuje, że szybko wyśle Ci na maila, ale….przecież w domu nie masz drukarki. A Władek? Władek już wyjechał z domu, w końcu ma najdalej na Uczelnię…. Teściowa wysyła smsa, że już jedzie, ale wczorajsza burza zrobiła ogromne spustoszenie   
w okolicy, niektóre drogi są nieprzejezdne.*

*Władek nie odbiera telefonu….Za to partnerka/partner prosi mailowo o to, abyś w ciągu dnia kupił jej bilet na wcześniejszy samolot. Obiecałeś, że załatwisz to zdalnie.*

*Niestety, z domu wychodzisz dopiero o 8.25. Właściwie wybiegasz, bo jesteś już spóźniony/a. Starasz się w czasie jazdy autem powtarzać wystąpienie i przypomnieć sobie, co miała przedstawić Elżbieta.*

*Kiedy wbiegasz na Uczelnię jest 9.15. Egzamin już się zaczął. Właściwie wszystko byłoby ok, gdyby nie to, że….. Władek zgłosił Waszą grupę jako drugą w kolejności, a Ty zauważasz, że z tego wszystkiego nie zabrałeś laptopa z domu. Na pewno został w korytarzu, kiedy żegnałeś się z córką i jeszcze wyprowadzałeś psa przed wyjazdem z domu. Nie ma dokumentów, które miałeś donieść do sekretariatu przed obroną, prezentacji oraz ściągawki, którą sobie przygotowałeś. Nerwowo rozglądasz się po sali, kiedy zauważasz nagle smsa od teściowej, że z dzieckiem jest gorzej, a temperatura nie spada. Babcia bardzo się denerwuje, nie wie, co ma robić. Nie ma samochodu ani prawa jazdy, więc samodzielnie nie dojedzie   
z wnuczkiem do szpitala. Starsza córka w wieku wczesnoszkolnym jest zdrowa i czeka na godz. 12, ponieważ wtedy wybiera się na urodziny swojej bliskiej przyjaciółki.*

*Postanawiasz na sekundę wyjść z sali do samochodu, sądzisz, że może chociaż teczka   
z wydrukiem prezentacji została w bagażniku. Wymykasz się po cichu z sali, ale na parkingu okazuje się, że …..zatrzasnąłeś kluczyki, kiedy spieszyłeś się na rozpoczęcie zjazdu. Nie masz możliwości dostania się do samochodu. Za kilka minut pierwszy zespół kończy swoje wystąpienie. Po 5 minutowej przerwie jest kolej na Twoją grupę. Co robisz?*

**Prosimy o nakreślenie planu działania - jak poradzić sobie w takiej sytuacji?**

# Załącznik nr 6 Wzór pełnomocnictwa

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja, **Imię/Imiona**:………………………………………………. **Nazwisko**:……………………………………..………….

**Adres**: ul. ……………………………………………..….………, nr domu: ………., nr mieszkania: ….…………...

kod pocztowy: …... - …….….., miejscowość: ………………………………..……………………………………..…

**PESEL:** ……………………………….………… **SERIA I NR DOWODU:** …………………………..……….............

*wypełnić w przypadku, gdy dokument podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny*

zastępując ubezwłasnowolnionego całkowicie

**Imię/Imiona**:…………………………………….…………….. **Nazwisko**:………………………………………………..

**Adres**: ul. ……………………………………………..….………, nr domu: ………., nr mieszkania: ….…………...

kod pocztowy: …... - …….….., miejscowość: ………………………………..……………………………………..…

**PESEL:** ……………………………….………… **SERIA I NR DOWODU:** …………………………..……….............

udzielam pełnomocnictwa Panu …………………………………….…….PESEL:………………………………………

seria i nr dowodu…………………………..reprezentującemu  **instytucję**……………………………..z siedzibąw Warszawie 00-000, przy ul. Sasankowa 01, NIP 999999999999999, do reprezentowania mnie przed organami administracji publicznej i innymi instytucjami   
w sprawach związanych z procesem mojej rehabilitacji, w szczególności do:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(specyfikacja działań, do których podejmowania upoważnia się specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją).*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Pana …………………………….moich danych osobowych dla celów związanych z zarządzaniem procesem mojej rehabilitacji.

……………………………………………………

*miejscowość, data i czytelny podpis*

# Załącznik nr 7 Wzór pełnomocnictwa (dokumentacja medyczna)

**PEŁNOMOCNICTWO**

(dokumentacja medyczna)

Ja, **Imię/Imiona**:………………………………………………. **Nazwisko**:……………………………………..………….

**Adres**: ul. ……………………………………………..….………, nr domu: ………., nr mieszkania: ….…………...

kod pocztowy: …... - …….….., miejscowość: ………………………………..……………………………………..…

**PESEL:** ……………………………….………… **SERIA I NR DOWODU:** …………………………..……….............

*wypełnić w przypadku, gdy dokument podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny*

zastępując ubezwłasnowolnionego całkowicie

**Imię/Imiona**:…………………………………….…………….. **Nazwisko**:………………………………………………..

**Adres**: ul. ……………………………………………..….………, nr domu: ………., nr mieszkania: ….…………...

kod pocztowy: …... - …….….., miejscowość: ………………………………..……………………………………..…

**PESEL:** ……………………………….………… **SERIA I NR DOWODU:** …………………………..……….............

udzielam pełnomocnictwa Panu …………………………………….…….PESEL:………………………………………

seria i nr dowodu…………………………..reprezentującemu  **instytucję**……………………………..z siedzibąw Warszawie 00-000, ul. Sasankowa 01, NIP 999999999999999, do uzyskiwania wszelkich informacji i dokumentów medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia,   
w szczególności oryginałów, odpisów i kopii protokołów, oświadczeń i opinii lekarskich, kart informacyjnych, historii choroby, itp.

Ponadto oświadczam, iż zwalniam z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej wszystkie jednostki medyczne, zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy prowadzących leczenie oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny, sprawujących opiekę medyczną nade mną w Polsce lub za granicą.

……………………………………………………………… *miejscowość, data i czytelny podpis*

1. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). [↑](#footnote-ref-1)
2. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Art. 1 (Dz. U. z 2012, poz. 1169). [↑](#footnote-ref-2)
3. Za Światową Organizacją Zdrowia (WHO). [↑](#footnote-ref-3)
4. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT> z dn. 06.12.2017. [↑](#footnote-ref-4)
5. *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*, European Agency for Safety and Health at Work, Publications Office of the European Union, 2016. [↑](#footnote-ref-5)
6. (kobiety –wiek 18-59, mężczyźni – wiek 18-64) [↑](#footnote-ref-6)
7. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Employment\_statistics/pl [↑](#footnote-ref-7)
8. *European Union Labour Force Survey 2011, Eurostat 2011* http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\_dlm010&lang=en [↑](#footnote-ref-8)
9. Opracowano na podstawie: *Wypadki przy pracy w 2016*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017,. str. 1-26. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1773, z późn.zm.). [↑](#footnote-ref-10)
11. Trzeba nadmienić, że aktualnie trwają prace zespołu międzyresortowego nad reformą systemu orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. [↑](#footnote-ref-11)
12. Tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 1383, (z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-12)
13. Tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 2336, (z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-13)
14. Tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 2225, (z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-14)
15. Tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 132. [↑](#footnote-ref-15)
16. Tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 511. [↑](#footnote-ref-16)
17. Tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 1938, (z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-17)
18. Badanie *Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją*, PFRON, Warszawa 2018, Tabela nr 8, s. 34. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ibid., Tabela nr 8, s. 39. [↑](#footnote-ref-19)
20. Ibid., s. 59. [↑](#footnote-ref-20)
21. Ibid., Tabela nr 9, s. 40. [↑](#footnote-ref-21)
22. Ibid., Rysunek nr 12, s. 42. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ibid., Tabela nr 22, s. 56. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ibid., s. 60. [↑](#footnote-ref-24)
25. Ibid., s. 60. [↑](#footnote-ref-25)
26. Ibid., s. 61. [↑](#footnote-ref-26)
27. Ibid., Tabela nr 14, s. 50. [↑](#footnote-ref-27)
28. Ibid., s. 52. [↑](#footnote-ref-28)
29. Ibid., s. 62. [↑](#footnote-ref-29)
30. Ibid., s. 57. [↑](#footnote-ref-30)
31. Ibid., Rysunek 23 s. 57. [↑](#footnote-ref-31)
32. Ibid., s. 57. [↑](#footnote-ref-32)
33. Ibid., s. 62. [↑](#footnote-ref-33)
34. Ibid., s. 58. [↑](#footnote-ref-34)
35. Sochańska-Kawiecka M., Kołakowska-Seroczyńska Z., Zielińska D., Makowska-Belta E., Ziewiec P., *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. [↑](#footnote-ref-35)
36. Ibid., Tabela 5, s.76.

    Ibid., s.227. [↑](#footnote-ref-36)
37. Ibid., Rysunek 35, s. 75. [↑](#footnote-ref-37)
38. Ibid., s. 74. [↑](#footnote-ref-38)
39. Ibid., s. 74. [↑](#footnote-ref-39)
40. Ibid., s.234. [↑](#footnote-ref-40)
41. *Konzept für die Einweisung und Fortbildung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund*, źródło: DGUV, 2012, str. 2 i n. [↑](#footnote-ref-41)
42. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, *Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager*, 2012. [↑](#footnote-ref-42)
43. *Konzept für die Einweisung(…)*, str. 3 i n. [↑](#footnote-ref-43)
44. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden*, 2010, str. 5. [↑](#footnote-ref-44)
45. Ibid., str. 7 i n. [↑](#footnote-ref-45)
46. Ibid., str. 14. [↑](#footnote-ref-46)
47. Tekst jednolity Dz. U. 2017 poz. 1318, (z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-47)
48. Stosowne oświadczenia klienta wymienione w pkt 2 i 3 mogą zostać zawarte w jednym dokumencie. Zob. załącznik nr 7 „Pełnomocnictwo (dokumentacja medyczna)”. [↑](#footnote-ref-48)
49. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1. [↑](#footnote-ref-49)
50. Dz.U. 2018 poz. 227. [↑](#footnote-ref-50)
51. http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci [↑](#footnote-ref-51)
52. Walkowiak R., *Model kompetencji menedżerskich organizacji samorządowych*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2004. [↑](#footnote-ref-52)
53. Kossowska M., Sołtysińska I., *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*,, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 14. [↑](#footnote-ref-53)
54. Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 25. [↑](#footnote-ref-54)
55. Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami perspektywa firmowa i osobista*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-55)
56. Barona-Cohen S., *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*, Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2014, s. 10. [↑](#footnote-ref-56)
57. Matczak A., Knopp K. A. *Znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka*, Liberi Libri, Warszawa 2013. [↑](#footnote-ref-57)
58. Sidor-Rządkowska M., *Op. cit.,* s. 239. [↑](#footnote-ref-58)
59. Ibid., s. 238. [↑](#footnote-ref-59)
60. Siuta J. *Inwentarz Osobowości* *NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006. [↑](#footnote-ref-60)
61. Bartram D., Coyne I, *Międzynarodowe wytyczne dotyczące komputerowych i internetowych badań testowych,* tłum. Szustrowa T., Pracownia Testów Psychologicznych PTP. [↑](#footnote-ref-61)
62. Sidor-Rządkowska M., *Op. cit.*, s. 241. [↑](#footnote-ref-62)
63. Król-Fijewska M., *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa, 2012. [↑](#footnote-ref-63)
64. Whitmore J., *Coaching. Trening efektywności*, tłum. Sobczak M., Wydawnictwo Burda Publishing Polska, Warszawa 2011. [↑](#footnote-ref-64)
65. Filipowicz G., *Op. cit.* [↑](#footnote-ref-65)