



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Wdrożenie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – rekomendacje

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

Publikacja jest bezpłatna

Wydawca: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ISBN 978-83-942149-5-1

Korekta językowa: Izabela Gorzkowska

Opracowanie graficzne, skład i łamanie: Edyta Wojciechowska-Jadczak

Spis treści

**Zbiór dobrych praktyk
w zakresie kształcenia specjalistów
ds. zarządzania rehabilitacją 5**

**Studia podyplomowe
„Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” 53**

**Raport – Wdrożenie specjalistycznej ścieżki kształcenia i rozwoju zawodowego
specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją 71**

**Zbiór dobrych praktyk
w zakresie kształcenia specjalistów
ds. zarządzania rehabilitacją**

Spis treści

Wstęp 8

I Dobra praktyka w zakresie doboru i oceny kadry akademickiej 10

1. Cel dobrej praktyki 12
2. Opis dobrej praktyki 12
3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki 16
4. Korzyści z zastosowania praktyki 17
5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka) 18

II Dobra praktyka w zakresie zdalnego nauczania na studiach podyplomowych 19

1. Cel dobrej praktyki 19
2. Opis dobrej praktyki 20
3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki 27
4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki 28
5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki 28

III Dobra praktyka w zakresie przygotowania członków komisji rekrutacyjnych 30

1. Cel dobrej praktyki 30
2. Opis dobrej praktyki 31
3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki 34
4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki 35
5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka) 36

IV Organizowanie spotkań studentów z osobami z niepełnosprawnością oraz przedstawicielami ich środowiska jako dobra praktyka w realizacji procesu kształcenia 37

1. Cel dobrej praktyki 37
2. Opis dobrej praktyki 37
3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki 40
4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki 41
5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka) 42

V Dobra praktyka w zakresie organizacji spotkań studentów ze specjalistami ds. zarządzania rehabilitacją 44

1. Cel dobrej praktyki 44
2. Opis dobrej praktyki 45
3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki 48
4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki 49
5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka) 50

Podsumowanie 51

Bibliografia 52

Wstęp

Jednym z najistotniejszych wyzwań stojących przed władzami uczelni wyższych jest podnoszenie i utrzymanie na wysokim poziomie jakości kształcenia. W tym kontekście niezwykle ważne jest doskonalenie standardów w zakresie prowadzonej przez szkoły wyższe działalności edukacyjnej. Istotne jest zatem systematyczne monitorowanie poszczególnych procesów pośrednio i bezpośrednio związanych z nauczaniem, tj. przede wszystkim dotyczących zasad rekrutacji studentów, doboru kadry akademickiej, form i metod kształcenia, oceny efektów uczenia się oraz innych działań o charakterze administracyjno-organizacyjnym. Ważne jest także doskonalenie tych procesów poprzez wdrażanie dobrych praktyk zidentyfikowanych w ramach danej uczelni lub udostępnionych przez inne podmioty działające w obszarze szkolnictwa wyższego. Dobre praktyki coraz chętniej wykorzystywane są we wszystkich sferach życia społecznego i gospodarczego jako niezwykle skuteczne narzędzie podnoszenia jakości. Dobra praktyka to działanie przynoszące konkretne i pozytywne rezultaty oraz zawierające w sobie pewien potencjał innowacyjności. Jest ono trwałe i powtarzalne oraz możliwe do zastosowania w podobnych warunkach w innym miejscu lub przez inne podmioty¹.

Dobra praktyka, która może zostać z korzyścią zaadaptowana, powinna spełniać określone kryteria. Analiza literatury przedmiotu wskazuje m.in. na jej następujące cechy²:

- **innowacyjność** – wdrożenie nowatorskiego produktu lub udoskonalenie określonego procesu poprzez zastosowanie nowego lub istotnie ulepszona rozwiązania,
- **uniwersalność** – możliwość zastosowania rozwiązania w warunkach zbliżonych do pierwowzoru lub przez inne podmioty,
- **skuteczność** – osiągnięcie zamierzonych rezultatów,
- **wydajność** – ocena stopnia wykorzystania zasobów, w tym m.in. ludzkich, finansowych, technicznych.

¹ Bednarek M., *Doskonalenie systemów zarządzania: nowa droga do przedsiębiorstwa lean*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007, s. 161.

² https://mfiles.pl/pl/index.php/Dobre_praktyki [dostęp 10-09-2020].

W niniejszym opracowaniu przedstawiono zbiór dobrych praktyk dotyczących kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją na podstawie modelu kształcenia opracowanego w trakcie realizacji projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”. Każda z zaproponowanych praktyk została opisana wg jednolitego wzorca uwzględniającego:

- 1) nazwę dobrej praktyki,
- 2) cel dobrej praktyki,
- 3) opis dobrej praktyki,
- 4) cechy/wyznaczniki dobrej praktyki,
- 5) korzyści z zastosowania dobrej praktyki,
- 6) trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka).

I Dobra praktyka w zakresie doboru i oceny kadry akademickiej

mgr Marzena Winiarska, Uniwersytet Warszawski

Kluczowym elementem dla zapewnienia wysokiej jakości kształcenia studentów był odpowiedni dobór nauczycieli akademickich oraz innych wykładowców prowadzących zajęcia. To władze każdej uczelni odpowiadają za utrzymanie standardów jakości dotyczących nauczania. W związku z tym proces naboru posiadał zwykle specjalną procedurę określającą zasady postępowania oraz kształtowania wymagań w odniesieniu do pracowników grupy badawczo-dydaktycznej i dydaktycznej dla danego kierunku studiów. W przypadku studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”, oprócz konieczności potwierdzenia wymagań formalnych – tj. stwierdzenia adekwatności posiadanych przez daną osobę kompetencji (stopnia i dorobku naukowego) oraz doświadczenia (w szczególności w zakresie wiedzy w danym obszarze), zasadne było przedstawienie przyszłej kadrze roli i wyzwań, przed którymi stanie w przyszłości absolwent ww. studiów.

Każda z czterech uczelni uczestniczących w projekcie „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” posiadała sformalizowaną ścieżkę oceny swojej kadry akademickiej, pozwalającą przede wszystkim na: weryfikację osiągnięć naukowych, dydaktycznych i organizacyjnych pracowników naukowo-dydaktycznych, uzyskanie informacji na temat obszarów wymagających wsparcia przełożonych, promowanie i nagradzanie nauczycieli o szczególnych osiągnięciach oraz dostarczenie danych do prowadzenia skutecznej polityki kadrowej.

W ramach oceny ze strony władz uczelni brano pod uwagę takie aspekty³, jak:

1) osiągnięcia naukowe, w tym:

- publikacje naukowe,
- działalność innowacyjną i praktyczne efekty badań,
- udział w projektach naukowych,

³ Opracowano w oparciu o Zarządzenie nr 33 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 20 lutego 2020 r. w sprawie określenia trybu, zasad i kryteriów oceny okresowej nauczycieli akademickich.

- udział w postępowaniach w sprawie o nadanie stopni naukowych lub tytułu profesora,
- recenzowanie projektów i prac naukowych,
- udział w konferencjach, sympojach, sesjach naukowych, seminariach,
- stypendia naukowe i staże naukowe,
- udział w kolegiach redakcyjnych czasopism naukowych krajowych i zagranicznych, serii wydawniczych, pełnienie funkcji redaktorów naczelnych czasopism naukowych,
- członkostwo w krajowych i międzynarodowych zespołach eksperckich,
- nagrody i wyróżnienia za pracę naukową,
- działalność popularyzatorską,

2) osiągnięcia dydaktyczne, w tym:

- udział w kształceniu studentów, doktorantów oraz innych uczestników studiów i kursów prowadzonych przez uczelnię,
- liczbę wypromowanych doktorów, magistrów, inżynierów i licencjatów,
- opiekę nad studentami (tutoring, organizowanie praktyk),
- zajęcia i staże dydaktyczne w innych ośrodkach naukowych w kraju i za granicą,

3) pozostałe osiągnięcia:

- organizacyjne – np. doświadczenie w organizacji procesu dydaktycznego, funkcje pełnione na uczelni oraz w krajowych i międzynarodowych towarzystwach, organizacjach i instytucjach naukowych lub artystycznych,
- podnoszenie kompetencji zawodowych – np. zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy, w tym na studiach wyższych lub w szkole doktorskiej, rozwój kompetencji naukowych, uczestnictwo w stażach dydaktycznych i rozwój kompetencji dydaktycznych, kursy, szkolenia, warsztaty,

4) przestrzeganie przepisów o prawie autorskim i prawach pokrewnych, a także własności przemysłowej.

Bardzo istotnym, dodatkowym źródłem informacji na temat pracy dydaktycznej nauczyciela akademickiego była ocena ze strony studentów. Stanowiła ona ważne kryterium w procesie doskonalenia jakości kształcenia. Szczególnie przydatna okazywała się także z perspektywy samej osoby ocenianej, dając impuls do osobistej refleksji i inspiracji w zakresie doskonalenia określonych umiejętności, ważnych w procesie nauczania. Ocena ta była istotna zwłaszcza

w sytuacji współpracy z wykładowcami spoza uczelni, którzy nie byli nauczycielami akademickimi. W trakcie realizacji zajęć ze studentami w ramach projektu angażowano bowiem także osoby, które nie posiadały dorobku naukowego, ale dysponowały wiedzą konieczną do przeprowadzenia zajęć z danego obszaru tematycznego.

1. Cel dobrej praktyki

Głównym celem dobrej praktyki w zakresie doboru i oceny wykładowców było utrzymywanie i monitorowanie jakości kształcenia na studiach podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” poprzez:

- 1) zaprezentowanie nowym wykładowcom programu i tematyki zajęć określonych w Modelu⁴ przez pryzmat profilu kompetencyjnego oraz zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w procesie kompleksowej rehabilitacji ku aktywizacji osoby z niepełnosprawnością,
- 2) ocenę wykładowców przez studentów pod kątem ich predyspozycji do prowadzenia zajęć, umiejętność komunikacji i budowania relacji ze słuchaczami. Wskazana ocena miała oczywiście znamiona subiektywizmu, jednak pozwoliła na zebranie dodatkowych informacji potrzebnych do udoskonalania procesu nauczania.

2. Opis dobrej praktyki

a) Dobór kadry akademickiej

Za prawidłową obsadę kadrową zajęć dydaktycznych odpowiadał opiekun merytoryczny studiów (kierownik studiów). Wykładowców do realizacji pilotażu studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” rekrutowano głównie spośród kadry akademickiej danej uczelni. W nielicznych przypadkach zajęcia prowadzili nauczyciele akademicy pochodzący z innej uczelni (np. Akademia Wychowania Fizycznego) oraz wykładowcy zewnętrzni. Działo się tak, gdy na uczelni brakowało specjalistów odpowiednio przygotowanych do prowadzenia zajęć np. z modułu medycznego (Uniwersytet Warszawski,

⁴ Ilekroć w opracowaniu jest mowa o Modelu, należy przez to rozumieć: „Model Kształcenia – Studia Podyplomowe, Specjalista ds. Zarządzania Rehabilitacją”, opracowany 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.

Uniwersytet Wrocławski) lub zajęć z modułu rehabilitacji zawodowej i społecznej (wszystkie uczelnie).

Opiekun merytoryczny studiów przy doborze kadry kierował się następującymi kryteriami:

- dorobek naukowy nauczyciela akademickiego/wykładowcy z treściami zajęć z danego przedmiotu ujętego w programie studiów (w przypadku wykładowców z uczelni),
- doświadczenie zawodowe odpowiadające specyfice studiów,
- kompetencje dydaktyczne,
- posiadanie przez kandydata minimum stopnia doktora – w przypadku doboru nauczycieli akademickich, pod których kierunkiem słuchacze będą pisać prace dyplomowe,
- stosowane techniki nauczania, w tym umiejętność prowadzenia zajęć warsztatowych.

Po zakwalifikowaniu nauczycieli akademickich i wykładowców zewnętrznych, spełniających powyższe kryteria i wyrażających gotowość podjęcia pracy w projekcie, kierownik studiów zapraszał na spotkanie, w trakcie którego przedstawiał najistotniejsze informacje dotyczące realizacji nowego kierunku studiów, tj.:

- ideę zarządzania rehabilitacją,
- zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w odniesieniu do procesu koordynacji działań o charakterze medycznym, psychologicznym, społecznym i zawodowym, składających się na rehabilitację kompleksową,
- profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją,
- ogólne założenia program studiów,
- sylabusy danego przedmiotu wraz z ogólnym omówieniem treści programowych zajęć,
- wymagania w zakresie efektów kształcenia, które powinien spełniać słuchacz studiów po zakończeniu cyklu zajęć.

Przekazywane treści najczęściej odbywały się w formie prezentacji. W trakcie spotkania przewidziano czas na zadawanie pytań oraz dyskusję.

Kolejny etap kwalifikacji stanowiły spotkania kadry dydaktycznej z czterech ośrodków akademickich biorących udział w projekcie, podczas których przedstawiono treści każdego modułu wraz z omówieniem sylabusów i metod realizacji zajęć. Odbyły się one w formie trzydniowych warsztatów

zorganizowanych przed rozpoczęciem każdej z dwóch edycji studiów. Kadra dydaktyczna pracowała w grupach odpowiadających modułom. Celem warsztatowych spotkań było ustalenie zakresu materiałowego zajęć, sposobu ich prowadzenia oraz podział między wykładowców materiałów dydaktycznych przewidzianych do opracowania.

Podkreślono, aby szczególną wagę do zakresu przekazywanej treści przywiązywać w sytuacji, gdy jeden przedmiot prowadzi dwóch lub więcej wykładowców. Ma to na celu uniknięcie powtarzania się tych samych treści na zajęciach, co było odbierane przez słuchaczy (wynik ewaluacji po I edycji studiów) jako nieefektywne wykorzystanie czasu przeznaczanego na zajęcia. Znajdowało to również swoje odzwierciedlenie w wyraźnie gorszej ocenie nauczyciela, który – zdaniem słuchaczy – stosował w trakcie zajęć zbędne powtórzenia materiału dydaktycznego. Minimalizowanie ryzyka występowania sytuacji związanych z powtarzaniem się treści na wykładach to zadanie opiekuna merytorycznego studiów, który utrzymywał stały kontakt z prowadzącymi zajęcia, organizował z nimi spotkania w celu omawiania treści dydaktycznych, monitorował zgodność treści nauczania z sylabusami oraz troszczył się o osiągnięcie zakładanych efektów kształcenia.

Przed II edycją studiów dodatkowym kryterium kwalifikacji osób do prowadzenia zajęć była ocena nauczycieli przez studentów po I edycji studiów, realizowana w formie ankiet ewaluacyjnych po zakończeniu każdego przedmiotu. Badanie pozwoliło na pozyskanie nowego źródła informacji na temat pracy wykładowców, w tym m.in. sposobu prowadzenia zajęć, umiejętności interakcji nauczyciela ze słuchaczami oraz użyteczności przekazanej wiedzy. Zdarzało się, że ocena wystawiona nauczycielowi przez słuchaczy skutkowałą zmianą prowadzącego zajęcia w II edycji studiów.

b) Ocena nauczycieli akademickich

Najistotniejszym czynnikiem oddziałującym na całość kształtu procesu nauczania był sam nauczyciel, a konkretnie jego kompetencje merytoryczne (wiedza z danej dziedziny), metodyczne (doświadczenie dydaktyczne) i psychologiczne (umiejętność budowania dobrej relacji i współpracy ze studentami). Ważny aspekt stanowiło także otwarcie wykładowcy na przyjęcie uwag krytycznych oraz gotowość do ich wykorzystania celem doskonalenia umiejętności. Badanie ewaluacyjne podjęte w ramach studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” koncentrowało się na pozyskaniu oceny kompetencji metodycznych i psychologicznych zaangażowanej do realizacji programu ww. studiów kadry akademickiej.

Po zakończeniu każdego przedmiotu w trakcie dwóch edycji studiów słuchacze anonimowo wypełniali ankietę dotyczącą danego przedmiotu, w szczególności odnosząc się do zagadnień związanych z oceną pracy wykładowcy i jego postawy wobec studentów. Do oceny wykorzystano ankietę audytoryjną (PAPI), a w momencie realizacji zajęć w formule zdalnej z powodu epidemii – ankietę online (CAWI).

W ankiecie zawarto 10 pytań o to, w jakim stopniu:

- 1) zajęcia spełniły oczekiwania,
- 2) zajęcia trwały zaplanowaną ilość czasu,
- 3) osoba prowadząca zajęcia efektywnie wykorzystwała czas zajęć,
- 4) osoba prowadząca zajęcia była przygotowana do prowadzenia zajęć,
- 5) osoba prowadząca zajęcia była życzliwie nastawiona do słuchaczek i słuchaczy,
- 6) zajęcia były prowadzone w atmosferze sprzyjającej komunikacji i współpracy,
- 7) osoba prowadząca zajęcia przekazywała wiedzę w zrozumiałym sposobie;
- 8) wiedza przekazana w trakcie zajęć była nowa,
- 9) wiedza przekazana w trakcie zajęć była użyteczna,
- 10) treść zajęć była zgodna z opisem zawartym w sylabusie.

Słuchacze odnosili się do powyższych zagadnień, korzystając z pięciostopniowej skali Likerta (zdecydowanie nie – 1; raczej nie – 2; trudno powiedzieć – 3; raczej tak – 4; zdecydowanie tak – 5).

Wyniki ewaluacji przedmiotów zostały – zarówno w I, jak i w II edycji studiów podyplomowych – przedstawione w raportach cząstkowych oceny przedmiotów przyporządkowanych do sześciu modułów kształcenia: prawno-organizacyjnego, medycznego, psychologicznego, rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz rynku pracy, zarządzania procesem rehabilitacji oraz seminarium.

Wnioski przedstawione w raportach wskazują, że słuchacze bardzo wysoko ocenili wykładowców we wszystkich sześciu modułach. Podkreślali ich życzliwość, świetne przygotowanie do zajęć, pasję w sposobie przekazywania wiedzy, doświadczenie zawodowe, ogromną wiedzę teoretyczną i praktyczną. Jednocześnie słuchacze podkreślili potrzebę chłonięcia jak największej ilości treści programowych od praktyków zawodu, osób niepełnosprawnych oraz siebie nawzajem w obszarze zarządzania rehabilitacją i to nie tylko w trakcie nieformalnych spotkań. Prowadziło to do konkluzji, aby opiekun merytoryczny studiów przy doborze kadry w jeszcze większym stopniu niż dotychczas brał pod

uwagę doświadczenie praktyczne wykładowcy w danym obszarze. W wyniku badania nauczyciele otrzymali także informację zwrotną na temat najbardziej pożądanych form zajęć.

Część niższych ocen odnosiła się do sposobu prowadzenia zajęć. Miało to związek głównie z wybuchem epidemii COVID-19 i koniecznością przejścia z formy stacjonarnej na zdalną. Słuchacze oczekiwali interaktywnych zajęć, na których mogliby dyskutować ze sobą i prowadzącym. Niestety, nie wszyscy wykładowcy mogli spełnić te oczekiwania. W związku z tym podjęto działania związane przede wszystkim z uruchomieniem szkoleń dla prowadzących zajęcia z obsługi platform e-learningowych, które w znacznym stopniu rozwiązują problemy wynikające z realizacji zajęć dydaktycznych w formie zdalnej.

W kilku przypadkach zajęcia z jednego przedmiotu prowadziło dwóch lub więcej nauczycieli akademickich, aby przedstawić słuchaczom treści programowe na możliwie najwyższym poziomie. Z ankiet wynikało, że choć każdy prowadzący oddzielnie był oceniany dobrze lub bardzo dobrze, to treści przekazywanej wiedzy nie zawsze zgadzały się z sylabusem. To nasunęło wniosek, aby unikać powierzania prowadzenia jednego przedmiotu kilku prowadzącym lub – w sytuacji prowadzenia jednego przedmiotu przez dwóch wykładowców – stale monitorować, czy treści danego przedmiotu nie powielają się.

Wyniki ewaluacji miały zatem efekt praktyczny, pozwoliły bowiem sformułować, a następnie wdrożyć pewne zalecenia w odniesieniu do: doboru kadry (tj. uwzględnić kryterium doświadczenia praktycznego wykładowcy w danej dziedzinie), organizacji procesu nauczania (przeciwdziałać powielaniu treści edukacyjnych), a także szkoleń wykładowców z metod i narzędzi e-learningowych, aby przygotować ich do wykorzystywania tych narzędzi w nauczaniu zdalnym.

3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki

SKUTECZNOŚĆ

Ocena pracy wykładowców przez studentów stanowiła dodatkowe źródło informacji dla władz uczelni oraz kierownika studiów do prowadzenia adekwatnego do specyfiki studiów doboru wykładowców, a w konsekwencji – skutecznej polityki kadrowej. Ocena wystawiona przez studentów stanowiła także podstawę samooceny nauczycieli akademickich. Była skutecznym narzędziem motywującym nauczycieli do dalszego rozwoju dydaktycznego, np. poprzez projektowanie nowych programów studiów, doskonalenie metod kształcenia, co wpłynęło na jakość nauczania oraz rozwój kompetencji

zawodowych. Skuteczność dobranych narzędzi naboru nauczycieli akademickich czy wykładowców spoza uczelni miała również przełożenie na osiągnięcie założonych przez władze uczelni celów badawczo-dydaktycznych.

INNOWACYJNOŚĆ

Ocena nauczyciela akademickiego dokonywana na płaszczyźnie dydaktycznej, a także uwzględniająca kompetencje miękkie, stanowiła inspirację do szukania kreatywnych rozwiązań w działalności dydaktycznej. System oceny podlegał stałemu doskonaleniu i rozwijaniu, a jego niewątpliwą zaletą była możliwość pozyskania i skonfrontowania informacji pochodzących z wielu źródeł, w tym także od studentów.

Trafnie przeprowadzony proces doboru nauczycieli akademickich umożliwił władzom uczelni podejmowanie innowacyjnych, ważnych z punktu widzenia strategii ogólnej i personalnej, działań.

UNIWERSALNOŚĆ

Przyjęte rozwiązania w stosowaniu dobrej praktyki w zakresie doboru i oceny kadry akademickiej mogą być zaadaptowane przez inne uczelnie.

WYDAJNOŚĆ

Dzięki wnikliwej analizie działalności dydaktycznej nauczyciela akademickiego można było skuteczniej i bardziej adekwatnie wykorzystać jego potencjał w realizacji celów bieżących i planowanych uczelni. Z drugiej strony właściwie przeprowadzony dobór pracowników naukowo-dydaktycznych sprawiał, że uczelnia, dysponując wysoko wykwalifikowaną kadrą, mogła zapewnić wysoką jakość kształcenia, co miało przełożenie na jej pozycję na rynku uczelni wyższych.

4. Korzyści z zastosowania praktyki

Niebagatelną zaletą prezentowanego w niniejszym opracowaniu systemu oceny nauczyciela akademickiego była coraz większa informatyzacja procesu. Poza tym dobrymi efektami były:

- optymalizacja prowadzonej przez uczelnię polityki kadrowej oraz badawczo-dydaktycznej,
- zgromadzenie informacji koniecznych do podejmowania decyzji personalnych,
- dostarczenie pracownikom informacji zwrotnych o ocenie ich pracy i proponowanych możliwościach dalszego rozwoju zawodowego,
- szansa na rozwiązanie trudności zawodowych,

- możliwość wymiany poglądów i opinii na temat pracy nauczyciela z bezpośrednim przełożonym.

5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka)

Pomimo stale doskonalonych procedur stosowanych przy doborze nauczycieli akademickich oraz w systemie ocen okresowych występowało ryzyko wad lub niedociągnięć związanych z ocenianiem oraz doбором kryteriów do oceny i naboru (ryzyko subiektywizmu). Zbudowanie obiektywnego systemu oceny nauczycieli akademickich było szczególnie trudne z powodu dużego zróżnicowania stanowisk na uczelniach (wykładowcy, asystenci, adiunkci, profesorowie zwyczajni i nadzwyczajni) oraz wielości efektów pracy naukowo-badawczej czy dydaktycznej. Niebagatelną wadą dobrej praktyki była czasochłonność procesów, jednak korzyści wynikającej z jej zastosowania rekompensowały wysiłek i koszty jej zastosowania.

II Dobra praktyka w zakresie zdalnego nauczania na studiach podyplomowych

dr n. o zdr. Kamil Chołuj, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Pandemia zmienia cały otaczający nas świat. Pokazała przy tym brutalnie i bezwzględnie, że dziś najważniejsze są wiedza i nauka. Polskie uczelnie musiały dostosować się do nowych realiów i wdrożyć rozwiązania w zakresie nauczania zdalnego. Dotyczyło to również oferty studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”, podczas których zajęcia dydaktyczne realizowano z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.

1. Cel dobrej praktyki

Aby nauczanie zdalne było skuteczne, nie wystarczyła jedynie umiejętność pracy w środowisku teleinformatycznym. Dobra praktyka w zakresie zdalnego nauczania, którą zastosowano w ramach studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”, pokazała, jak przygotować materiał źródłowy, jak go podzielić na to, co ważne i uzupełniające, by użytkownik skupił się na treści, a nie na obsłudze interfejsu wykorzystywanego w nauczaniu zdalnym. Jakich mechanizmów angażujących należało użyć, by skupić uwagę odbiorcy przez cały czas zajęć zdalnych? Dodatkowo ww. dobra praktyka odpowiedziała na pytania, w jaki sposób zmotywować studentów do aktywnego uczestnictwa. Wskazała, jak w planowaniu procesu kształcenia zdalnego uwzględniać przyzwyczajenia użytkowników i warunki, w jakich to nauczanie należało uruchomić. Istotną składową dobrej praktyki w zakresie zdalnego nauczania na studiach podyplomowych stanowiła koncepcja scenariusza zajęć, który wynikał z jego programu. Niezbędna do stworzenia tego dokumentu była umiejętność rozumienia wytycznych dotyczących sposobu konstrukcji elementów składowych nauczania zdalnego, zwłaszcza e-learningowego, interakcji i interaktywności, możliwych do zastosowania multimediów, form ćwiczeniowych i testowych czy mechanizmów angażujących. Opisana poniżej dobra praktyka to zbiór zasad dotyczących przygotowania skutecznych zajęć dydaktycznych dla studentów studiów podyplomowych. Nie bez znaczenia była również konieczność uwzględniania studentów z niepełnosprawnością uczestniczących w procesie

kształcenia i stosowanie takich narzędzi TIK, aby mogli oni w pełni uczestniczyć w zajęciach.

2. Opis dobrej praktyki

Kształcenie zdalne bardzo dobrze realizowało proces kształcenia, uzupełniając jego tradycyjny model. E-learning to tylko jeden z elementów edukacji. Edukacja w czasie rzeczywistym to znacznie szerszy zakres usług niż e-learning. Cechą, która znacząco wpłynęła na sukces e-learningu, jest elastyczność nauczania, którą należy rozumieć jako:

- naukę w dowolnym miejscu i czasie,
- dowolną liczebność grupy,
- indywidualizację nauczania,
- wychodzenie naprzeciw potrzebom ucznia,
- aktualność zajęć.

a) Elementy składowe zdalnego nauczania

- 1) **Treści dydaktyczne** – dystrybuowane w postaci cyfrowej.
- 2) **Komunikacja** – zastosowano bogate środki komunikowania się jego uczestników między sobą oraz poszczególnych studentów z nauczycielem. Odbywało się to w czasie rzeczywistym, przy użyciu przekazu wideokonferencyjnego, głosowego, chatu lub komunikatorów. Istniała również opcja kontaktu asynchronicznego, takiego jak e-mail i fora dyskusyjne. E-learning nie oznaczał wyłącznie nauczania na odległość. Mógł być też wykorzystywany jako uzupełnienie tradycyjnych metod nauczania w sytuacji, gdy grupa i nauczyciel znajdowali się w jednym pomieszczeniu w tym samym czasie.
- 3) **Przestrzeń aktywności** – w e-learningu tę funkcję pełnił głównie ekran komputera lub tablet. Dzięki temu nie ograniczano środków przekazu wyłącznie do statycznego tekstu i grafiki – w grę wchodziły także materiały audio i wideo, programy, mapy, obrazowanie zjawisk poprzez interaktywne modele trójwymiarowe itd.
- 4) **Współpraca** – aspekt pracy grupowej był zagadnieniem ważnym w kontekście dydaktycznym. Wspólna nauka oraz zespołowe rozwiązywanie problemów stało się jak najbardziej możliwe dzięki narzędziom wymienionym w podpunkcie **Komunikacja**.
- 5) **Narzędzia informatyczne** – to fundament większości współczesnych systemów e-learningowych, takich jak platforma. Najczęściej wykorzystywano podobną do portalu aplikację webową, która

umożliwiła wprowadzanie treści dydaktycznych, zarządzanie procesem nauki, pozwalała śledzić postępy i zestawiać je w raporty. Ważnym aspektem było wdrożenie na platformie e-learningowej systemu CMS, czyli systemów do zarządzania treścią, utworzonych w taki sposób, żeby osoby z elementarną wiedzą na temat obsługi komputera bez problemu mogły poradzić sobie z użytkowaniem takiej platformy.

- 6) **Systemy ewaluacji** – w przeciwieństwie do tradycyjnych metod nauczania (gdzie system oceny to przede wszystkim możliwość podsumowania osiągnięć studenta) narzędzia do prowadzenia e-learningu oferowały podstawowe testy służące wstępnej indywidualizacji zajęć w zależności od aktualnych kompetencji uczestnika. Wykorzystane systemy oceny w e-learningu dostępne były tak dla nauczyciela, jak i dla studenta.
- 7) **Systemy raportujące** – platformy e-learningu oferowały nie tylko proste przedstawienie wyników przeprowadzonych testów. Standardem była możliwość sporządzania przeróżnych zestawień, statystyk i możliwość interaktywnego kontekstowego monitoringu wyników nauczania.

b) Modele zdalnego nauczania

Kluczowe dwa elementy zastosowane w ramach zajęć dydaktycznych ze słuchaczami studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” to miejsce i czas obecności uczestników zajęć dydaktycznych i nauczyciela.

W takim układzie możliwe były cztery opcje:

- identyczne miejsce i czas,
- różne miejsca w tym samym czasie,
- różny czas w tym samym miejscu,
- odmienny czas i różne miejsca.

W ramach opisanej dobrej praktyki do realizacji celów kształcenia i osiągnięcia przez studentów efektów uczenia się przewidzianych w modelu kształcenia wykorzystano zarówno nauczanie synchroniczne, jak i asynchroniczne (każda z uczelni stosowała dany typ nauczania, dostosowując go do możliwości wykładowców i studentów).

NAUCZANIE SYNCHRONICZNE

Model synchroniczny charakteryzował się komunikacją w czasie rzeczywistym, gdy dydaktyk i uczestnicy zajęć spotykali się i realizowali proces dydaktyczny w tym samym czasie. To odmiana najbliższa tradycyjnemu nauczaniu – wykłady, prezentacje, dyskusje, ćwiczenia, a nawet przerwy stanowiły typowy element takich zajęć. W przypadku, gdy uczestnicy i prowadzący fizycznie znajdowali się

w różnych miejscach uniemożliwiających im kontakt bezpośredni, rolę miejsca spotkania odgrywała wirtualna pracownia. Były nią tele- albo wideokonferencja lub czat, zapewnione przez platformę.

Zalety modelu synchronicznego:

- możliwość pracy zarówno grupowej, jak i indywidualnej,
- interakcja pomiędzy osobami obecnymi na zajęciach w czasie rzeczywistym,
- bezpośredni monitoring pracy grupy przez osobę prowadzącą zajęcia,
- prezentacja materiałów w trakcie omawiania danego zagadnienia.

Model synchroniczny wykorzystano do realizacji zajęć dydaktycznych, takich jak konwersatoria, warsztaty oraz seminaria dyplomowe. Przed każdymi zajęciami realizowanymi w tym modelu występowały dwie obawy:

- Czy wszystko uda się pod względem technicznym?
Im większa grupa, tym większa szansa, że nie – jednak odpowiednie przygotowanie i zadbanie o uczestników powodowało płynne przeprowadzenie zajęć dydaktycznych.
- Czy studenci będą zaangażowani w trakcie prowadzenia zajęć?
Spotkanie się ze ścianą milczenia po drugiej stronie było niestety możliwe i bardziej zauważalne niż na sali wykładowej. Jednak odpowiednie prowadzenie zajęć pozwalało temu zaradzić.

Poniżej przedstawiono kilka pomysłów na interaktywne działania, jakie wykorzystano w trakcie prowadzenia zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”.

- **Brainstorming w czacie**

Zastosowano bardzo prostą aktywność polegającą na tym, że równolegle wszyscy uczestnicy wpisywali w czacie odpowiedzi na pytanie prowadzącego. Mogli wysyłać je natychmiast po zapisaniu lub na znak prowadzącego, żeby inni nie mogli sugerować się ich odpowiedziami. Tę metodę stosowano również na początku zajęć (w ramach zapoznania się i czekając na pozostałych uczestników zajęć).

- **Dyskotekowa kula**

Wielu prowadzących zajęcia w sposób zdalny miało problem z określeniem kolejności wypowiedzi, gdy mieli zabrać głos wszyscy. Można było wyznaczać studentów, wskazując kolejno palcem na liście uczestników, ale o wiele lepiej sprawdzała się metoda, gdy to uczestnicy wyznaczali się nawzajem. Musieli

wtedy być uważni przez całe ćwiczenie, żeby wiedzieć, kto już się wypowiadał, a kto jeszcze nie. Podawali sobie wówczas wirtualną dyskotekową kulę lub jakikolwiek inny wirtualny przedmiot.

- **Pokoje tematyczne**

Trudno dziś wyobrazić sobie zajęcia prowadzone online z wykorzystaniem narzędzia, które nie pozwalałoby na dzielenie uczestników na mniejsze, równoległe grupy. Na studiach podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” założone efekty uczenia się (a co za tym idzie – konieczność przekazania dużej ilości treści kształcenia) wielu przedmiotów wymagało prowadzenia tej właśnie metody. Dzieleno wówczas uczestników na pary, trójki, dwie grupy – dowolnie, według projektu ćwiczenia. Każda z grup mogła mieć to samo zadanie do przedyskutowania, dzielono również studentów na kilka grup tematycznych, które opracowywały różne, wzajemnie się uzupełniające zagadnienia tematyczne. W ten oto sposób powstawało zbiorowe opracowanie danego tematu z wykorzystaniem pracy poszczególnych grup studentów.

- **Wirtualne tablice**

Wirtualne tablice, podobnie jak klasyczne flipcharty, umożliwiały przyklejanie kolorowych karteczek z notatkami (post-ity), pisanie, tworzenie kształtów, tabel, diagramów i wykresów. Osoby mające dostęp do wirtualnej tablicy mogły pracować na niej synchronicznie lub asynchronicznie. Miały możliwość wklejania obrazków, plików wideo, linków i komentarzy, a także wydzielenia – w ramach jednej tablicy – własnych ramek do pracy (wireframes). Wirtualna tablica pozwalała lepiej zilustrować swoją koncepcję i wyjaśnić ją innym członkom zespołu.

- **Sesja pytań i odpowiedzi**

Taką sesją nie tylko kończono zajęcia, ale również wprowadzano ją w ich trakcie. Wtedy każdy mógł zadać pytanie, a prowadzący miał możliwość udzielenia odpowiedzi od razu lub – jeśli wymagała przygotowania – zapowiedzieć odpowiedź po zajęciach lub na następnej sesji.

NAUCZANIE ASYNCHRONICZNE

Model asynchroniczny to brak komunikacji w czasie rzeczywistym. To niezwykle popularne podejście, zwłaszcza w przypadku użycia internetu. W takim wypadku niezbędne było zastosowanie mechanizmów kontroli i oceny prowadzonych lekcji. Kontakt z nauczycielem był tu w oczywisty sposób ograniczony i odroczone, a możliwy dzięki takim formom, jak forum lub e-mail. Mimo tego charakteryzowała go wysoka przydatność z uwagi na:

- pełną dowolność dostępu do materiałów dydaktycznych, niezależnie od czasu i miejsca,
- indywidualne podejście do gospodarowania czasem nauki z uwzględnieniem możliwości i potrzeb danego uczestnika zajęć,
- samokontrolę osiągnięć,
- analizę materiałów, która nie była ograniczona ramami czasowymi (tradycyjna lekcja wypadła w tym kontekście dużo gorzej),
- możliwość aktualizacji/modyfikacji materiałów źródłowych w zależności od potrzeb i uwag studentów,
- elastyczność w kontrolowaniu osiągnięć oraz przebiegu pracy poszczególnych uczestników przez osobę prowadzącą zajęcia dydaktyczne.

Ten rodzaj nauczania zastosowano do realizacji wykładów. Prowadzący przekazywali studentom (za pomocą różnych narzędzi teleinformatycznych) materiały dydaktyczne zawierające treści wykładowe. Ponadto wysyłali jednocześnie prace zaliczeniowe do samodzielnego opracowania przez studentów, które miały na celu zweryfikowanie poziomu opanowania efektów uczenia się zawartych w materiałach dydaktycznych (objętość oraz forma prac zaliczeniowych były adekwatne do zawartości materiału dydaktycznego i pozwalały na weryfikację przewidzianych harmonogramem efektów uczenia się). Studenci zostali zobligowani do zapoznania się z materiałami dydaktycznymi oraz wykonania poleceń dotyczących analizy materiałów dydaktycznych weryfikujących poziom opanowania efektów uczenia się z poszczególnych przedmiotów. Prace zaliczeniowe należało wykonać samodzielnie, kompleksowo oraz na jak najwyższym poziomie merytorycznym i estetycznym. Następnie prace były wysyłane do prowadzących poszczególne zajęcia i podlegały szczegółowej analizie. Każda praca otrzymana od studenta została opatrzona komentarzem wykładowcy, zawierającym informacje dotyczące weryfikacji błędów z równoczesnym wskazaniem słabych i mocnych stron wykonanego zadania. Wykładowca oceniał jego poprawność oraz stopień opanowania efektów uczenia się, przewidzianych do realizacji. Poza tym nauczyciele akademicy byli zobligowani do sprawnego kontaktu ze studentami, polegającego na udzielaniu niezbędnych informacji w zakresie wysłanego materiału dydaktycznego i rozwiązywaniu ewentualnych problemów związanych z jego wykonaniem.

Taka forma kształcenia umożliwiła studentom większą elastyczność oraz swobodę nauki. Nauczanie asynchroniczne pozwoliło zaplanować każdemu studentowi naukę w czasie i dostosować jej tempo do swoich potrzeb. Należy

jednak zauważyć, że było to możliwe tylko wtedy, gdy studenci potrafili korzystać z materiałów i planować swoje nauczanie. Dostępne w modelu asynchronicznym różne narzędzia współpracy mogły być wykorzystywane do szybkiej komunikacji z uczniami w sytuacji, gdy relacje osobiste nie były potrzebne.

c) Platforma MOODLE – uniwersalne narzędzie do nauczania online

Platformy e-learningowe to aplikacje online o skali portalowej umożliwiające tworzenie, prowadzenie oraz administrację zajęć dydaktycznych. Najczęściej są to zintegrowane rozwiązania mogące realizować całość powyższych założeń, jednak ich możliwości nie pozwalają na techniczną obróbkę materiałów multimedialnych. W ramach studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” wykorzystano platformę MOODLE do realizacji zarówno konwersatoriów, warsztatów, wykładów, jak i seminariów dyplomowych.

Platforma MOODLE znakomicie sprawdziła się w kształceniu na odległość, gdyż jej system zarządzania w bardzo prosty sposób umożliwiał dynamiczną administrację zawartością serwisu wykorzystującego to rozwiązanie.

Zaimplementowana w skrypcowym języku programowania PHP, niewymagającym kompilacji, funkcjonowała w oparciu o bezpłatny system bazodanowy MySQL, minimalizując koszty hostingu.

MOODLE okazała się atrakcyjna pod względem zastosowania z następujących względów:

- 1) Stanowiła aplikację online – z każdego miejsca, w którym było urządzenie posiadające przeglądarkę WWW i dostęp do internetu, można było zalogować się do systemu i zarządzać nim lub uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych.
- 2) Dostęp do systemu autoryzowano poprzez system kont i logowania. Zasoby serwisu nie były więc zawsze widoczne dla wszystkich, a nawet nie dla wszystkich posiadaczy kont – w MOODLE można było nadawać poszczególne uprawnienia z dokładnością do użytkownika.
- 3) Platformę wyposażono w wiele narzędzi usprawniających administrację procesami dydaktycznymi. Zaawansowany system raportowania pozwalał na łatwą ocenę postępów i ogólne zaangażowanie uczestników w zajęcia tak w kontekście analizy ilościowej, jak i jakościowej.
- 4) Modułowa budowa umożliwiała dołączanie wtyczek i dodatkowych funkcjonalności. Ponadto z powstałych już elementów zajęć można było tworzyć nowe (tzw. zasoby i składowe).
- 5) Pozwalała kształcić na bazie różnych teorii pedagogicznych.

- 6) Dzięki forum dyskusyjnym, poczcie wewnętrznej, czatom komunikacja zarówno synchroniczna, jak i asynchroniczna mogła odbywać się wyłącznie z udziałem samej platformy.

d) Pomiar dydaktyczny i ewaluacja

W e-learningu podstawową metodą weryfikacji wiedzy są testy. Przez pojęcie testu w e-learningu rozumie się zaplanowaną, obiektywną próbę mającą na celu uzyskanie odpowiedzi na dane pytania/zadania, której wyniki podsumowywane są w kontekście ilościowym. Wśród testów można wyróżnić dwa typy:

- 1) Otwarty – przy tej odmianie student nie dysponuje żadnymi ograniczeniami co do sformułowania odpowiedzi. Z uwagi na trudność w implementacji (chodzi głównie o sprawdzanie poprawności odpowiedzi) test ten jest bardzo rzadko wykorzystywany w przypadku komputerów.
- 2) Zamknięty – najczęściej wykorzystywany w e-learningu rodzaj testu, składający się z poszczególnych zadań, gdzie do wyboru jest jedna lub więcej podanych propozycji odpowiedzi. Testy zamknięte dzieli się na następujące typy:
 - prawda/fałsz – odmiana polegająca na jednokrotnym wyborze,
 - wybór wielokrotny.

Przy projektowaniu testów sprawdzających stopień uzyskania efektów uczenia się przewidzianych w modelu kształcenia studentów studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” brano pod uwagę, czy tworzony sprawdzian spełniał następujące warunki:

- zapewniał jednoznaczne zrozumienie treści przez osoby podchodzące do testu,
- osoba podająca odpowiedź nie miała wątpliwości, na czym ma polegać zadanie,
- treści pytań nie zostały napisane przy użyciu skrótów myślowych i innych aspektów nieczytelnych dla studentów,
- metoda oceny była jednoznaczna,
- ocenę można było podać za pomocą konkretnej wartości liczbowej,
- interpretacja wystawionej oceny była znana i sensownie uzasadniona.

Ponadto podczas konstruowania testów wykorzystywano następujące parametry analizy jakościowej:

- stopień trudności (stosunek liczby właściwych odpowiedzi do liczby uczniów, którzy wzięli udział w teście),

- moc dyskryminacyjna zadań (stopień zróżnicowania wyników dobrych i złych),
- trafność (jak trafnie i wyczerpująco test spełniał swoją funkcję),
- rzetelność (powtarzalność wyników testu przy wielokrotnym zastosowaniu).

Konstruowanie testów w praktyce mało charakter wypełniania formularza WWW. Utworzenie bazy pytań testowych pozwalało układać poprzez losowe wybieranie zestawu o danej liczbie. Dzięki zapisywaniu wyników w oparciu o bazę danych możliwe były liczne warianty bardzo szczegółowych i generowanych kontekstowo zestawień raportujących postępy poszczególnych uczestników kursu, również w graficznej postaci.

3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki

INNOWACYJNOŚĆ

Innowacyjność opisywanej dobrej praktyki to m.in. możliwość zastosowania najskuteczniejszych metod i technik kształcenia na odległość spełniających kryteria organizacyjne, metodyczne i programowe modelu kształcenia studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”. Zastosowanie modelu kształcenia synchronicznego pozwalało m.in. na interakcję pomiędzy studentem a nauczycielem realizującym proces dydaktyczny, monitorowanie pracy studentów w czasie rzeczywistym, natomiast wariant kształcenia asynchronicznego – na indywidualne podejście do gospodarowania czasem nauki z uwzględnieniem możliwości i potrzeb danego uczestnika zajęć dydaktycznych.

UNIWERSALNOŚĆ

Opisana praktyka z zakresu zdalnego nauczania to uniwersalne rozwiązanie, ponieważ można ją stosować na każdej uczelni wyższej i w odniesieniu do każdego przedmiotu/modułu wszystkich kierunków studiów – zarówno o profilu akademickim, jak i praktycznym.

SKUTECZNOŚĆ

Skuteczność w procesie nauczania w formule zdalnej to takie organizowanie i prowadzenie zajęć dydaktycznych, które zmierza do osiągnięcia zakładanych celów, a także umiejętność dostosowywania się do zmieniających się warunków otoczenia. Wdrażanie nowych form i metod kształcenia warunkowało wysokie efekty dydaktyczne, mierzone uzyskanymi efektami uczenia się. To również samodzielność studenta w zdobywaniu wiedzy i rozwijaniu swoich

profesjonalnych umiejętności, z wykorzystaniem różnych źródeł i nowoczesnych technologii (ICT). Opisana praktyka gwarantowała to każdemu uczestnikowi studiów podyplomowych.

4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki

DOSTĘPNOŚĆ – stały dostęp poprzez sieć do platformy i umieszczonych na niej treści o dowolnej porze dnia, co pozwalało studentom na indywidualny wybór czasu nauki, dostosowany do ich możliwości i potrzeb.

MOBILNOŚĆ – materiały były dostępne z dowolnego miejsca i za pomocą różnego rodzaju urządzeń, takich jak komputer, laptop, smartfon czy tablet, posiadających dostęp do internetu.

MODYFIKOWALNOŚĆ – łatwość tworzenia i edycji treści publikowanych z wykorzystaniem platformy przy jednoczesnym wykorzystaniu różnorodnych form prezentacji; platforma gwarantowała szereg narzędzi i funkcjonalności, których skuteczne wykorzystanie podniosło atrakcyjność prowadzonych zajęć.

ŁATWA KOMUNIKACJA – umożliwienie użytkownikom systemu (uczestnikom zajęć i prowadzącym) nawiązanie szybkiego kontaktu poza wyznaczonymi godzinami zajęć, np. poinformowanie studentów o wszelkich zmianach związanych z realizowanym procesem dydaktycznym.

STANDARYZACJA ZAKRESU WIEDZY – treści kształcenia można było dzielić na bloki tematyczne, co pozwalało na lepsze zdefiniowanie zakresu wiedzy do opanowania wymaganego przez prowadzącego. Ułatwiało to mierzalność oraz planowanie podziału treści na poszczególne lekcje.

5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki

BRAK DOSTATECZNEJ INTERAKCJI Z UŻYTKOWNIKIEM – większość materiałów udostępnianych w ramach dydaktyki charakteryzowała się niską interaktywnością, gdyż były to przeważnie dokumenty publikowane na platformie; w takiej sytuacji platforma stawała się więc bardziej repozytorium materiałów niż systemem interaktywnego nauczania.

BRAK INTEGRACJI Z POZOSTAŁYMI SYSTEMAMI – MOODLE nie umożliwiała integracji z innymi systemami informatycznymi dostępnymi na uczelni, co powodowało, że użytkownicy byli zmuszeni korzystać z wielu systemów jednocześnie w celu uzyskania dodatkowych informacji (np. z dziekanatu).

WYSOKIE NAKŁADY NA OPRACOWANIE MATERIAŁÓW – przygotowanie materiałów w formie atrakcyjnej dla odbiorców wymagało od kadry odpowiedzialnej za ich publikowanie znacznych nakładów czasu oraz specjalistycznego oprogramowania.

KONIECZNOŚĆ WIĘKSZEJ MOTYWACJI – korzystanie z tego rodzaju formy zajęć dydaktycznych wymagało od uczestników większej niż w przypadku kursów stacjonarnych motywacji do nauki oraz samodyscypliny.

WYDŁUŻONY CZAS NAUKI – z opinii zebranych od użytkowników wynikało, że czas potrzebny na opanowanie takiego samego zakresu wiedzy był zdecydowanie dłuższy w przypadku kursów e-learningowych w porównaniu z tradycyjną formą nauczania, gdzie kontakt z prowadzącym jest bezpośredni.

III Dobra praktyka w zakresie przygotowania członków komisji rekrutacyjnych

dr hab. Joanna Moryś, Gdański Uniwersytet Medyczny

Za przeprowadzenie rekrutacji na studia odpowiedzialna była komisja rekrutacyjna, powoływana zgodnie z przepisami obowiązującymi na danej Uczelni. Zgodnie z Modelem Kształcenia w jej skład wchodził m.in. kierownik studiów podyplomowych – opiekun merytoryczny studiów podyplomowych, pełniący funkcję przewodniczącego komisji, oraz psycholog.

Do zadań komisji rekrutacyjnej należało przede wszystkim:

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

Ze względu na złożoną i interdyscyplinarną problematykę studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” oraz wysokie wymagania stawiane kandydatom szczególnie trudnym etapem rekrutacji była ocena merytoryczna osób aplikujących na studia.

1. Cel dobrej praktyki

Celem dobrej praktyki było przygotowanie członków komisji rekrutacyjnych do realizacji zadań związanych z rekrutacją na studia podyplomowe „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” zgodnie z zasadami określonymi w Modelu. Przygotowanie to obejmowało zapoznanie się z procedurą rekrutacyjną, ze szczególnym uwzględnieniem zasad oceny merytorycznej kandydatów. Opis dobrej praktyki, dostosowany do nowych zasad rekrutacji, uwzględniał przygotowanie komisji także w zakresie oceny formalnej, która pierwotnie nie była przedmiotem oceny punktowej. W procesie przygotowania członków komisji położono nacisk na przedstawienie roli specjalisty ds. rehabilitacji w procesie leczenia, rehabilitacji i aktywizacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością oraz zapoznanie komisji z profilem kompetencyjnym specjalisty.

2. Opis dobrej praktyki

Kluczowymi zadaniami stojącym przed komisją rekrutacyjną była ocena kandydata na studia pod kątem posiadania predyspozycji zgodnych z profilem kształcenia i dobór kandydatów o różnym rodzaju wykształcenia oraz doświadczenia niepełnosprawności, umożliwiające optymalizację efektywności procesu kształcenia⁵. U podstawy takiego podejścia, tj. doboru osób o różnorodnym zasobie wiedzy i wykonujących różne zawody, stało przekonanie o uzyskaniu potencjalnych korzyści w postaci wzbogacenia treści edukacyjnych na drodze wzajemnej wymiany informacji przez studentów.

Każdy z członków komisji otrzymywał pakiet informacji (najczęściej w wersji elektronicznej), zawierający zasady i metody rekrutacji. Przygotowanie obejmowało trzy bloki tematyczne:

Pierwszy blok tematyczny: ogólne informacje na temat problematyki zarządzania rehabilitacją oraz roli i zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

Ważne było, aby osoby biorące udział w procesie rekrutacji jeszcze przed podjęciem swoich zadań poznały specyfikę studiów, ideę kompleksowej rehabilitacji, a także zapoznały się z obowiązkami specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Rolą specjalisty jest koordynacja szeregu działań o charakterze medycznym, psychologicznym, społecznym i zawodowym, które mają na celu wsparcie osoby z niepełnosprawnością w procesie powrotu do sprawności i aktywności w możliwie jak najszerszym zakresie. Współpraca z osobą wymagającą wsparcia, jego rodziną i najbliższym otoczeniem, a także osobami i instytucjami zaangażowanymi w proces leczenia oraz powrotu do aktywności wymaga dużego zakresu wiedzy i kompetencji psychospołecznych. Dlatego ze względu na złożoność całego procesu określono wysokie wymagania wobec kandydatów na studia, w tym m.in. w odniesieniu do predyspozycji osobowościowych.

Zrozumienie specyfiki studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” już na wstępie pozwalało na lepsze zrozumienie istotności poszczególnych kryteriów oceny, których mechanizm weryfikacji został zaprojektowany w Modelu w formie pytań.

Drugi blok tematyczny: ogólne omówienie zadań komisji rekrutacyjnej oraz poszczególnych etapów rekrutacji; szczegółowa prezentacja zasad oceny formalnej dokumentacji (I etapu rekrutacji).

⁵ Model Kształcenia, s. 61.

W drugim etapie, za którego przeprowadzenie najczęściej odpowiedzialny był kierownik studiów, osoby zaangażowane do rekrutacji studentów zapoznawały się ze szczegółami dotyczącymi ich zadań oraz poszczególnymi częściami tego procesu.

W związku ze zmianą w procesie rekrutacji w zakresie oceny formalnej prowadzący szkolenie/spotkanie powinien był omówić także etap oceny formalnej dokumentów. Ta część obejmowała analizę dokumentacji pod kątem spełniania określonych w Modelu wymagań dotyczących:

- kwalifikacji w zakresie wymaganego poziomu wykształcenia (ukończenie studiów I lub II stopnia) oraz dodatkowych kwalifikacji z tytułu odbytych szkoleń i kursów,
- doświadczenia zawodowego i życiowego (poza zawodowego) kandydatów, np. w obszarze pracy z osobami niepełnosprawnymi i starszymi, wolontariatu itp.

Etap oceny formalnej, pozornie łatwy do wykonania, wymagał jednak sporządzenia oceny punktowej odzwierciedlającej stopień spełnienia danego kryteriów. W pierwszym, formalnym etapie rekrutacji należało posługiwać się skalą punktową, gdzie 0 pkt oznacza całkowity brak zgodności z kryterium podlegającym ocenie, a 5 pkt – całkowitą zgodność. W trakcie oceny formalnej kandydat mógł uzyskać maks. 30% punktów możliwych do zdobycia w całym procesie rekrutacji. Ze względu na punktowy charakter oceny omówienie także tego elementu rekrutacji przed podjęciem prac komisji rekrutacyjnej wydawało się zasadne.

Trzeci blok tematyczny: szczegółowe omówienie zasad oceny merytorycznej kandydatów w kontekście profilu kompetencyjnego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (II etap rekrutacji).

Ocena merytoryczna kandydatów to najtrudniejszy etap rekrutacji. Przed komisją rekrutacyjną postawiono zadanie zidentyfikowania kluczowych cech kandydata na studia, tj. najistotniejsze z punktu widzenia funkcji, które w przyszłości przyjdzie mu pełnić w procesie zarządzania rehabilitacją. Dlatego niezwykle istotne było zapoznanie członków komisji z profilem kompetencyjnym specjalisty oraz pozyskanie przez nich umiejętności dostrzeżenia najbardziej pożądanych cech/predyspozycji u kandydatów podczas krótkiego procesu rekrutacji, tj. w trakcie rozmowy z kandydatem lub na podstawie analizy kwestionariusza rekrutacyjnego.

W zawodach medycznych oprócz wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych, które stanowią podstawę wykonywania zawodu, szczególnie cenione są

umiejętności psychospołeczne, zwane kompetencjami miękkimi. Kompetencje te ułatwiają nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentami i współpracownikami, zwiększają wydajność i efektywność pracy, a także zmniejszają ryzyko konfliktów, dlatego często decydują o wyborze kandydata do pracy spośród osób o bardzo zbliżonym profilu kwalifikacji.

Zadania stawiane przed specjalistą ds. zarządzania jednak istotnie różnią się od zadań specjalistów z dziedziny medycyny. Pomimo tego, że w programie studiów kształcenia specjalisty ds. zarządzania ujęto szereg zagadnień strictly medycznych, to jednak nie należy specyfiki jego działania kojarzyć z zawodem medycznym.

Specjalista, oprócz interdyscyplinarnej wiedzy, powinien posiadać określone kompetencje, które umożliwią nawiązanie dobrej relacji m.in. z osobą wymagającą wsparcia, a także z jej rodziną, członkami najbliższego otoczenia, lekarzem, rehabilitantem, urzędnikiem, pracodawcą. Powinien posiadać umiejętność koordynacji współpracy wielu osób, instytucji i organizacji, które mogą i powinny uczestniczyć w procesie leczenia i rehabilitacji osoby niepełnosprawnej oraz jej powrotu do aktywności. Oprócz zbudowania zaufania i podstaw współpracy z klientem szczególnie ważne są umiejętności współpracy w grupie, nawiązywania oraz budowania relacji wewnątrz zespołu, moderowania jego pracy, ustalania priorytetów i zamierzeń oraz podejmowania wspólnych działań w celu ich osiągnięcia. Ważne są także umiejętność organizacji pracy własnej, rozwijanie swoich kompetencji i poszerzanie wiedzy, przy jednoczesnym monitorowaniu swojej funkcji, tj. koordynacji procesu, a nie wyręczania specjalistów lub wchodzenia w ich rolę. Dlatego istotna jest zdolność do budowania siatki powiązań z otoczeniem osoby niepełnosprawnej oraz różnego rodzaju specjalistami.

Przeprowadzenie szkolenia z zakresu oceny merytorycznej kandydata pod kątem predyspozycji, ze względu na jego przedmiot, „zarezerwowane” było dla psychologa. Prowadzący szkolenie przedstawiał w zarysie zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją na tle idei kompleksowej rehabilitacji. Następnie, w kontekście tych zadań, prezentował profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, zgodnie z podziałem na kategorie określone w Modelu, według którego wyróżnione zostały:

- kompetencje osobiste – predyspozycje, cechy oraz zdolności poznawcze, związane z indywidualnym sposobem realizacji zadań (w tym: empatia poznawcza, inteligencja emocjonalna, adaptacja i radzenie sobie ze stresem, samodoskonalenie i motywacja osiągnięć),

- kompetencje społeczne – powiązane ze sposobem budowania i jakością relacji z innymi oraz sposobem wykonywania zadań związanych z takimi kontaktami (umiejętność współpracy i pracy zespołowej, asertywność, umiejętności coachingowe i motywacyjne),
- kompetencje menedżerskie – związane z tworzeniem i zarządzaniem siecią współpracowników współuczestniczących w procesie rehabilitacji kompleksowej (koordynowanie pracy zespołowej, sprawność organizacyjna i samodzielność, rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji, budowanie wizerunku własnego i klienta),
- kompetencje zawodowe – odnoszące się do zakresów określonych umiejętności i wiedzy w zakresie: prawa administracyjnego, cywilnego i pracy, systemu zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej i wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, organizacji systemu ochrony zdrowia, znajomości podstawowych zagadnień medycyny z zakresu chorób/urazów powodujących niezdolność do pracy, narzędzi i metod rehabilitacji zawodowej, podstawowych zasad psychologicznego funkcjonowania człowieka, umiejętności obsługi komputera (np. obsługa określonych systemów IT).

Ze względu na to, że podczas krótkiego procesu rekrutacji nie było możliwości zweryfikowania u każdego z kandydatów na studia tak złożonego zestawu kompetencji, zadaniem psychologa było omówienie zaplanowanych na tym etapie pytań, które miały pomóc w identyfikowaniu na wejściu umiejętności/predyspozycji kandydata, istotnych z punktu widzenia specyfiki studiów. Zatem w trakcie tego etapu szkolenia szczegółowo omówiono obszary i kryteria oceny merytorycznej, a także pytania zawarte w kwestionariuszu rekrutacyjnym lub w scenariuszu rozmowy kwalifikacyjnej (w zależności od narzędzia przyjętego przez daną uczelnię).

W wyniku oceny merytorycznej kandydata należało posługiwać się skalą punktową, gdzie 0 pkt oznacza całkowity brak zgodności z kryterium, a 10 pkt – całkowitą zgodność. Na tym etapie rekrutacji osoba aplikująca mogła uzyskać 70% punktów możliwych do zdobycia w całym procesie rekrutacji, co świadczyło o dużej wadze, jaką przykładano do oceny predyspozycji kandydata do pracy w roli specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki

SKUTECZNOŚĆ

Dobrze przeprowadzone szkolenie członków komisji rekrutacyjnej miało jeszcze jeden istotny walor. Dla każdego kandydata na studia należało opracować

sumaryczną ocenę uwzględniającą zarówno wyniki analizy dokumentacji, jak i rozmowy kwalifikacyjnej i (lub) kwestionariusza rekrutacyjnego. Ocenę punktową uzgadniano kolegiально, w związku z tym członkowie komisji zmuszeni byli ustalać ocenę kandydata w każdym jej obszarze i kryterium. Stąd przygotowanie członków miało istotny wpływ na wewnętrzną pracę komisji, a także trafność wydanej oceny.

INNOWACYJNOŚĆ

Przedstawiona praktyka to innowacyjne rozwiązanie – jej wdrożenie pozwoliło na przygotowanie komisji do badania kompetencji miękkich, tj. predyspozycji psychospołecznych kandydatów. Ponadto zaproponowany schemat z dużą dokładnością uwzględnił wszystkie elementy niezbędne w celu przygotowania komisji rekrutacyjnej do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

UNIWERSALNOŚĆ

Opisana powyżej praktyka jest uniwersalna, ponieważ – przy uwzględnieniu wszystkich elementów procesu rekrutacji określonych w Modelu i jej dostosowania do wewnętrznych procedur danej uczelni – może być zastosowana do celów szkolenia komisji rekrutacyjnych w innych szkołach wyższych, które podejmą się realizacji studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”.

4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki

Ze względu na charakter oraz złożoność zagadnień dotyczących pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją niezwykle ważne było wybranie spośród kandydatów „najlepszych z najlepszych” – i to nie tylko pod kątem poziomu wykształcenia.

Poprawnie przeprowadzona rekrutacja, a w szczególności ocena merytoryczna kandydatów, była ważna z punktu widzenia:

- uczelni – chodzi o jak najlepsze wykorzystanie potencjału studentów w procesie kształcenia, co przekłada się na podniesienie efektów kształcenia i wpływa na podniesienie prestiżu uczelni. Konsekwencją tego będzie wprowadzenie na rynek wysoko wykwalifikowanych specjalistów, zmotywowanych i dobrze przygotowanych do pracy. Kompetencje nabyte przez absolwentów studiów podyplomowych w zakresie zarządzania rehabilitacją pozwolą na zatrudnienie ich m.in. w ośrodkach rehabilitacji, w tym rehabilitacji kompleksowej, placówkach służby zdrowia, firmach wdrażających programy zarządzania rehabilitacją „powrotu do pracy”, instytucjach zabezpieczenia społecznego oraz firmach ubezpieczeniowych,

- kandydatów na studia – rzetelna ocena kandydatów umożliwia wybranie osób, które będą w stanie wykorzystać w praktyce wiedzę nabytą w procesie kształcenia, a w konsekwencji – odnieść sukces w życiu zawodowym. Kształcenie osób z dużym kapitałem kompetencji przełoży się w znacznym stopniu na możliwość spełnienia ich osobistych aspiracji, a więc także satysfakcji z wyboru kierunku studiów. Dobrze przeprowadzona rozmowa kwalifikacyjna stanowi także bardzo cenną informację zwrotną dla kandydatów na studia. Już na wstępie osoby aplikujące mogą uświadomić sobie, jak wysoki jest poziom i zakres wymagań wobec przyszłego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, a tym samym zrozumieć podstawy oceny ich kandydatury.
- Dobrze przeprowadzone szkolenie członków komisji rekrutacyjnej w istotnym stopniu przełoży się na właściwy dobór studentów, a tym samym – na satysfakcję obydwu stron: uczelni i studentów.

5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka)

W przypadku rekrutacji kandydatów na studia podyplomowe „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” istotne było wybranie osób, które wykazują się komunikatywnością, umiejętnością organizacji pracy i delegowania zadań, a także wysokim poziomem empatii i zdolnością wzbudzania motywacji do działania. Do oceny takich cech i wyodrębniania kandydatów spełniających te wymagania niezbędny był złożony, wieloetapowy proces rekrutacji obejmujący możliwość oceny umiejętności pracy w grupie. Każdy z etapów czy sposobów rekrutacji zaproponowany w Modelu wiązał się z zagrożeniami wynikającymi z ich specyfiki. Analiza CV pozwalała odrzucić kandydatów niespełniających ustalonych wymogów i dawała możliwość przeglądu kariery zawodowej oraz stanowiła dobry wstęp do dalszych etapów rekrutacji. Jednocześnie sposób napisania CV dostarczał wskazówek na temat cech osobowościowych kandydata –choć według statystyk 30-60% osób, dążąc do pozytywnej autoprezentacji, zdarza się mijać z prawdą w CV odnośnie do swoich kompetencji. Rozmowa kwalifikacyjna pozwalała na zadawanie pytań i wymianę informacji między komisją rekrutacyjną a kandydatem. Metoda ta niosła za sobą jednak duże ryzyko subiektywizmu.

Zagrożenia, jakie wiązały się z realizacją dobrej praktyki w zakresie szkoleń dla członków komisji rekrutacyjnej, dotyczyły przede wszystkim czasochłonności i trudności w przekazaniu dostatecznej wiedzy, która faktycznie przełożyłaby się na zdolność do możliwie obiektywnej oceny kandydatów.

IV Organizowanie spotkań studentów z osobami z niepełnosprawnością oraz przedstawicielami ich środowiska jako dobra praktyka w realizacji procesu kształcenia

mgr Anna Cieślik, Uniwersytet Wrocławski

1. Cel dobrej praktyki

Kluczowe znaczenie dla efektywności procesu uczenia się miało zaangażowanie i motywacja odbiorcy. Czynnikiem motywującym uczestnika była świadomość możliwości wykorzystania nabywanej wiedzy i umiejętności w praktyce. W przypadku studentów kierunku „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” ta świadomość została podniesiona poprzez umożliwienie bezpośredniego kontaktu z osobami z niepełnosprawnością oraz przedstawicielami ich środowiska, a także specjalistami – praktykami zaangażowanymi w proces leczenia i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Pojawiła się wówczas możliwość konfrontacji teorii z rzeczywistością, co podziało mobilizująco na studentów, poszerzyło ich zakres wiedzy i świadomości na temat problematyki kompleksowej rehabilitacji w Polsce. Celem wdrożenia dobrej praktyki było wzbogacenie treści nauczania, zaktywizowanie słuchaczy i zmotywowanie ich do czynnego udziału w zajęciach, a tym samym podniesienie jakości kształcenia poprzez ich praktyczny aspekt.

2. Opis dobrej praktyki

Na studia podyplomowe „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” rekrutowano przede wszystkim osoby, które posiadały już pewien potencjał wiedzy i doświadczenia w zakresie niepełnosprawności, jednak kapitał poszczególnych studentów w tym zakresie różnił się od siebie. Ta różnorodność traktowana była jako pewnego rodzaju walor – dawała pole do wzajemnej wymiany doświadczeń. Jednak w procesie nauczania wiedza i umiejętności praktyczne powinny być poszerzane oraz uzupełniane.

Zgodnie z profilem kompetencyjnym specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją przyszły koordynator kompleksowej rehabilitacji powinien posiadać bardzo szeroki zakres kompetencji, zatem wzbogacenie programu nauczania o treści pozyskane w oparciu o konkretne osobiste doświadczenie studentów dostarczały dodatkowych walorów poznawczych.

Jednym z celów kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją było rozwijanie umiejętności komunikacyjnych z osobami z niepełnosprawnością oraz ich bliskimi. Sprawność komunikacyjna wymagała m.in. otwartej postawy wobec niepełnosprawności, którą naturalnie budowało się poprzez integrację, czyli włączanie osób z niepełnosprawnością do grup zajęciowych. Dodatkową zaletą bezpośredniego kontaktu była możliwość zapoznania się ze szczegółami konkretnych sytuacji (problemami, sposobami radzenia sobie z nimi itp.), emocjami osób przeżywających określone doświadczenie życiowe, a także możliwość podjęcia rozmowy/zadania pytania/pogłębienia problematyki.

Dobłą praktyką było zaproszenie na zajęcia osób posiadających doświadczenie życiowe i zawodowe związane z niepełnosprawnością, aby mogły się podzielić swoją codzienną praktyką i osobistym przeżyciem. Były to zarówno osoby z niepełnosprawnością, jak i przedstawiciele środowiska – np. organizacji pozarządowych, a także rodzice/opiekunowie (którzy mogli dzielić się swoim doświadczeniem, kiedy np. w rodzinie pojawiła się niepełnosprawność, mogli opowiedzieć, jakie były ich etapy radzenia sobie z tą sytuacją, jakiego wsparcia oni sami potrzebowali, czego potrzebowali).

Wartość dodana tych spotkań była następująca:

- **osoby niepełnosprawne** mogły opowiedzieć swoją historię rehabilitacji i o zmaganiach z różnymi aspektami niepełnosprawności zarówno w swoim życiu, jak i swoich bliskich,
- **członkowie rodzin osób z niepełnosprawnością** mogli podzielić się swoim doświadczeniem w zakresie wspierania niepełnosprawnych członków swoich rodzin, m.in. dotyczących załatwiania spraw organizacyjnych i formalnych, które proces rehabilitacji współtworzyły,
- **przedstawiciele organizacji pozarządowych** mogli przedstawić różne aspekty związane z organizacją rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, co było dla studentów cenną informacją w zakresie przyszłego planowania procesu rehabilitacji klienta, a także budowania zespołu specjalistów.

Gości można było zapraszać na każde zajęcia, wskazując praktyczne skutki przekazywanej wiedzy teoretycznej. Ważne było, aby określić z odpowiednim wyprzedzeniem formę takiego spotkania (najczęściej ujmowano to w scenariuszu

zajęć), czas jego trwania (kluczowe było zaplanowanie czasu na dyskusję), a także oczekiwania wobec prelegenta. Planując takie zajęcia, należało wcześniej ustalić z zaproszonym formy przekazywania treści, aby dostosować je do jego możliwości. Zatem scenariusz takiego spotkania ustalano wraz z osobą zaproszoną. Ponadto odpowiednio wcześniej uprzedzano grupę studentów i jasno określano oczekiwania względem ich zachowania podczas spotkania – np. ćwiczono wcześniej scenariusze rozmowy, sposoby zadawania pytań (adekwatnie do sposobu komunikowania się osoby zaproszonej). Kluczowym elementem sukcesu w organizacji spotkań były dobre relacje z przedstawicielami środowisk reprezentujących osoby z niepełnosprawnościami, zbudowanie poczucia zaufania oraz zapewnienie zaproszonym gościom atmosfery jak największego komfortu.

Podczas zajęć na studiach podyplomowych studentom przedstawiano proces rehabilitacji przede wszystkim z perspektywy osoby z niepełnosprawnością, a nie systemu. Słuchając zaproszonej osoby – z możliwością dialogu – uzyskiwano informacje o najbardziej trudnych etapach rehabilitacji i powrotu na rynek pracy, takich jak: lęk o zdrowie i życie w pierwszym okresie niepełnosprawności spowodowanej wypadkiem lub chorobą, bezradność wynikająca z braku wiedzy dotyczącej przysługujących uprawnień oraz – co mocno akcentowano – brak osoby koordynującej proces rehabilitacji na poszczególnych etapach i we wszystkich aspektach procesu. Studenci obserwowali u zaproszonych osób z niepełnosprawnością m.in. aktywność i radzenie sobie w życiu – poprzez podejmowanie działań zawodowych i inicjatyw społecznych – pomimo ograniczeń, szczególnie na przykładzie osób poruszających się na wózkach, dzięki czemu mogli lepiej zrozumieć potrzeby tych osób i obszary wymagające wsparcia. Ważnym doświadczeniem dla studentów – w bezpośrednim kontakcie z osobami z niepełnosprawnością – były rozmowy na temat emocji i ich zmienności w procesie rehabilitacji kompleksowej. Goście w swoich narracjach wracali do najtrudniejszych etapów po rozpoznaniu choroby/dysfunkcji/ ograniczeń oraz wskazywali na czynniki i warunki, które motywowały do pracy rehabilitacyjnej i wysiłku.

Podczas zajęć np. z doradztwa zawodowego zapraszano osoby z niepełnosprawnością w roli gości. Zadaniem studentów było przygotowanie pytań zarówno do nich, jak i do ich pracodawcy, które pozwoliłyby przygotować analizę SWOT sytuacji zawodowej osób z niepełnosprawnością. Podczas prelekcji goście początkowo opowiadali swoją historię, a następnie odpowiadali na pytania studentów. Tego typu zajęcia stanowiły pewnego rodzaju analizę studium przypadku. Bezpośrednie spotkania dawały możliwość pozyskania maksimum informacji na temat omawianego problemu.

W celu przełamania barier i stereotypów myślowych związanych z włączaniem osób niepełnosprawnych na rynek pracy na zajęciach przytaczano również przykłady innych organizacji zajmujących się tym tematem, jak np. Żywa Biblioteka, organizowana przez Stowarzyszenia Diversja⁶.

3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki

SKUTECZNOŚĆ

Opisana praktyka była skuteczna, ponieważ dzięki jej zastosowaniu zwiększono aktywność i zaangażowanie studentów, a tym samym podniesiono efektywność kształcenia. Ponadto dzięki integracji osób pełnosprawnych z osobami z niepełnosprawnością kształtowano świadomość dotyczącą problemów związanych z niepełnosprawnością oraz budowano postawę otwartości i akceptacji, co sprzyjało aktywizacji społeczno-zawodowej tych osób. Formowanie odpowiednich postaw stanowiło fundament skutecznego kształtowania kompetencji.

INNOWACYJNOŚĆ

Coraz częściej w procesie dydaktycznym na uczelniach wyższych wykorzystuje się studium przypadku jako szczególnie cenną metodę kształtującą umiejętności praktyczne studentów. Jest to metoda, która pozwala na budowanie relacji pomiędzy nauczycielem i studentami, jednak wymaga od nauczyciela znajomości zasad oraz odpowiedniej umiejętności sporządzenia opisu case study, aby ten sposób prezentowania treści dydaktycznych można było z powodzeniem wykorzystać w procesie uczenia się. Jednym z ważniejszych elementów metody jest dochodzenie do różnych wariantów rozwiązania na drodze dyskusji i wymiany argumentów. Metoda ta rozwija nie tylko kompetencje poznawcze studentów, ale także społeczne i komunikacyjne.

Zatem zapraszanie osób niepełnosprawnych na spotkania ze studentami stanowiło cenne źródło przykładów z życia, które mogą być wykorzystane do analizy. Bezpośrednie spotkanie z osobą, która doświadczyła określonych zdarzeń, pozwalało także na pogłębienie problemu. Jednak należy podkreślić

⁶ Żywa Biblioteka to międzynarodowy ruch na rzecz praw człowieka i różnorodnego społeczeństwa, który posługuje się językiem i mechanizmami biblioteki, by umożliwić pełne szacunku rozmowy, mogące pozytywnie wpłynąć na postawy i zachowania ludzi w stosunku do tych osób, które są zagrożone wykluczeniem. Projekt ten może być inspiracją do przeprowadzenia zajęć z zaproszonymi osobami niepełnosprawnymi. <http://zywabibliotekapolska.pl/> [dostęp 10-09-2020].

wagę odpowiedniego przygotowania gościa do zajęć ze studentami poprzez zapoznanie go z celem oraz scenariuszem spotkania. Warto również motywować studentów do poszukiwania osób zaangażowanych w proces rehabilitacji osób niepełnosprawnych, które ostatecznie wzięłyby udział w zajęciach dydaktycznych i wniosłyby dodatkowe treści.

UNIWERSALNOŚĆ

Opisana praktyka może być wdrożona przez inne uczelnie lub stanowić źródło inspiracji, w jaki sposób podnieść skuteczność kształcenia studentów, w szczególności w zakresie podnoszenia kompetencji praktycznych, a w konsekwencji pośrednio wpłynąć na podniesienie jakości usług w obszarze rehabilitacji kompleksowej osób niepełnosprawnych oraz działań na rzecz zwiększenia integracji osób z niepełnosprawnością.

4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki

Jedną z korzyści wprowadzania opisanej powyżej praktyki było większe zainteresowanie studentów problematyką poruszaną w trakcie zajęć, a także zachęta do samokształcenia dzięki możliwości praktycznej aplikacji wiedzy.

Kolejną korzyścią była integracja grupy, a także przełamywanie barier i stereotypów związanych z postrzeganiem osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Pozwalało to na budowanie postawy akceptacji i zwiększało możliwości aktywizacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnością. Podnosiło także efektywność kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

Dodatkową korzyścią z zapraszania na zajęcia osób z niepełnosprawnością lub przedstawicieli ich środowiska było budowanie sieci kontaktów i współpracy ze środowiskiem, co przyczyniło się do lepszej aplikowalności programu kształcenia w praktyce.

Na wdrożeniu tej praktyki niewątpliwie zyskały również same osoby zaproszone, gdyż dzięki temu czuły się docenione i potrzebne, co zwiększyło ich poczucie wpływu i przynależności społecznej. Stosowanie tej praktyki dało niewątpliwie dużo korzyści prelegentom i grupom społecznym, które reprezentowali.

Oprócz terapeutycznego charakteru tego typu działań warto wspomnieć o możliwości zrealizowania misji stowarzyszeń wspierających osoby z niepełnosprawnością. Przyczyniają się one bowiem nie tylko do przełamywania stereotypów, ale również do procesu zdrowienia samych osób występujących w roli gości dzięki zaspokojeniu potrzeby przynależności, szacunku i prestiżu.

5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka)

W Modelu Kształcenia Specjalisty ds. Zarządzania Rehabilitacją zawarto opis warunków, zgodnie z którymi powinna przebiegać edukacja teoretyczna i praktyczna. Przewidziano różne aktywne formy prowadzenia zajęć – m.in.: warsztat, zajęcia terenowe, studium przypadku czy odgrywanie ról. Ryzykiem wprowadzenia tej praktyki była nieumiejętność dostosowania form i metod do możliwości osób uczestniczących w zajęciach. Zastosowanie niektórych form aktywizujących przewidzianych w Modelu było trudnym wyzwaniem, szczególnie w przypadku prowadzenia zajęć zdalnych, które np. ze względu na epidemię w semestrze letnim roku akademickiego 2019/2020 stały się koniecznością. Należy jednak zauważyć, że cyfryzacja usług oraz wynikające z tego faktu udogodnienia stanowią zachętę do rozwoju tych form i narzędzi uczenia się, więc tym bardziej warto pochylić się nad sposobami ich dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Trudność stanowiło znalezienie odpowiedniej osoby, która gościłaby na zajęciach, lub jej niedostateczne przygotowanie do zajęć. Dlatego też ważne było, aby dokładnie określić oczekiwania wobec takich spotkań. Istotne okazało się też zapytanie słuchaczy o ich kontakty z osobami z niepełnosprawności, gdyż dodatkowo wzmacniało to ich zaangażowanie w zajęcia. Najlepszym rozwiązaniem było przedstawienie – z odpowiednim wyprzedzeniem – zaproszonej osobie scenariusza zajęć z określonym czasem ich trwania. Koniecznie należało zapytać gościa o najlepsze dla niego formy prowadzenia zajęć oraz jaki sposób przekazywania treści jest najbardziej i najmniej komfortowy. Jasne określenie wymagań i oczekiwań minimalizowało ryzyko wystąpienia nieporozumień i trudności w trakcie prowadzenia zajęć.

Trudnością był również brak aktywności grupy podczas spotkania z zaproszoną osobą. Aby tego uniknąć, należało wcześniej omówić ze słuchaczami przebieg zajęć i ich oczekiwania. Warto było również przygotować alternatywny plan wydarzeń na wypadek niemożliwości dotarcia na zajęcia osoby z niepełnosprawnością – np. proszono gościa o spisanie tego, co będzie chciał powiedzieć (przygotowanie pewnego rodzaju studium przypadku), co gwarantowało realizację zajęć zgodnie z planem.

Warto podkreślić, że pewnym rozwiązaniem na realizację tej praktyki w przypadku uczelni medycznych jest prowadzenie zajęć w klinikach wśród pacjentów (po uzyskaniu ich zgody). Z kolei w przypadku pozostałych uczelni, jeśli nie ma możliwości zastosowania tej praktyki, można skorzystać z gotowych materiałów wideo, np. opracowanych wspólnie przez towarzystwo ubezpieczeniowe ERGO Hestia oraz Centrum Pomocy Osobom Poszkodowanym, które są dostępne na kanale YouTube ERGO Hestii⁷.

⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=RtzZLeFc2Bc>; <https://www.youtube.com/watch?v=5aWSO-WGgGE&t=5s>; <https://www.youtube.com/watch?v=VP6IJCToX30>; <https://www.youtube.com/watch?v=2C0-PFfmX8c>; <https://www.youtube.com/watch?v=mBbGV0r76dQ&t=5s> [dostęp 10-09-2020]; <https://www.youtube.com/watch?v=MZum4eXBCCc>; <https://www.youtube.com/watch?v=M407EQqrIk>; <https://www.youtube.com/watch?v=TpXg9xryOEA> [dostęp 10-09-2020].

V Dobra praktyka w zakresie organizacji spotkań studentów ze specjalistami ds. zarządzania rehabilitacją

mgr Beata Góral, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Dobra praktyka w zakresie kształcenia na kierunku „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” polegała na organizacji spotkań studentów ze specjalistami – praktykami zajmującymi się kompleksową rehabilitacją osób niepełnosprawnych. Współpraca z partnerem ponadnarodowym – DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Niemieckim Ustawowym Ubezpieczeniem od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków) przy realizacji projektu umożliwiła zaprezentowanie polskim studentom realiów dotyczących pracy tego typu specjalistów, w tym także standardów dotyczących organizacji leczenia oraz rehabilitacji osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy w Niemczech.

DGUV finansuje m.in. działalność rehamenagerów – specjalistów zajmujących się planowaniem i koordynacją kompleksowej rehabilitacji osób, które uległy ciężkim wypadkom przy pracy, a ich powrót do samodzielności oraz aktywności społecznej i zawodowej wymaga zaangażowania największych zasobów finansowych, współpracy wielu specjalistów i podmiotów, a także osób z najbliższego otoczenia. To właśnie ten proces, zorientowany na pacjenta i wymagający podjęcia największego zakresu działań, ze względu na specyfikę studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” był przedmiotem szczególnego zainteresowania studentów. Spotkania ze studentami twórców koncepcji oraz rehamenagerów w istotnym zakresie wzbogaciły treści objęte programem nauczania.

1. Cel dobrej praktyki

Wizyty niemieckich rehamenagerów w Polsce oraz spotkania ze studentami miały na celu przede wszystkim zaprezentowanie studentom teoretycznych oraz praktycznych aspektów związanych z procesem leczenia i rehabilitacji

w Niemczech osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, tj. takich, które utraciły zdolność do samodzielnej egzystencji oraz kontynuacji zatrudnienia. Spotkania te miały szczególny walor poznawczy - uświadamiały bowiem, jak złożony i skomplikowany jest proces kompleksowej rehabilitacji, jak dużego wymaga wysiłku i determinacji ze strony samego pacjenta, a także innych osób zaangażowanych. I ostatecznie – jak wysokimi kwalifikacji i kompetencji musi dysponować specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, żeby sprostać podjętym wyzwaniom.

2. Opis dobrej praktyki

Program zarządzania rehabilitacją w DGUV definiowany jest jako proces planowania, koordynowania oraz celowych, aktywujących działań towarzyszących rehabilitacji medycznej, a także wszelkich świadczeń zmierzających do tego, aby klient mógł uczestniczyć w życiu zawodowym oraz społecznym, podstawę jego zaś stanowi indywidualny plan przeprowadzania rehabilitacji wraz z partnerskim włączaniem w ten proces wszystkich uczestników biorących w nim udział. Opiera się on na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)⁸.

Przekazywane przez przedstawicieli DGUV oraz niemieckich rehamenagerów informacje na temat programu zarządzania rehabilitacją miały charakter kompleksowy i prezentowane były na każdej z czterech uczelni – tj. na Uniwersytecie Wrocławskim, Uniwersytecie Medycznym w Lublinie, Uniwersytet Warszawskim oraz Gdańskim Uniwersytecie Medycznym – według podobnego wzorca.

Prezentowane informacje dotyczyły:

- 1) podmiotów ubezpieczenia wypadkowego w Niemczech oraz ich głównych zadań** (zapobieganie wypadkom i chorobom zawodowym, organizacja BHP w miejscu pracy, wstępna opieka medyczna, finansowanie działań mających na celu przywrócenie zdolności do pracy osób, które uległy wypadkowi przy pracy lub chorobie zawodowej),
- 2) rekrutacji przyszłych rehamenagerów** (źródła naboru, wstępne wymagania wobec kandydatów, wymagany poziom wiedzy oraz kompetencji interpersonalnych),
- 3) kształcenia i szkolenia rehamenagerów** (studia: 12 modułów tematycznych, 2 moduły egzaminacyjne, dodatkowe szkolenia z zakresu

⁸ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden*, 2010, s. 5.

rozwoju kompetencji miękkich, elementy teoretyczne i praktyczne kształcenia, indywidualizacja szkolenia, samodoskonalenie),

- 4) rodzaju wymaganych kompetencji rehamenagerów** (merytoryczne, metodyczne, społeczne, osobiste),
- 5) głównych zasad pracy rehamenagerów** (orientacja na cel – przywrócenie zdolności osoby do podjęcia zatrudnienia; szybkie podjęcie interwencji, ścisła współpraca z otoczeniem),
- 6) kluczowych zasad postępowania rehamenagerów** (poszczególne etapy i terminy po podjęciu decyzji o uruchomieniu interwencji rehamenagera, zbieranie informacji o osobie po wypadku, planowanie rehabilitacji, stała współpraca z pacjentem, włączanie w proces rehabilitacji rodziny i najbliższego otoczenia, współpraca z pracodawcą, organizacja współpracy specjalistów, monitorowanie i modyfikacja procesu, aspekty ochrony danych osobowych),
- 7) stosowanych metod pracy** (np. zasady opracowania indywidualnego planu rehabilitacji – IPR, koncentracja na możliwościach klienta mierzona w oparciu ICF),
- 8) podstawowego wyposażenia rehamenagerów** (telefon komórkowy, laptop, samochód – niezbędne narzędzia pracy),
- 9) zarządzania jakością usług rehamenagerów** (zasady monitoringu i mierzenia efektów pracy rehamenagerów – jakość wyrażona liczbą osób rehabilitowanych i powracających na otwarty lub chroniony rynek pracy).

Spśród wszystkich zagadnień poruszanych w trakcie spotkań z rehamenagerami studentów najbardziej interesowały praktyczne aspekty pracy. Jednym z najważniejszych problemów do rozwiązania na początkowym etapie pracy rehamenagera było nawiązanie dobrego kontaktu z osobą po wypadku oraz uzyskanie gotowości do współpracy i zmotywowanie do aktywnego udziału w procesie leczenia i rehabilitacji, w tym udziału we wszelkiego rodzaju zabiegach przywracających zdolność do wykonywania czynności zawodowych.

Studentów szczególnie interesowało, w jaki sposób można pokonać opór klienta, wzbudzić jego zaufanie i zmotywować do aktywności.

Osoba po wypadku najczęściej znajdowała się w złym stanie psychicznym. Miała poczucie zagubienia i lęku o przyszłość, a nawet traumy. Rehamenager musiał umieć poradzić sobie z taką sytuacją. W trakcie pierwszych kontaktów z poszkodowanym ważne było pokazanie perspektywy powrotu na dotychczasowe miejsce pracy, a jeżeli to nie było możliwe – przedstawienie innych sposobów kontynuacji zatrudnienia. Pomoc w zmotywowaniu pacjenta do podjęcia rehabilitacji stanowili wolontariusze – osoby, które doznały

podobnego co uszkodzony uszczerbku na zdrowiu. Wyjaśniano, że na początku niezbędne było uzyskanie istotnych informacji o pacjencie – i to nie tylko na temat stanu zdrowia po wypadku, ale także sytuacji rodzinnej, środowiskowej, charakteru wykonywanej pracy itp. Rehamenager kontaktował się także z pracodawcą osoby uszkodzonej (do tego celu potrzebna była jednak zgoda pacjenta). Tylko rzetelne informacje mogły stanowić podstawę do określenia celu i zaplanowania poszczególnych etapów planu kompleksowej rehabilitacji.

Rehamenagerowie podkreślali wagę zbudowania ufnej i bezpiecznej relacji z pacjentem, konieczność włączania chorego w proces planowania poszczególnych działań oraz bieżącego informowania o sytuacji. O ile to było możliwe, osoba uszkodzona w wypadku przy pracy przez cały okres rehabilitacji – w systemie niemieckim – współpracowała z tym samym rehamenagerem.

Goście zwracali uwagę na podstawową zasadę: pacjent powinien być stale w centrum uwagi. Wskazywali na niebezpieczeństwo wyręczenia chorego w podejmowaniu decyzji oraz na bezwzględną konieczność włączania go nie tylko w proces planowania, ale także modyfikacji planu leczenia i rehabilitacji.

Studenci szczególnie dopytywali o zasady opracowywania indywidualnych planów rehabilitacji (IPR). Rehamenager opracowywał IPR przy aktywnym udziale pacjenta i specjalistów z danej dziedziny, w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Zgodnie z założeniami tego modelu kładziono szczególny nacisk na zachowane lub potencjalnie możliwe do przywrócenia zdolności, przydatne w przyszłości na stanowisku pracy oraz w życiu codziennym.

Podkreślano też wagę rozwiniętych umiejętności interpersonalnych oraz organizacyjnych rehamenagera ze względu na potrzebę utworzenia sieci kontaktów, budowania zespołu specjalistów oraz angażowania innych osób, których udział w procesie był niezbędny. Rehamenager nie zastępował specjalistów, ale budował płaszczyznę współpracy, szukał i podpowiadał rozwiązania oraz motywował innych do działania. Rehamenager nie postępował szablonowo. Każdy konkretny przypadek, którym się zajmował, był traktowany indywidualnie, gdyż takiego właśnie podejścia wymagał. Stąd konieczność poszukiwania często niestandardowych rozwiązań.

W trakcie prezentacji zwracano także uwagę na to, że w pracy rehamenagera konieczne są duże zaangażowanie i gotowość do podjęcia interwencji na rzecz klienta. Zadania wymagały często dużej odporności na stres, a nierzadko także dobrej kondycji fizycznej. Wskazywano w tym miejscu na ryzyko wypalenia

zawodowego – stąd konieczność podejmowania zindywidualizowanych działań w zapobieganiu występowania takiego zjawiska, np. udział w treningach radzenia sobie ze stresem, stała współpraca z superwizorem.

Duże wrażenie na studentach zrobiły projekcje filmów prezentujących case study najefektywniejszych i najbardziej skomplikowanych procesów rehabilitacyjnych zarządzanych przez rehamenagerów. Przedstawione analizy przypadków stanowiły swoiste potwierdzenie zaprezentowanej na wstępie przez niemieckich specjalistów koncepcji skupiającej się na zasobach klientów, a także na sposobach radzenia sobie z ich ograniczeniami. Unaoczniały wdrożenie do praktyki podstawowych zasad pracy rehamenagerów: od przybycia do szpitala, pierwszego kontaktu z poszkodowanym, zebrania informacji na temat wypadku, stanu pacjenta, jego sytuacji życiowej i zawodowej, poprzez planowanie leczenia i rehabilitacji, współpracy z zespołem specjalistów, pracodawcą, środowiskiem społecznym, aż po zadbanie o wyposażenie poszkodowanego w niezbędny do funkcjonowania sprzęt, wsparcie pracodawcy przy dostosowaniu stanowiska pracy, a także przystosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb klienta. Wysoko ocenione przez studentów było to, że rehamenager jeszcze przez pewien okres po powrocie klienta do pracy utrzymywał z nim kontakt i w razie potrzeby udzielał dalszego wsparcia.

Zainteresowanie studentów tematyką miało swoje odzwierciedlenie w dużej liczbie pytań adresowanych w szczególności do praktyków w ramach panelu dyskusyjnego, który był zwieńczeniem każdego ze spotkań.

3. Cechy/wyznaczniki dobrej praktyki

SKUTECZNOŚĆ

Bezpośredni kontakt z rehamenagerami z Niemiec, ze względu na dłuższy czas funkcjonowania tych specjalistów w warunkach niemieckich, istotnie przybliżył specyfikę ich działalności. W trakcie spotkań studentów z niemieckimi specjalistami dało się zaobserwować widoczne poruszenie problematyką. Świadczyła o tym także m.in. kontynuacja rozmów już po zakończeniu oficjalnych prezentacji. Echa tych spotkań miały swoje odzwierciedlenie w trakcie dyskusji podejmowanych przez studentów podczas standardowych zajęć realizowanych w ramach programu studiów. Pozytywne konsekwencje zetknięcia się ze specjalistami z Niemiec oraz obserwacje i doświadczenie wykładowców akademickich wskazywały na to, że spotkania z praktykami w danej dziedzinie, poprzez prezentację rzeczywistych problemów i przykładowych rozwiązań, przyniosły najlepszy efekt dydaktyczny i aktywizujący studentów.

UNIWERSALNOŚĆ

Prezentowana w niniejszym opracowania dobra praktyka może być z powodzeniem wykorzystana przez inne uczelnie, które podejmą się włączenia do swojej oferty studiów podyplomowych kierunku „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”. W sytuacji braku możliwości zaproszenia specjalistów z zagranicy (np. ze względu na aspekty finansowe) spotkania można organizować z absolwentami tych studiów, z których część pracuje obecnie w pilotażowych ośrodkach kompleksowej rehabilitacji⁹.

INNOWACYJNOŚĆ

Choć sama idea zapraszania rehamenagerów z dużym doświadczeniem w zakresie zarządzania rehabilitacją celem podzielenia się doświadczeniem nie stanowiła sama w sobie innowacyjnego rozwiązania, to jednak w przypadku spotkań studentów z rehamenagerami z Niemiec można mówić o szczególnych walorach poznawczych i organizacyjnych. Specjaliści przedstawiali nie tylko poszczególne etapy działań i konkretne zadania, które musieli wykonać w trakcie realizacji swoich obowiązków, ale także podkreślali rolę własnych emocji i konfrontacje z emocjami klienta. Rehamenagerowi, ze względu na różnorodność problemów i dynamikę zdarzeń, towarzyszy duży wysiłek psychiczny. I to właśnie ten aspekt pracy wymaga od osób wykonujących zadania związane z koordynacją kompleksowej rehabilitacji szczególnych predyspozycji – odporności na stres oraz umiejętności szybkiego reagowania. Studenci mieli możliwość doświadczenia specyfiki zawodu.

4. Korzyści z zastosowania dobrej praktyki

Spotkania z niemieckimi specjalistami/praktykami poświęcone problematyce zarządzania kompleksową rehabilitacją przyniosły korzyści nie tylko samym studentom, ale także wykładowcom przygotowującym studentów do zadań rehamenagera. We wszystkich ośrodkach naukowych, w których projekt był realizowany, wykładowcy brali czynny udział w spotkaniach. Oprócz zapoznania się z niemieckim systemem organizacji leczenia i rehabilitacji osób po wypadkach przy pracy słuchacze mieli możliwość poznania specyfiki tego zawodu od strony praktycznej. Bezpośredni kontakt studentów z przedstawicielami DGUV zaowocował dodatkową wstępną deklaracją co

⁹ Pilotaż ośrodków kompleksowej rehabilitacji realizowany jest w ramach projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”, współfinansowanego ze środków PO WER Działanie 2.6.

do możliwości kontaktowania się (np. poprzez e-mail) polskich specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją z rehamenagerami w celu uzyskania rady czy konsultacji.

Zaprezentowane rozwiązania stosowane przez niemieckich specjalistów stanowiły także inspirację dla studentów w zakresie organizacji pracy własnej w przyszłości w obszarze zarządzania kompleksową rehabilitacją.

Szczególną wartością spotkań było dzielenie się bardzo indywidualnym doświadczeniem w zakresie stosowania niestandardowych rozwiązań w odniesieniu do nietypowych problemów, z jakimi konfrontowali się pacjenci; rozwiązań, których próżno szukać w literaturze fachowej. Świadczy to wyraźnie o tym, że specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien posiadać kapitał, który pozwoli mu analizować dany problem z wielu perspektyw i działać w określonych sytuacjach niestandardowo.

5. Trudności i zagrożenia przy wdrażaniu dobrej praktyki (ryzyka)

Zagrożenia we wdrożeniu omawianej dobrej praktyki upatrywać można w trudności związanej z obszarem organizacyjnym spotkań. Przedsięwzięcie wymagało bowiem określonych nakładów finansowych i zaangażowania pewnych zasobów ludzkich. Ponadto problemem może być właściwy dobór praktyków, którzy będą posiadali odpowiedni poziom kompetencji w zakresie przekazania swojej wiedzy i doświadczeń w sposób wiarygodny i interesujący. Trzeba jednak podkreślić, że wdrożenie niniejszej praktyki nie wymaga zaangażowania wyłącznie specjalistów – praktyków w dziedzinie kompleksowej rehabilitacji pracujących za granicą, w nieco innych niż polski systemach. Spotkania ze studentami mogą odbywać się przy udziale polskich specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, pracujących w ośrodkach kompleksowej rehabilitacji (ORK) w Polsce, co znacząco przybliży studentom specyfikę pracy specjalistów w polskich realiach.

Podsumowanie

Studia podyplomowe „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” miały charakter interdyscyplinarny i – zgodnie z oczekiwaniami studentów – program studiów przewidywał także znaczący zakres zajęć o charakterze praktycznym. Zaproponowane w niniejszym opracowaniu rozwiązanie, polegające na włączeniu do praktyki nauczania organizacji spotkań z osobami niepełnosprawnymi oraz specjalistami ds. zarządzania kompleksową rehabilitacją w ramach zajęć ze studentami, dodatkowo ten walor praktyczny poszerzył. Ponadto wprowadzone dobre praktyki pozwoliły z jednej strony na dobranie osób, które już działały w obszarze niepełnosprawności i posiadały pewien potencjał wymaganych dla specjalisty kompetencji, z drugiej zaś – wpłynęły na podniesienie i zapewnienie odpowiedniej jakości procesu kształcenia, począwszy od właściwego doboru kadry, a skończywszy na realizacji samych zajęć. Zwłaszcza dużym wyzwaniem było zmierzenie się z realizacją zajęć warsztatowych w formule zdalnej z powodu pojawienia się epidemii i wprowadzonych ograniczeń. Zrealizowana dobra praktyka w zakresie nauczania online znacznie poszerzyła zakres możliwych metod pracy ze studentami oraz kontynuacji procesu nauczania w formie zdalnej. Przeprowadzona ewaluacja po zakończeniu każdego przedmiotu w zakresie oceny przez studentów pracy wykładowców przełożyła się natomiast na podniesienie efektów kształcenia, a tym samym na całościowy kształt procesu nauczania.

Prezentowane praktyki, jak wskazano, mają charakter uniwersalny i możliwy do zastosowania na każdej uczelni przy zastosowaniu stosunkowo niewielkich nakładów finansowych i technicznych oraz przy zaangażowaniu umiarkowanych zasobów kadrowych. Wyrażamy nadzieję, że zaprezentowane propozycje rozwiązań dla praktyk, które mogą sprawiać największą trudność, przyczynią się do utrzymania wysokiej jakości kształcenia na studiach podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”.

Bibliografia

Literatura

Doskonalenie systemów zarządzania: nowa droga do przedsiębiorstwa lean. Bednarek M. Wyd. Difin, Warszawa 2007.

Model Kształcenia, Studia Podyplomowe, Specjalista ds. Zarządzania Rehabilitacją, opracowany 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.

Kształcenie na odległość. Podstawy dydaktyki. Bednarek J., Lubina E. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Wykorzystanie e-learningu jako formy kształcenia zdalnego na publicznych uczelniach wyższych w Polsce. Hołowiecki M. Wyd. Lingua AC Communitas, vol. 24, 2014.

Przewodnik po e-learningu (wyd. IV). Hyla M. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

E-learning – treści, narzędzia, praktyka. Plebańska M., Kula I. Wyd. ALMAMER Szkoła Wyższa, Warszawa 2011.

E-learning. Tajniki edukacji na odległość. Plebańska M. Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2011.

Akty prawne

Zarządzenie nr 104 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 27 września 2019 r. w sprawie określenia procedury zatrudnienia na stanowisku nauczyciela akademickiego.

Zarządzenie nr 33 Rektora Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 20 lutego 2020 r. w sprawie określenia trybu, zasad i kryteriów oceny okresowej nauczycieli akademickich.

Źródła internetowe

https://mfiles.pl/pl/index.php/Dobre_praktyki

<http://zywabibliotekapolska.pl/>

Studia podyplomowe „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

Instrukcja

Autorzy:

mgr Małgorzata Wojnarowska

dr Agnieszka Wojtecka

Gdański Uniwersytet Medyczny

Spis treści

Wstęp	55
Słownik pojęć	57
I Zasady uruchamiania studiów podyplomowych	58
1. Tworzenie studiów podyplomowych	59
2. Zadania jednostki organizacyjnej prowadzącej studia podyplomowe	60
3. Obowiązki i uprawnienia kierownika studiów podyplomowych	61
4. Nadzór nad działalnością studiów podyplomowych	62
5. Rekrutacja na studia podyplomowe	62
II Kwalifikacje pracowników wymagane do prowadzenia studiów „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”	63
III Zasoby rzeczowe i pomoce dydaktyczne wymagane do prowadzenia studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”	66
IV Kosztorys studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”	69

Wstęp

Proces rehabilitacji w Polsce ma charakter bardzo rozproszony, co wynika z dezintegracji instytucjonalnej oraz rozproszonych źródeł finansowania zarówno rehabilitacji medycznej, jak i społecznej czy zawodowej¹. Brak działań z zakresu rehabilitacji kompleksowej czy choćby koordynacji świadczeń realizowanych w rozproszonym systemie utrudnia do niej dostęp 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.

Projekt pn. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako elementu systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce” był współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa, w oparciu o doświadczenia partnera ponadnarodowego Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (Niemieckie Ustawowe Ubezpieczenie od Nieszczęśliwych Wypadków).

W ramach projektu opracowany został model kształcenia na studiach podyplomowych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, których rola będzie polegała na wsparciu podopiecznych w procesie kompleksowej rehabilitacji. Zadania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją polegają na koordynacji działań realizowanych w ramach rehabilitacji medycznej, psychologicznej, społecznej i zawodowej, których celem jest podjęcie lub powrót do aktywności społecznej i (lub) zawodowej osób rehabilitowanych.

¹ Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) prowadzi rehabilitację leczniczą. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) zajmuje się rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy, rokujących powrót do niej. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) realizuje rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności, natomiast rehabilitację społeczną i zawodową osób z niepełnosprawnością prowadzi w przeważającej mierze Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Instrukcja tworzenia i prowadzenia studiów podyplomowych na kierunku „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”, stanowiąca uzupełnienie wypracowanego w projekcie „Modelu kształcenia”, ma na celu określenie zasad tworzenia studiów podyplomowych oraz prawidłowego funkcjonowania wypracowanej metody. Poszczególne rozwiązania szczegółowe związane z uruchamianiem studiów i ich prowadzeniem mogą się różnić w zależności od wewnętrznych regulacji obowiązujących w danej uczelni.

Słownik pojęć

Dziekan – dziekan lub kierownik innej jednostki organizującej i koordynującej kształcenie na studiach podyplomowych lub w innych formach kształcenia.

Model kształcenia – model kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, opracowany 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.

Rektor – rektor uczelni.

Statut – dokument uczelni regulujący zadania, strukturę organizacyjną i sposób działania uczelni.

Studia podyplomowe – forma kształcenia, na którą są przyjmowani kandydaci posiadający kwalifikacje co najmniej studiów pierwszego stopnia.

Wydział – wydział lub inna jednostka organizująca i koordynująca kształcenie na studiach podyplomowych.

I Zasady uruchamiania studiów podyplomowych

Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce² w dziale III reguluje jedynie podstawowe kwestie związane z prowadzeniem studiów podyplomowych. Zgodnie z tymi regulacjami studia mogą być prowadzone przez uczelnię, instytut badawczy oraz instytut Polskiej Akademii Nauk i muszą trwać nie krócej niż dwa semestry, umożliwiając uzyskanie kwalifikacji częściowych na poziomie 6, 7 albo 8 Polskiej Ramy Kwalifikacji. Model kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją zakłada, że studia podyplomowe będą trwały dwa semestry i obejmowały 243 godziny dydaktyczne realizowane w zakresie³:

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

W czasie studiów odbędzie się łącznie 673 godzin zajęć (30 ECTS), w tym: 93 godzin wykładów, 150 godzin ćwiczeń/warsztatów/konwersatoriów (w tym seminarium dyplomowe i wizyta studyjna) oraz 430 godzin w ramach samokształcenia, tym samym realizując warunek określony w par. 2 art. 160 Ustawy.

² Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Dz.U. z 2005 r. nr 164, poz. 1365

³ Model kształcenia. Studia podyplomowe Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, praca zbiorowa, Projekt pn. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 4.3 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, wrzesień 2020 r.

Zgodnie z art. 160 par. 3 uczestnikiem studiów podyplomowych może być osoba, która posiada kwalifikację pełną co najmniej na poziomie 6 (potwierdzone dyplomem ukończenia studiów pierwszego stopnia), uzyskaną w systemie szkolnictwa wyższego i nauki. Kandydaci na studia podyplomowe muszą spełniać następujące wymagania:

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

Studia adresowane są w szczególności do: psychologów i pedagogów społecznych, pracowników instytucji zabezpieczenia społecznego, specjalistów w dziedzinach społecznych, prawnych i medycznych, osób posiadających doświadczenie kontaktu z osobą z niepełnosprawnością w rodzinie lub poprzez pracę, pracowników zajmujących się bezpieczeństwem i higieną pracy, przedstawicieli rad pracowniczych i osób z niepełnosprawnością, menedżerów ds. zasobów ludzkich, lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek oraz pielęgniarzy itp.⁴

1. Tworzenie studiów podyplomowych

- 1) Studia podyplomowe organizuje i prowadzi jednostka organizacyjna uczelni, która posiada uprawnienia do prowadzenia studiów wyższych pierwszego lub drugiego stopnia lub jednolitych studiów magisterskich.
- 2) Studia podyplomowe mogą być prowadzone samodzielnie lub wspólnie przez jednostki organizacyjne uczelni, z zastrzeżeniem pkt 1.1).
- 3) Studia podyplomowe uruchamia rektor uczelni lub dziekan wydziału, w zależności od postanowień statutu uczelni, na wniosek jednostki uprawnionej do składania wniosku o utworzenie studiów podyplomowych, po zasięgnięciu opinii jednostek odpowiedzialnych za kształcenie oraz budżet uczelni – zgodnie ze Statutem danej uczelni.
- 4) Wniosek w sprawie utworzenia studiów podyplomowych składa jednostka organizacyjna prowadząca studia podyplomowe.
- 5) Wniosek do rektora lub dziekana w sprawie uruchomienia studiów podyplomowych wraz z wymaganą dokumentacją jest składany z odpowiednim wyprzedzeniem umożliwiającym zatwierdzenie przez jednostki odpowiedzialne przed ogłoszeniem rekrutacji na studia (zgodnie z procedurą obowiązującą na danej uczelni). Nie można

⁴ *Ibidem.*

rozpocząć rekrutacji na studia bez zatwierdzenia wniosku przez jednostki odpowiedzialne.

- 6) Kompletny wniosek powinien zawierać w szczególności:
 - a) nazwę jednostki/jednostek organizacyjnych prowadzących studia,
 - b) nazwę jednostki wiodącej,
 - c) nazwę studiów podyplomowych (zgodnie z Modelem kształcenia),
 - d) czas trwania edycji studiów podyplomowych oraz przewidywany termin rozpoczęcia,
 - e) zasady rekrutacji (zgodnie z Modelem kształcenia),
 - f) cel oraz program studiów zawierający efekty kształcenia i sposoby weryfikacji (zgodnie z Modelem kształcenia),
 - g) liczbę punktów ECTS oraz liczbę godzin niezbędną do ich zdobycia (zgodnie z Modelem kształcenia),
 - h) warunki ukończenia studiów podyplomowych oraz uzyskania świadectwa ukończenia studiów (zgodnie z modelem kształcenia),
 - i) kosztorys studiów podyplomowych,
 - j) informacje o przewidywanej obsadzie kadry dydaktycznej oraz kandydacie na kierownika studiów i dane dotyczące osób z obsługi administracyjnej,
 - k) Poziom Polskiej Ramy Kwalifikacji, z uwzględnieniem art. 21. Ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz.U. z 2018r. poz. 2153, z późn. zm.),
 - l) dane opisujące infrastrukturę umożliwiającą prawidłową realizację celów kształcenia, w tym właściwy dostęp do sal dydaktycznych oraz zajęć prowadzonych online.
- 7) Studia podyplomowe są prowadzone w formie studiów niestacjonarnych z możliwością ich realizacji również w trybie nauczania na odległość (online).
- 8) Studia podyplomowe są odpłatne.
- 9) Wysokość i zasady wnoszenia opłat za studia podyplomowe określa uchwała Senatu lub inny organ zgodnie ze Statutem uczelni.

2. Zadania jednostki organizacyjnej prowadzącej studia podyplomowe

Studia podyplomowe organizuje i prowadzi jednostka organizacyjna uczelni, która posiada uprawnienia do prowadzenia studiów wyższych pierwszego lub drugiego stopnia lub jednolitych studiów magisterskich. Do zadań jednostki organizacyjnej prowadzącej studia podyplomowe należy:

- 1) Przeprowadzenie zajęć dydaktycznych przez kadre posiadającą odpowiednie kwalifikacje naukowe, dydaktyczne, zawodowe lub inne osoby zaangażowane do prowadzenia zajęć i posiadające doświadczenie praktyczne.
- 2) Zapewnienie odpowiedniej infrastruktury, w tym sal dydaktycznych, programów do nauczania online, elektronicznej platformy wymiany informacji pomiędzy słuchaczami a kadrami dydaktyczną, administracyjną i kierownikiem studiów, programów pozwalających na pracę zdalną i zdalne prowadzenie zajęć.
- 3) Zapewnienie i udostępnienie materiałów dydaktycznych słuchaczom studiów.
- 4) Prowadzenie dokumentacji dotyczącej przebiegu studiów.
- 5) Wydanie słuchaczowi studiów podyplomowych świadectwa/dyplomu ich ukończenia.

3. Obowiązki i uprawnienia kierownika studiów podyplomowych

W celu zapewnienia sprawnej organizacji oraz nadzoru nad przebiegiem studiów podyplomowych zaleca się powołanie kierownika studiów podyplomowych.

- 1) Kierownika studiów podyplomowych, posiadającego co najmniej stopień naukowy doktora, na wniosek dziekana jednostki wnioskującej o utworzenie studiów podyplomowych powołuje i odwołuje prorektor odpowiedzialny za sprawy kształcenia lub inny organ zgodnie z postanowieniami Statutu uczelni.
- 2) Do obowiązków i uprawnień kierownika studiów podyplomowych należy:
 - a) przeprowadzenie procesu rekrutacji na studia podyplomowe zgodnie z regulaminem studiów podyplomowych,
 - b) organizacja i nadzór nad przebiegiem studiów podyplomowych,
 - c) nadzór nad obsługą administracyjno-finansową,
 - d) przygotowywanie zaświadczeń/dyplomów o ukończeniu studiów podyplomowych i przedkładanie do podpisu odnośnym władzom,
 - e) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji toku studiów podyplomowych, w tym nadzór nad ewidencją słuchaczy, protokołami zaliczeniowymi i egzaminacyjnymi, teczkami osobowymi oraz innymi materiałami dokumentującymi przebieg studiów,
 - f) rozstrzyganie w kwestiach dotyczących skreślenia z listy słuchaczy i wznowienia studiów,
 - g) przygotowywanie dokumentacji sprawozdawczej,

- h) zatrudnianie kadry dydaktycznej niezbędnej do prowadzenia studiów,
- i) współpraca z jednostkami zewnętrznymi, zaangażowanymi w realizację studiów.

4. Nadzór nad działalnością studiów podyplomowych

- 1) Dziekan i Rada Wydziału sprawują nadzór merytoryczny nad studiami podyplomowymi.
- 2) Kierownik studiów podyplomowych odpowiada za prawidłową organizację i przebieg kształcenia na studiach podyplomowych.
- 3) Kanclerz uczelni sprawuje nadzór nad sprawami finansowymi związanymi z prowadzeniem studiów.
- 4) Prorektor ds. kształcenia lub inny organ określony przez Statut uczelni pełni ogólny nadzór nad działalnością studiów podyplomowych.

5. Rekrutacja na studia podyplomowe

Rekrutacja odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

II Kwalifikacje pracowników wymagane do prowadzenia studiów „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

Studia podyplomowe „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” są studiami interdyscyplinarnymi, tj. łączącymi różne dziedziny wiedzy z zakresu medycyny, rehabilitacji (medycznej, społecznej, psychologicznej i zawodowej) i zarządzania. W związku z tym należy mieć na względzie konieczność zatrudnienia wykładowców posiadających odpowiednie kompetencje. Jeżeli uczelnia lub wydział nie jest w stanie samodzielnie zapewnić pełną obsadę, należy zatrudnić wykładowców zewnętrznych. Treści programowe poszczególnych modułów kształcenia wymagają od wykładowców przekazywania nie tylko wiedzy teoretycznej, ale i doświadczeń z praktyki zawodowej na najwyższym poziomie. Zarówno podczas I, jak i II edycji studiów studenci oczekiwali bardzo praktycznego podejścia do realizacji programu kształcenia. W związku z powyższym w trakcie realizacji studiów podyplomowych rekomenduje się:

- co najmniej organizację spotkań lub wręcz realizację zajęć (przynajmniej w części) przez praktyków, w tym osoby, które kierują lub koordynują działania z zakresu rehabilitacji w różnego rodzaju organizacjach, pracują w jednostkach samorządu terytorialnego, organizacjach pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnością, instytucjach realizujących świadczenia (ZUS, KRUS, PFRON),
- umożliwienie studentom spotkań i przeprowadzania wywiadów z osobami z niepełnosprawnością w celu lepszego poznania ich potrzeb,
- zatrudnienie wykładowców z niepełnosprawnością (realizujących zajęcia samodzielnie lub w ramach co-teachingu).

W przypadku zatrudnienia do prowadzenia zajęć praktyków należy zadbać, aby były to osoby o odpowiednim poziomie umiejętności dydaktycznych (trenerskich).

1. MODUŁ PRAWNO-ORGANIZACYJNY (MPO)

- **Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne, prawo cywilne**
Wykładowca z wykształceniem prawniczym, co najmniej mgr prawa, z kilkuletnim doświadczeniem naukowym lub zawodowym związanym z ochroną zdrowia, zabezpieczeniem społecznym, administracją.

- **Prawo pracy**
Wykładowca z wykształceniem prawniczym, co najmniej mgr prawa, z kilkuletnim doświadczeniem naukowym lub zawodowym związanym z prawem pracy.

2. MODUŁ MEDYCZNY (MM)

- **Propedeutyka medycyny**
Wykładowca z wykształceniem medycznym, co najmniej lekarz medycyny, z kilkuletnim stażem klinicznym.
- **Propedeutyka rehabilitacji medycznej**
Wykładowca z wykształceniem medycznym, co najmniej mgr fizjoterapii lub lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, z przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem w pracy na oddziale rehabilitacji.

3. MODUŁ PSYCHOLOGICZNY (MP)

- **Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia**
Wykładowca z wykształceniem psychologicznym, co najmniej mgr psychologii lub psychoterapeuta, z przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem w pracy z osobami: z niepełnosprawnością, u których rozpoznano zaburzenia ze spektrum autyzmu, z zaburzeniami struktury osobowości, z dysfunkcją intelektu.
- **Kompetencje interpersonalne I**
Prowadzący zajęcia – co najmniej mgr psychologii z dyplomem psychoterapeuty lub psychoterapeuta z dyplomem, z przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem dydaktycznym (szkoleniowym) w zakresie treści przedmiotu lub pracy terapeutycznej.
- **Kompetencje interpersonalne II**
Prowadzący zajęcia – co najmniej mgr psychologii z dyplomem psychoterapeuty lub psychoterapeuta z dyplomem, z przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem dydaktycznym (szkoleniowym) w zakresie treści przedmiotu lub pracy terapeutycznej.

4. MODUŁ REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ RYNKU PRACY (MRZS)

- **Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy**
Wykładowca z co najmniej tytułem magistra i przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem naukowym i dydaktycznym (szkoleniowym) w zakresie treści przedmiotu lub wykładowca z co najmniej tytułem licencjata, posiadający przynajmniej kilkuletnie doświadczenie w pracy w obszarze rehabilitacji zawodowej.

- **Rehabilitacja społeczna**

Wykładowca z co najmniej tytułem magistra i przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem naukowym i dydaktycznym (szkoleniowym) w zakresie treści przedmiotu lub wykładowca z co najmniej tytułem licencjata, posiadający przynajmniej kilkuletnie doświadczenie w pracy w obszarze rehabilitacji społecznej.

5. MODUŁ ZARZĄDZANIA PROCESEM REHABILITACJI

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

Wykładowca z co najmniej tytułem magistra i przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem naukowym i dydaktycznym w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia, zarządzania procesem diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym itp. lub wykładowca z tytułem licencjata, magistra lub równoważnym, posiadający kilkuletnie doświadczenie w zarządzaniu w obszarze ochrony zdrowia i (lub) zarządzania rehabilitacją i pracy z pacjentami.

- **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją**

Wykładowca z co najmniej tytułem magistra i przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem naukowym i dydaktycznym w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia, zarządzania procesem diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym itp. lub wykładowca z tytułem licencjata, magistra lub równoważnym, posiadający kilkuletnie doświadczenie w zarządzaniu w obszarze ochrony zdrowia i (lub) zarządzania rehabilitacją i pracy z pacjentami.

- **Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych**

Wykładowca z wykształceniem medycznym, co najmniej mgr fizjoterapii lub lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, z przynajmniej kilkuletnim doświadczeniem w pracy na oddziale rehabilitacji lub wykładowca z tytułem licencjata, magistra lub równoważnym, posiadający kilkuletnie doświadczenie w zarządzaniu rehabilitacją i pracy z pacjentami.

6. SEMINARIUM DYPLOMOWE

Seminarium dyplomowe powinno być prowadzone przez osoby co najmniej ze stopniem doktora, posiadające doświadczenie w prowadzeniu prac dyplomowych.

III Zasoby rzeczowe i pomoce dydaktyczne wymagane do prowadzenia studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

Zajęcia są prowadzone w salach dydaktycznych. Jednakże w sytuacji zagrożenia epidemicznego dopuszcza się ich realizację w formie hybrydowej lub zdalnie z zastosowaniem regulacji obowiązujących w tym zakresie na poszczególnych uczelniach.

W celu właściwej realizacji procesu kształcenia należy umożliwić studentom korzystanie z zasobów biblioteki uczelni i zapewnić dostęp do materiałów dydaktycznych (w wersji papierowej lub elektronicznej).

W przypadku przedmiotu „Dobre/złe praktyki w rehabilitacji osób niepełnosprawnych” studenci odbywają wizytę studyjną (6 godzin dydaktycznych) w placówce, w której realizowana jest rehabilitacja (w miarę możliwości wskazane jest, aby była to rehabilitacja w formie kompleksowej). W ramach wizyty należy zapewnić studentom możliwość zapoznania się z pracą profesjonalistów – członków zespołu rehabilitacyjnego, z którymi docelowo będą współpracować, oraz nawiązanie relacji z pacjentami i ich rodzinami celem właściwego aplikowania rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Przy organizacji studiów, tj. zarówno w procesie rekrutacji, jak i realizacji studiów, należy przestrzegać zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz przestrzegania zasady równości szans i równego traktowania kobiet i mężczyzn. Zasady te nabierają szczególnego znaczenia w prowadzeniu studiów o profilu zorientowanym na wykształcenie specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

Poniżej wskazano podstawowe zasoby rzeczowe i pomoce dydaktyczne, które będą niezbędne zarówno w prowadzeniu zajęć dydaktycznych, jak i realizacji całego procesu studiów.

1. MODUŁ PRAWNO-ORGANIZACYJNY (MPO)

- **Podstawy systemowe zabezpieczenia społecznego i rehabilitacji, prawo administracyjne, prawo cywilne (wykład)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym, materiały dydaktyczne, wzory pism procesowych, kodeksy, ustawy.

- **Prawo pracy (konwersatorium)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne, wzory pism procesowych, kodeksy, ustawy.

Konwersatoria powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

2. MODUŁ MEDYCZNY (MM)

- **Propedeutyka medycyny (wykład)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym, materiały dydaktyczne.

- **Propedeutyka rehabilitacji medycznej (wykład, ćwiczenia)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Ćwiczenia powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

3. MODUŁ PSYCHOLOGICZNY (MP)

- **Psychologia kliniczna – wybrane zagadnienia (wykład)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym, materiały dydaktyczne.

- **Kompetencje interpersonalne I (warsztaty)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, kamera, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Warsztaty powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

- **Kompetencje interpersonalne II (warsztaty)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, kamera, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Warsztaty powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

4. MODUŁ REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ RYNKU PRACY (MRZS)

- **Rehabilitacja zawodowa i rynek pracy (konwersatorium)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Konwersatoria powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

- **Rehabilitacja społeczna (konwersatorium)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Konwersatoria powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

5. MODUŁ ZARZĄDZANIA PROCESEM REHABILITACJI

- **Stanowisko pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją: cel, zadania, specyfika, promocja (wykłady, ćwiczenia)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Ćwiczenia powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

- **Metody pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją (wykład, warsztaty)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, papier, markery, tablica magnetyczna, magnesy, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Warsztaty powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

- **Dobre/złe praktyki z rehabilitacji osób niepełnosprawnych (wizyta studyjna, konwersatorium)**

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym z możliwością pracy w podgrupach, materiały dydaktyczne.

Wizyta studyjna w placówce, w której realizowana jest rehabilitacja.

Wizyta studyjna i konwersatoria powinny być realizowane w grupach do 15 osób.

6. SEMINARIUM DYPLOMOWE

Laptop, rzutnik multimedialny, tablica, flipchart, markery, platformy komunikacji stosowane przy nauczaniu zdalnym.

IV Kosztorys studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

Kosztorys służy do określania kosztów wykonania zadań, projektów i przedsięwzięć, dostarcza również informacji niezbędnych do ustalenia wysokości opłat za studia. Kosztorys studiów podyplomowych wymagany jest już na etapie podejmowania decyzji o uruchomieniu studiów na danej Uczelni i jest częścią wniosku.

W trakcie przygotowywania kosztorysu należy wziąć pod uwagę koszty: wynagrodzeń, zakupu niezbędnych materiałów oraz wyposażenia, sal dydaktycznych, usług obcych czy innych kosztów bezpośrednich. Należy także pamiętać o uwzględnieniu kosztów pośrednich. W przypadku uczelni są to zwykle określone procentowo odpisy na koszty wydziałowe i ogólnouczelniane. Ich poziom zależy od wewnętrznych uregulowań każdej uczelni.

Tabela 1. Przykładowy wzór (szablon) kosztorysu studiów podyplomowych

Kosztorys studiów podyplomowych "Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją"

Wydział: _____

Jednostka: _____

Czas trwania studiów: 2 semestry

Termin rozpoczęcia: _____

Łączna liczba godzin: 243 w tym:

- a. wykładów: 93 godz.
- b. ćwiczeń, konwersatoriów, warsztatów: 134 godz.
- c. seminariów dyplomowych: 10 godz.
- d. zajęć w ramach wizyty studyjnej: 6 godz.

PLANOWANE KOSZTY (w kosztorysie uwzględniono realizację studiów dla 30 osób)		jednostka	Ilość	cena jednostkowa	licznie
KOSZTY WYNAGRODZEŃ I USŁUG OBcych	Realizacja zajęć dydaktycznych: - wykłady (1 grupa) - ćwiczenia, konwersatoria, warsztaty (2 grupy x 134h) - seminarium dyplomowe (3 grupy x 10h) <i>(Wysokość wynagrodzeń podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	godz. dydaktyczna	93	100,00 zł	9 300,00 zł
		godz. dydaktyczna	268	100,00 zł	26 800,00 zł
		godz. dydaktyczna	50	100,00 zł	5 000,00 zł
	Promotorstwo i rezerwa pracy dyplomowej (promotorstwo 20h x 30 os. + rezerwa 5h x 30 os.) <i>(Wysokość wynagrodzenia podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	godz. dydaktyczna	750	100,00 zł	75 000,00 zł
	Wynagrodzenie prowadzących zajęcia w ramach wizyty studyjnej (2 grupy x 6h) <i>(Wysokość wynagrodzenia podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	godz. dydaktyczna	12	100,00 zł	1 200,00 zł
	Wynagrodzenie kierownika studiów <i>(Wysokość wynagrodzenia podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	mieiąc	30	2 000,00 zł	20 000,00 zł
	Wynagrodzenie członków komisji rekrutacyjnej (3 członków komisji)* <i>(Wysokość wynagrodzenia podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	osoba	3	1 000,00 zł	3 000,00 zł
	Szkolenie bhp <i>(Wysokość wynagrodzenia podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	godz. dydaktyczna	2	100,00 zł	200,00 zł
	Obsługa organizacyjna i techniczna studiów <i>(Wysokość wynagrodzenia podana w kwocie brutto/brutto - całkowity koszt pracodawcy)</i>	mieiąc	30	1 000,00 zł	10 000,00 zł
	POZOSTAŁE KOSZTY BEZPOŚREDNIE	Ubezpieczenie studentów	osoba	30	30,00 zł
Realizacja wizyty studyjnej (np. transport, ubezpieczenie, wyżywienie)		osoba	30	50,00 zł	1 500,00 zł
Wynajem sal do realizacji zajęć		godz. dydaktyczna	411	50,00 zł	20 550,00 zł
Zakup wyposażenia i pomocy naukowych		komplet	1	1 000,00 zł	1 000,00 zł
INNE KOSZTY	Materiały eksploatacyjne (papier, tonery itp.)	komplet	1	1 000,00 zł	1 000,00 zł
	Koszty materiałów itp.			- zł	
	Inne koszty			- zł	
SUMA KOSZTÓW BEZPOŚREDNICH					175 450,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

KOSZTY POŚREDNIE	Odsetk na pokrycie kosztów wydziałowych (w %) (przyjęto założenie odsetku w wysokości 20%)	% kosztów	20%	35 090,00 zł
	Odsetk na pokrycie kosztów ogólnouczelnianych (w %) (przyjęto założenie odsetku w wysokości 20%)	% kosztów	20%	35 090,00 zł
KOSZTY RAZEM				245 630,00 zł

*wysokość wynagrodzenia można ustalić od foteli kandydatów na studia

(Kierownik)

(Kierownik)

(organizator studiów podyplomowych)

Raport

Wdrożenie specjalistycznej ścieżki kształcenia i rozwoju zawodowego specjalisty ds. zarządzana rehabilitacją

Autorzy:

prof. dr hab. Grażyna Firlit-Fesnak (Uniwersytet Warszawski, koordynator merytoryczny)

mgr Bartosz Gaca (Zakład Ubezpieczeń Społecznych)

dr n. med. Bogumiła Kosicka (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)

mgr Katarzyna Krysik (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

dr Małgorzata Ołdak (Uniwersytet Warszawski)

dr Magdalena Ślęzyk-Sobol (Uniwersytet Wrocławski)

lek. med. Jarosław Tomaszewski (Gdański Uniwersytet Medyczny)

mgr Irena Wolińska (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Spis treści

Wprowadzenie 73

- 1 Informacja o projekcie realizującym kształcenie zawodowe specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją – synteza 75**
 - 2 Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją w systemie kompleksowej rehabilitacji – profil kompetencyjny 77**
 - 3 Adresaci zawodu „specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” 81**
 - 3.1 Osoby z niepełnosprawnością 81
 - 3.2 Instytucje zabezpieczenia społecznego 83
 - 3.3 Instytucje ubezpieczeniowe 86
 - 3.4 Instytucje medyczne 90
 - 3.5 Ośrodki Kompleksowej Rehabilitacji 92
 - 4 Kształcenie zawodowe specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w Polsce w doświadczeniu ośrodków akademickich realizujących w latach 2018/2020 studia podyplomowe 94**
 - 5 Doskonalenie zawodowe rehamenagerów w Niemczech 98**
 - 6 Podsumowanie raportu 101**
- Bibliografia 102**

Wprowadzenie

prof. dr hab. Grażyna Firlit-Fesnak

Niniejszy raport został przygotowany głównie z myślą o potencjalnych pracodawcach specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (dalej: specjalista). Jeżeli istnienie tej specjalności zostanie usankcjonowane poprzez ujęcie w klasyfikacji zawodów i specjalności lub włączenie do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, a tym samym dopełni ona specjalistyczne kadry w systemie rehabilitacji kompleksowej, to wiedza o kompetencjach i umiejętnościach specjalisty będzie istotna w procesie rekrutacji kadr w instytucjach odpowiedzialnych za rehabilitację osób z niepełnosprawnością, a informacja o nowym kierunku kształcenia stanie się przydatna w procesach ich doskonalenia. Drugim adresatem raportu są placówki edukacyjne, zainteresowane realizacją programu studiów i doskonaleniem zawodowym specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

Kluczowym celem opracowania jest upowszechnienie informacji o tym, czym charakteryzuje się zawód specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, jakie umiejętności i kompetencje posiada wykonująca go osoba, jakie korzyści z zatrudnienia specjalisty mogą odnieść instytucje odpowiedzialne za organizację i realizację rehabilitacji kompleksowej w dokonaniu trafnego wyboru metod i instrumentów rehabilitacji oraz sprawnego zarządzania tym procesem, a także w jakich instytucjach przydatna może być wiedza możliwa do nabycia w toku studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”. Drugi cel można określić jako zarówno informacyjny, jak i aplikacyjny, dotyczy bowiem efektów kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją w ośrodkach akademickich realizujących w latach 2018-2020 niniejszy projekt i wynikających stąd wniosków dla włączenia tego profilu kształcenia do struktury kierunków studiów.

W opracowaniu znalazły się zatem takie zagadnienia, jak: informacja o projekcie, opis profilu kompetencyjnego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w systemie kompleksowej rehabilitacji, charakterystyka głównych i potencjalnych adresatów umiejętności i kompetencji specjalisty ds. rehabilitacji zawodowej – zarówno instytucji publicznych, jak i poszczególnych kategorii osób z niepełnosprawnością. W dalszej części przedstawiono efekty kształcenia i opinie kadry oraz absolwentów studiów z ośrodków akademickich realizujących

studia podyplomowe w ramach niniejszego projektu, tj. Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Wrocławskiego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zwracając też uwagę na optymalny zakres i formy doskonalenia zawodowego w tej specjalności. Dopelnieniem powyżej wymienionych zagadnień jest informacja o doskonaleniu zawodowym rehamenagerów w Niemczech.

1 Informacja o projekcie realizującym kształcenie zawodowe specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją – synteza

mgr Irena Wolińska

Liderem projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”, realizowanego od października 2017 r. w ramach Osi IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa Działania 4.3 Współpraca ponadnarodowa Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych we współpracy z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Uniwersytetem Warszawskim, Uniwersytetem Wrocławskim, Gdańskim Uniwersytetem Medycznym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Kluczowy, z punktu widzenia możliwości osiągnięcia celu głównego projektu, jest udział partnera zagranicznego – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., mającego długoletnie doświadczenie w kształceniu specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją, funkcjonujących w Niemczech w ramach ustawowego ubezpieczenia wypadkowego.

Główny cel projektu to wdrożenie modelu kształcenia i programu studiów podyplomowych kształtujących kompetencje specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją poprzez przygotowanie, realizację i ocenę efektów studiów podyplomowych z zakresu zarządzania rehabilitacją. Stanowi on integralną część tworzonego przez PFRON i ZUS innowacyjnego programu pn. „Wczesna, kompleksowa rehabilitacja szansą na powrót do aktywności społecznej lub zawodowej”, w ramach którego równoległe do niniejszego projektu powstał i jest testowany model kompleksowej rehabilitacji (finansowany z PO WER, działanie 2.6). Rezultatem tych działań będzie zwiększenie efektywności procesów *return-to-work*, a docelowo – obniżenie wskaźnika osób niezdolnych do pracy, niepracujących i nieuczestniczących w życiu społecznym, a tym samym zmniejszenie skali wykluczenia społecznego.

Model kompleksowej rehabilitacji wymaga nowego typu specjalisty, łączącego holistycznie takie kompetencje niezbędne do zarządzania rehabilitacją, jak: rehabilitacja medyczna, zawodowa, społeczna, rozwój umiejętności samodzielnego funkcjonowania u podopiecznego, zwiększanie osobistej motywacji do aktywnego uczestniczenia w rynku pracy, terapia zajęciowa, prawo pracy, zabezpieczenie społeczne, umiejętności pozwalające na skuteczne motywowanie środowiska rodzinnego, zawodowego w zakresie pomocy osobie rehabilitowanej. W polskim systemie kształcenia nie było dotąd kierunku przygotowującego w tak szerokim profilu. Dotychczas dostarczał on specjalistów w określonych dziedzinach, m.in. lekarzy specjalistów rehabilitacji, fizjoterapii, psychologii, medycyny pracy. Z tego wyniknęła potrzeba wypracowania i przetestowania modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

W projekcie założono objęcie wsparciem 240 osób. Są to osoby z wykształceniem wyższym, zainteresowane pracą w obszarze koordynowania procesu całościowej rehabilitacji w modelu rehabilitacji kompleksowej – m.in. menedżerowie HR, pracownicy zajmujący się bezpieczeństwem i higieną pracy, lekarze medycyny pracy oraz lekarze specjaliści w zakresie rehabilitacji, pracownicy instytucji zabezpieczenia społecznego, a także specjaliści w dziedzinach społecznych, prawnych i medycznych.

Główne zadania projektu obejmowały:

- 1) Przygotowanie nowego rozwiązania: opracowanie pierwszej wersji Modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.
- 2) Przygotowanie i przeprowadzenie I edycji dwusemestralnych studiów podyplomowych w zakresie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.
- 3) Opracowanie ostatecznej wersji Modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.
- 4) Zorganizowanie i przeprowadzenie II edycji dwusemestralnych studiów podyplomowych w zakresie kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.
- 5) Wypracowanie rekomendacji do dalszego wdrażania Modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją w praktyce.

2 Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją w systemie kompleksowej rehabilitacji – profil kompetencyjny

dr Magdalena Ślęzyk-Sobol

Model kompleksowej rehabilitacji, promowany i wdrażany w Polsce w ramach projektu „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”, zakłada oparcie systemu rehabilitacji osób z niepełnosprawnością na ścisłej współpracy interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, takich jak: lekarze, zespół pielęgniarski, fizjoterapeuci, logopedzi, terapeuci zajęciowi, psychologowie, doradcy zawodowi, pracownicy socjalni. Kluczową rolę powinien odgrywać w nim specjalista ds. zarządzania rehabilitacją.

Zarówno zakres obowiązków, jak i funkcje, które docelowo powinno spełniać nowe stanowisko pracy, są bardzo szerokie, a wymagania stawiane specjalistom ds. zarządzania rehabilitacją – ambitne. Podczas tworzenia modelu kompleksowej rehabilitacji oraz pilotażowego projektu studiów podyplomowych dla specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją wzorowano się na doświadczeniach niemieckich. Model niemiecki ciągle ewoluuje i podlega modyfikacjom, niezmiennie jednak jego realizacja wiąże się z ukończeniem certyfikowanych kursów w ośrodkach akademickich lub podejmowaniem studiów na certyfikowanych kierunkach po zdobyciu doświadczenia w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Profil kompetencyjny specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, opracowany w ramach projektu, wzorowany był na opisach stanowisk pracy, charakterystyce zawodu oraz informacjach na temat specyfiki pracy uzyskanych od niemieckich rehamanagerów. Przedstawiony w modelu kształcenia profil stanowił punkt odniesienia podczas tworzenia programu studiów, a także podstawę działań rekrutacyjnych.

Tym, co stanowi istotną informację dotyczącą specyfiki nowego zawodu – specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją – jest interdyscyplinarność jego roli. Z tego względu z perspektywy pracodawców należy uwzględnić szeroki zakres kompetencji i predyspozycji wymaganych od kandydatów na przedstawiane stanowisko pracy. Zakres szerokich kwalifikacji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją powinien obejmować nie tylko specyficzne kompetencje zawodowe, ale również interpersonalne.

Od specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją wymaga się różnorodnych kompetencji – osobistych, społecznych, a także kierowniczych. Mimo że nie pełnią oni funkcji stricte menedżerskich, oczekuje się od nich koordynowania pracy grupy niezależnych specjalistów oraz ekspertów, organizowania procesu rehabilitacji, ale również zarządzania obiegiem informacji, wymianą danych czy usprawnianiem współpracy.

Profil skutecznego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją obejmuje grupę kompetencji osobistych, takich jak wysoka samoświadomość, tj. adekwatny wgląd we własne stany emocjonalne oraz zdolność do autorefleksji, umiejętność radzenia sobie z emocjami i stresem, tj. umiejętność trafnego rozpoznawania emocji i stanów psychicznych innych ludzi, a także podejmowania działań zaradczych w sytuacjach trudnych. Od specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją oczekuje się wysokiego poziomu odporności psychicznej – szybkiego „powracania” do równowagi po doświadczeniu stresu oraz trudności. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją powinien dbać o ciągłe doskonalenie oraz rozwój osobisty. Z tego względu umiejętności samodoskonalenia oraz motywacja osiągnięć są kolejnym istotnym wyróżnikiem kompetencyjnym. Innym ważnym predykatorem skuteczności w koordynowaniu procesem rehabilitacji jest podejmowanie inicjatywy, zaangażowanie, wyznaczanie sobie celów i dążenie do ich realizacji. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją pracuje w bezpośrednim kontakcie z różnego typu odbiorcami usług oraz licznymi współpracownikami. Z tego względu kolejną grupą istotnych kompetencji są umiejętności społeczne. Od specjalisty oczekuje się wysokiego poziomu komunikatywności, przejawiającego się nie tylko w znajomości zasad skutecznej komunikacji interpersonalnej, ale przede wszystkim w aktywnym słuchaniu innych oraz rozwiązywaniu barier komunikacyjnych. Praca w zróżnicowanym środowisku interpersonalnym wymaga umiejętności asertywnego komunikowania się oraz asertywnego radzenia sobie w kontakcie z innymi. Wyrażanie własnych opinii w sposób otwarty i bezpośredni przy jednoczesnym respektowaniu uczuć, potrzeb i praw innych ludzi jest kolejną wiązką kompetencji. Realizowanie zadań obejmujących koordynowanie kompleksową rehabilitacją wymaga od specjalisty nawiązywania i budowania relacji zarówno z podopiecznymi (klientami), jak

również współpracownikami. Tworzenie bezpiecznego i opartego na zaufaniu środowiska systemu współpracy jest umiejętnością, która umożliwi specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją konsolidowanie grupy specjalistów, a także lepsze i głębsze rozumienie klientów i ich potrzeb.

Chociaż specjalista ds. zarządzania rehabilitacją nie posiada formalnej roli liderkiej w strukturze organizacyjnej, a jego zadaniem nie jest kierowanie zespołem, powszechnie utożsamiane z rozliczaniem efektywności pracowników, należy zwrócić uwagę na niezbędne elementy kompetencji menedżerskich, potrzebne do tego, aby skutecznie koordynować współpracę w zróżnicowanym zespole. Wśród nich istotną dla specjalisty jest umiejętność organizacji pracy własnej, tj. samodzielne planowanie pracy zgodnie z wytycznymi, jasne określanie priorytetów i zadań, podejmowanie niezbędnych decyzji, zarządzanie własnym czasem pracy w sposób usystematyzowany oraz umożliwiający realizację założonych celów.

Kolejną ważną kompetencją menedżerską jest budowanie zespołu oraz koordynowanie pracy specjalistów, które widoczne jest poprzez planowanie działań, ich organizowanie oraz kontrolowanie, a także skoncentrowanie grupy wokół realizacji wspólnego celu. Jak wspomniano powyżej – mimo braku formalnej zależności służbowej specjalista ds. zarządzania rehabilitacją jest osobą odpowiedzialną za sprawne organizowanie procesu rehabilitacji. Oczekiwania wobec tego stanowiska pracy wiążą się więc ze wzmacnianiem zaangażowania w osiąganie celów rehabilitacyjnych u klientów, współpracowników, a nawet rodziny podopiecznych. Specjalista powinien przekazywać informacje zwrotne szerokiemu gremium odbiorców w sposób konstruktywny, tzn. otwarty, klarowny oraz skoncentrowany na faktach, a jednocześnie empatyczny.

W procesie kompleksowej rehabilitacji specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie pełnił funkcje wymagające podejmowania decyzji oraz rozwiązywania bardzo różnorodnych problemów, poczynając od kwestii medycznych i zdrowotnych klientów, poprzez różnorodne problemy prawne, socjalne i organizacyjne. Nie oznacza to, że rozwiązuje wszelkie problemy indywidualnie, musi jednak wiedzieć, w jaki sposób oraz z kim współpracować, aby poradzić sobie z potencjalnymi wyzwaniami oraz zagrożeniami procesu rehabilitacyjnego.

Umiejętność trafnej oceny sytuacji, wielowymiarowego analizowania danych i wyciągania adekwatnych wniosków, a także podejmowanie decyzji we właściwym momencie oraz przejmowanie odpowiedzialności za ich skutki i konsekwencje to kolejna grupa kompetencji wymaganych w tym zawodzie. Niewątpliwie podczas wykonywania swoich obowiązków specjalista ds.

zarządzania rehabilitacją będzie napotykał na liczne sytuacje konfliktowe. Z tego względu zarówno świadomość własnych reakcji oraz reakcji innych osób, jak i umiejętność rozwiązywania sporu w sytuacjach trudnych i dążenie do wypracowania porozumienia są niezbędnym elementem profilu kompetencyjnego.

Do powyższej charakterystyki należy dodać kompetencje zawodowe, spośród których najważniejsza jest znajomość:

- prawa administracyjnego i cywilnego,
- przepisów prawa pracy oraz zasad funkcjonowania rynku pracy,
- systemu zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej i wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami,
- wybranych elementów wiedzy medycznej,
- organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- podstawowych zasad psychologicznego funkcjonowania człowieka,
- metod pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, a także budowanie wizerunku własnego i klienta, co stanowi konieczny element w promowaniu podopiecznych na otwartym rynku pracy.

Jak wynika z powyższej prezentacji, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją jawi się w profilu kompetencyjnym jako człowiek „wielu talentów”, o niezwykle wysokim poziomie kompetencji osobistych, społecznych, liderkich oraz zawodowych. Należy zaznaczyć, że wiele spośród opisanych kompetencji wymagać będzie od specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją systematycznego rozwoju i wzmacniania podczas wykonywania swojego zawodu. Budowanie profili kompetencyjnych w praktyce organizacyjnej ma na celu ujednoczenie oczekiwań co do stanowiska pracy, usprawnienie procesów selekcji i rekrutacji, odpowiednie wartościowanie wakatu, a także adekwatną ocenę efektywności i budowanie skutecznych programów rozwojowych dla zatrudnionych.

Z tej perspektywy stworzony w ramach modelu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją profil zawodowy powinien być wskazówką oraz podpowiedzią dla pracodawców, czego powinni oczekiwać od zatrudnionych specjalistów. Opis kompetencji specjalisty to także podpowiedź dla osób rekrutujących kandydatów na to stanowisko pracy. Biorąc pod uwagę jego specyfikę i złożoność, procesy selekcji i rekrutacji wymagać będą ogromnej staranności oraz dokładności. Zakres odpowiedzialności specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest bardzo szeroki i poważny, podobnie jak decyzje dotyczące wyłaniania najlepszych kandydatów oraz budowania dla nich potrzebnych działań rozwojowych i doksztalających.

3 Adresaci zawodu „specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”

3.1 Osoby z niepełnosprawnością

dr n. med. Bogumiła Kosicka

Niepełnosprawność (*disability*) zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest ograniczeniem lub brakiem zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikającym z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu¹. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego do podstawowych przyczyn niepełnosprawności w Polsce należą choroby (80%), urazy (14%) oraz wady wrodzone (5%). Natomiast najczęstszymi chorobami powodującymi niepełnosprawność są schorzenia układu krążenia i narządu ruchu.

Analiza przyczyn niepełnosprawności przedstawia wieloaspektowe problemy związane z ograniczeniami funkcjonalnymi osoby niepełnosprawnej.

W zależności od momentu powstania niepełnosprawności i jej rodzaju odmiennie przedstawia się rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Każda osoba z niepełnosprawnością różnicuje się posiadanymi umiejętnościami albo określonymi brakami rozwojowymi. Dlatego tak bardzo ważne jest prowadzenie odpowiednio dopasowanego do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej procesu rehabilitacji.

Działania specjalisty ds. zarządzania procesem rehabilitacji są ukierunkowane na właściwą koordynację całego procesu rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością, tak aby w jak najszybszym czasie i w jak największym stopniu mogła ona odzyskać sprawność w zakresie funkcjonowania biopsychospołecznego i zawodowego.

Głównymi odbiorcami wsparcia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją są osoby z niepełnosprawnością, które wymagają kompleksowego procesu rehabilitacji

¹ https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 [dostęp: 2020-10-18].

w zakresie medycznym, psychospołecznym, a występujący u nich rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwość aktywizacji zawodowej.

Najczęściej są to osoby, u których zdiagnozowano schorzenie lub stwierdzono doznanie urazu uniemożliwiające podjęcie lub powrót do pracy, oraz z niesprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie funkcjonowały na rynku pracy i przebywają w swoim środowisku zamieszkania albo funkcjonują w placówkach opiekuńczych.

Biorąc pod uwagę przyczyny niepełnosprawności, możemy wyszczególnić następujące kategorie osób z niepełnosprawnością, do których adresowane są działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją:

1. Osoby z niepełnosprawnością fizyczną

Do grupy tej zaliczamy osoby, u których występuje uszkodzenie, zaburzenie lub choroba narządu ruchu (np. amputacje, deformacje narządów ruchu, paraplegie, niedowład, choroby reumatyczne i zwyrodnieniowe). Obniżona sprawność ruchowa stwierdzana jest u osób z wrodzonymi lub nabytymi dysfunkcjami narządu ruchu. Stanowią one w Polsce niemal połowę populacji osób niepełnosprawnych.

2. Osoby z obniżoną sprawnością komunikowania się, czyli utrudnionym kontaktem werbalnym

Tym rodzajem niepełnosprawności dotknięte są osoby cierpiące na zaburzenia mowy wynikające z nieprawidłowego rozwoju fizycznego, objawiającego się wadliwym funkcjonowaniem aparatu mowy lub samej jamy ustnej i języka. Są to także osoby z afazją, u których zaburzenie bądź utrata wcześniej prawidłowo funkcjonującej umiejętności mówienia nastąpiło z powodu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Utrudnione komunikowanie odnosi się również do osób jękających się, a także cierpiących na autyzm, czyli zaburzenia rozwojowego polegającego na trudnościach w nawiązywaniu relacji społecznych i komunikowaniu uczuć.

3. Osoby z niepełnosprawnością zmysłową (sensoryczną)

W przypadku tego rodzaju niepełnosprawności diagnozuje się całkowity brak, uszkodzenie lub zaburzenie funkcji układu nerwowego, odpowiadającego za odbieranie bodźców zmysłowych. Zmniejszoną sprawność sensoryczną stwierdza się u osób niewidomych, niedowidzących, niesłyszących i niedosłyszących.

4. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe) w stopniu lekkim i umiarkowanym

Upośledzenie intelektualne może być wrodzone, czyli spowodowane czynnikami wewnętrznymi, takimi jak wady rozwojowe, uszkodzenia i nieprawidłowości genowe, zaburzenia układu dokrewnego, choroby powodujące zakażenia ustrojowe bądź nabyte, spowodowane uszkodzeniem mózgu. Do nabytej niepełnosprawności intelektualnej zalicza się najczęściej chorobę Alzheimera i demencję, a także ograniczenia spowodowane uszkodzeniami mózgu podczas wypadków, niedotlenienia lub urazów.

5. Osoby z obniżoną sprawnością psychofizyczną spowodowaną chorobami somatycznymi

Choroby somatyczne – np. astma, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, choroba Leśniowskiego-Crohna, nadczynność tarczycy, niektóre rodzaje otyłości, a także nowotwory – związane są ze zmianami narządowymi.

6. Osoby z niepełnosprawnością społeczną

Są to zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej i zdrowia psychicznego. Do tej grupy można zaliczyć wiele osób bezrobotnych, niezaradnych życiowo, uzależnionych od alkoholu, narkotyków, osób nadwrażliwych emocjonalnie oraz nieumiejących odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

7. Osoby z niepełnosprawnością złożoną (sprzężoną), dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością. Sprzężenie dwóch lub więcej różnych niesprawności i wad może występować w obrębie jednej kategorii lub między kategoriami.

3.2 Instytucje zabezpieczenia społecznego

dr Małgorzata Ołdak, mgr Irena Wolińska

Przyjmując za punkt wyjścia istotę roli i zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, należy uznać, że jego kluczowym potencjalnym miejscem pracy będą instytucje zabezpieczenia społecznego, mające w swoim zakresie działania realizację zadań z zakresu zabezpieczenia rentowego, tj.: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), podległe Ministerstwu Obrony Narodowej Wojskowe Biura Emerytalne (WBE) oraz Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (ZER). Nie bez znaczenia jest tu fakt, że ZUS i KRUS mają w swoich zadaniach

także rehabilitację, WBE zaś – udzielanie pomocy rekonwersyjnej w zakresie przekwalifikowania zawodowego. Ponadto, zgodnie z przyjętymi założeniami, to wymienione powyżej instytucje będą pełniły kluczową funkcję w zakresie kwalifikacji uczestników do programu rehabilitacji kompleksowej.

Celem działania specjalisty jest podjęcie lub powrót do aktywności społecznej i zawodowej przez osoby rehabilitowane. Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami – nabytymi w wyniku wypadku lub wrodzonymi – to szansa na wyższą jakość życia dzięki posiadaniu dochodów i czynnemu funkcjonowaniu w społeczeństwie. To także ewidentna korzyść dla gospodarki dzięki maksymalizacji wykorzystania zasobów ludzkich, a także ograniczeniu wydatków na świadczenia z tytułu czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy. Skoordynowanie działań rehabilitacyjnych pozwoli na szybszy powrót (wejście) na rynek pracy, a uzyskiwane dochody z pracy nie tylko zapewnią byt osobie objętej wsparciem i jej rodzinie, ale też przyczynią się do zwiększenia wpływów do systemu ubezpieczeń społecznych (wpływając jednocześnie na przyszłą wysokość emerytury danej osoby) oraz podatkowego.

Wymienione wyżej instytucje zabezpieczenia społecznego to bardzo często pierwsze miejsce, do którego zgłaszają się osoby niezdolne do pracy z powodu wypadku czy choroby, a także osoby niepełnosprawne od urodzenia, aby uzyskać świadczenia z tytułu niezdolności do pracy². Jest to więc idealny moment i miejsce do rozpoczęcia drogi kompleksowej rehabilitacji. W ramach procesu przyznawania prawa do należnych świadczeń, stanowiących zabezpieczenie potrzeb bytowych w okresie rehabilitacji, z wnioskującą osobą powinien skontaktować się zatrudniony w instytucji specjalista i zaoferować swoje wsparcie w koordynowaniu działań z zakresu rehabilitacji medycznej i społeczno-zawodowej. Pozwoliłoby to także na zwiększenie efektywności już dostępnych form wsparcia, jak np. renta szkoleniowa.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że to właśnie wspomniane instytucje, zwłaszcza ZUS, dzięki systemom informatycznym dysponują największą wiedzą o dotychczasowej drodze zawodowej osoby, jej zawodach wyuczonych i wykonywanych, zajmowanych stanowiskach i zarobkach. To powoduje, że już w momencie rozpoczynania procesu kompleksowej rehabilitacji specjalista z instytucji zabezpieczenia społecznego dysponuje podstawową wiedzą, niezbędną do świadczenia usługi zarządzania rehabilitacją. Nie

² Osoby niemające uprawnień do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ramach ZUS, KRUS, WBE czy ZER zgłaszać się mogą do instytucji integracji i pomocy społecznej lub urzędu pracy – o tych instytucjach piszemy w dalszej części.

zwalnia go to oczywiście od dokonania pogłębionej diagnozy sytuacji klienta, ze szczególnym uwzględnieniem jego aktualnej sytuacji psychologiczno-społecznej i funkcjonalnej oraz pozyskania szeregu uzupełniających danych. Dzięki temu możliwe będzie opracowanie pełnej diagnozy potrzeb klienta, co z kolei zagwarantuje podstawy do przygotowania kompleksowego programu rehabilitacji opartego na racjonalnych i skutecznych działaniach zarówno w aspekcie medycznym, prawnym, psychologiczno-społecznym, jak i zawodowym³. Nie bez znaczenia jest także fakt, że dostęp do tak szerokiego zakresu danych ułatwi sprawny monitoring i bieżącą aktualizację ww. programu.

W tym miejscu należy również podkreślić, że wymienione instytucje, dzięki swojemu zakorzenieniu w polskim systemie zabezpieczenia społecznego, mają zapewnioną rozpoznawalność i cieszą się pewnym zaufaniem społecznym, co z jednej strony zdecydowanie ułatwia realizację zadań specjalisty, a z drugiej – podkreśla wiarygodność nowatorskiego (w polskich warunkach) modelu kompleksowej rehabilitacji. Mamy tu na myśli nawiązanie kontaktu z rodziną i z pracodawcą (jeśli niepełnosprawność dotknęła osobę pracującą). Przede wszystkim jednak chodzi o zdolność do zbudowania trwałej sieci współpracy ze wszystkimi instytucjami zaangażowanymi (które powinny się zaangażować) w proces rehabilitacji, czyli:

- służbami medycznymi i rehabilitacyjnymi, odpowiedzialnymi za poprawę stanu zdrowia fizycznego,
- służbami psychologicznymi,
- instytucjami rynku pracy, odpowiedzialnymi za poradnictwo zawodowe, dostosowanie kwalifikacji do potrzeb rynku pracy w zgodzie z możliwościami psychofizycznymi danej osoby oraz wsparcie w znalezieniu nowej/pierwszej pracy,
- instytucjami integracji społecznej, jeśli niezbędne jest dodatkowe wsparcie finansowe w okresie rehabilitacji,
- Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – m.in. w zakresie pozyskania niezbędnego sprzętu do rehabilitacji domowej, dostosowania mieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością czy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Warto wspomnieć, że wielu pracowników ZUS doskonale zna i rozumie model kompleksowej rehabilitacji, zna też metodologię diagnozowania

³ Kurzynowski A., *Miejsce ochrony zdrowia w zabezpieczeniu społecznym*, w: *Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne*, Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego/Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa – Radom 2016, s. 35.

z wykorzystaniem klasyfikacji ICF. Wielu pracowników ma więc już podstawową wiedzę niezbędną do świadczenia takich usług. Wynika to m.in. z doświadczeń związanych z realizacją pilotażowego programu wczesnej rehabilitacji powypadkowej, które mogą być pomocne przy wdrażaniu modelu kompleksowej rehabilitacji. W obu przypadkach kluczowym założeniem jest bowiem podjęcie wczesnych i kompleksowych działań, dzięki czemu osoby, którym grozi utrata zdolności do pracy, zyskują możliwość ograniczenia ryzyka groźnych powikłań oraz nieodwracalnych zmian chorobowych.

3.3 Instytucje ubezpieczeniowe

mgr Bartosz Gaca

Na polskim rynku ubezpieczeniowym wśród ofert ubezpieczeń od wypadków, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych czy ubezpieczeń dla aktywnych coraz częściej można spotkać pakiety, które w swoich ofertach zawierają kompleksowy proces leczenia, obejmujący również rehabilitację. Prywatni ubezpieczyciele, dostrzegając korzyści płynące z długofalowego zarządzania procesem likwidacji szkód i opieki nad najciężej poszkodowanymi w wypadkach, zaczęli przeorganizowywać podejście do zarządzania ryzykami ubezpieczeniowymi, uwzględniając w nim również kompleksową rehabilitację. A wspomniane korzyści są naprawdę duże – zarówno dla poszkodowanego w wypadku, jak i samego ubezpieczyciela. Jak wskazują niektóre oferty, poszkodowany zyskuje przede wszystkim:

- powrót do pełni życia i aktywności zawodowej,
- odzyskaną samodzielność i poczucie wpływu na swój los,
- leczenie i rehabilitację na koszt ubezpieczyciela,
- dostęp do najlepszych lekarzy i sprawdzonych terapii,
- najwyższą jakość świadczeń w wiodących klinikach w Polsce,
- maksymalną efektywność rehabilitacji,
- indywidualną opiekę i pomoc profesjonalistów,
- wsparcie w sprawach urzędowych.

Korzyściami po stronie ubezpieczyciela są zaś:

- innowacyjny standard obsługi szkód osobowych,
- inwestycja w zorganizowaną i efektywną opiekę,
- wizerunek odpowiedzialnej firmy,
- kontrola nad kosztami rehabilitacji,
- comiesięczne raporty o postępach,

- optymalizacja kosztów i czasu rehabilitacji,
- częściej zawierane ugody,
- zmniejszenie wypłat z tytułu rent⁴.

Przykładem takiego podejścia jest działanie ERGO Hestii, która w 2009 r. utworzyła Centrum Pomocy Osobom Poszkodowanym. ERGO Hestia jako pierwszy ubezpieczyciel w kraju postanowiła inaczej opiekować się ofiarami wypadków, przypominając tym samym o sensie ubezpieczeń, jakim – poza wypłatą odszkodowań – jest zobowiązanie do naprawienia szkody. Oprócz rekompensaty finansowej zdecydowała się oferować poszkodowanym również nadzieję i perspektywy na nowe życie po wypadku, proponując kompleksowe i zindywidualizowane programy rehabilitacyjne pozwalające na powrót do aktywności fizycznej, społecznej i zawodowej⁵.

Centrum Pomocy Osobom Poszkodowanym koordynuje proces kompleksowej rehabilitacji poprzez: diagnozę społeczno-zawodową i medyczną poszkodowanego, wsparcie informacyjne, leczenie i rehabilitację medyczną, rehabilitację zawodową oraz aktywizację zawodową. Centrum zatrudnia ekspertów ds. pomocy osobom poszkodowanym, którzy posiadają doświadczenie z zakresu coachingu, pedagogiki, doradztwa zawodowego, ratownictwa medycznego i pracy w placówkach socjalnych oraz w organizacjach pozarządowych. Są oni pierwszym kontaktem dla poszkodowanych oraz pełnią funkcję dedykowanych opiekunów, którzy koordynują całość procesu rehabilitacji⁶.

Kompetencje takich ekspertów są zbieżne z profilem kompetencyjnym absolwenta studiów podyplomowych „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją”. Muszą oni bowiem dla przeprowadzenia prawidłowej diagnozy społeczno-zawodowej oraz skutecznego i efektywnego zarządzania procesem rehabilitacji posiadać odpowiednie kompetencje:

- osobiste (empatia poznawcza, inteligencja emocjonalna, adaptacja i radzenie sobie ze stresem, samodoskonalenie i motywacja osiągnięć),
- społeczne (umiejętność współpracy i pracy zespołowej, komunikatywność oraz umiejętność nawiązywania i budowania relacji, asertywność, umiejętności coachingowe i motywacyjne),
- menedżerskie (koordynowanie pracy zespołowej, sprawność organizacyjna i samodzielność, rozwiązywanie problemów)

⁴ <https://cpop.pl/dla-ubezpieczycieli.html> [dostęp: 2020-10-18].

⁵ <https://media.ergohestia.pl/pr/303080/wrocil-do-sportu-po-ciezkim-wypadku-pomogly-rehabilitacja-rodzina-i-determinacja> [dostęp: 2020-10-18].

⁶ Tamże.

i podejmowanie decyzji – umiejętności negocjacyjne i mediacyjne, budowanie wizerunku własnego i klienta) oraz

- zawodowe (wiedza z zakresu prawa administracyjnego, cywilnego i pracy, znajomość systemu zabezpieczenia społecznego, pomocy społecznej i wsparcia dla osób niepełnosprawnych, wiedza z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia, znajomość podstawowych zagadnień medycyny z zakresu chorób/urazów powodujących niezdolność do pracy, znajomość narzędzi i metod rehabilitacji zawodowej, znajomość rynku pracy oraz instytucji i usług rynku pracy, znajomość metod i narzędzi pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, znajomość podstawowych zasad psychologicznego funkcjonowania człowieka).

Przyjrzyjmy się poszczególnym krokom procesu rehabilitacji kompleksowej prowadzonej przez Centrum Pomocy Osobom Poszkodowanym, by jeszcze lepiej zrozumieć rolę eksperta.

1. Diagnostyka społeczno-zawodowa i medyczna

Jak wskazuje CPOP, ważne jest dotarcie do poszkodowanego w jego miejscu zamieszkania, aby wnikliwie poznać i zrozumieć jego sytuację. Na wniosek ubezpieczyciela organizowana jest diagnostyka medyczna i przeprowadzana ocena funkcjonalna. Badane są także potrzeby społeczne i zawodowe poszkodowanego. Profesjonalna i wszechstronna diagnoza to podstawa, by skutecznie podjąć kolejne działania i realnie pomóc poszkodowanemu. Ubezpieczycielowi pozwala zaś skrócić czas likwidacji szkody.

2. Wsparcie informacyjne

Od pierwszego spotkania z ekspertem poszkodowany może liczyć na pomoc w sprawach urzędowych dotyczących uprawnień osób z niepełnosprawnościami, możliwości dofinansowania zakupu sprzętu i leków, wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, likwidacji barier architektonicznych i innych. Poszkodowany dowiaduje się również, na jaką pomoc może liczyć ze strony instytucji państwowych (NFZ, ZUS, PFRON, PUP) i organizacji pozarządowych.

3. Leczenie i rehabilitacja medyczna

Na podstawie diagnoz ekspert opracuje Indywidualny Plan Pomocy, czyli program leczenia i rehabilitacji. Współdziałając z ubezpieczycielem, wdraża realizację tego planu w prywatnych klinikach przy wykorzystaniu nowoczesnych terapii oraz z zapewnieniem wsparcia psychologicznego.

4. Rehabilitacja społeczna

Mając na uwadze cel, jakim jest przywrócenie poszkodowanego do życia, ekspert stara się stworzyć warunki sprzyjające jego samodzielności i determinacji w powrocie do zdrowia. Pomaga poszkodowanemu mobilizować się do aktywności oraz zachować wiarę w sukces leczenia i poprawę własnej sytuacji.

5. Aktywizacja zawodowa

Ekspert pomaga poszkodowanemu również w powrocie na otwarty rynek pracy. Pomoc w tym zakresie obejmuje doradztwo zawodowe i wsparcie w znalezieniu zatrudnienia, z uwzględnieniem występującej często konieczności przekwalifikowania, nawiązaniem nowych kontaktów z potencjalnymi pracodawcami oraz lepszym poznaniem lokalnego rynku pracy.

Jak widać, przyjęty przez CPOP model kompleksowej rehabilitacji w bardzo wielu aspektach jest skorelowany z profilem zadań specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, przygotowywanego również do przeprowadzenia diagnozy wstępnej. W tym obszarze uwidacznia się mobilność, jaka powinna cechować tę profesję – eksperci nie mogą zarządzać procesem rehabilitacji „za biurka”, ale powinni dotrzeć do poszkodowanego możliwie szybko i jak najprędzej rozpoznać jego faktyczne potrzeby. Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją w procesie edukacyjnym nabywa również wiedzę i umiejętności niezbędne do zapewnienia wsparcia informacyjnego dla osoby poszkodowanej – poznaje zakres działania poszczególnych instytucji publicznych i pozarządowych oraz możliwe formy pomocy udzielanej osobom z niepełnosprawnościami. Tak jak w przypadku ekspertów CPOP, którzy przygotowują Indywidualny Plan Pomocy, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją potrafi przygotować Indywidualny Plan Rehabilitacji. Poprzez nabycie kompetencji z zakresu psychologii oraz wiedzy o rynku pracy posiada także niezbędne zaplecze do zapewnienia wsparcia w aktywizacji społecznej i zawodowej poszkodowanego.

Zakładając, że instytucje ubezpieczeniowe będą w dalszym ciągu dążyły do rozwoju przedstawionego wyżej modelu holistycznego podejścia do zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym, które uwzględnia programy rehabilitacyjne, można z całą stanowczością stwierdzić, że prywatni ubezpieczyciele będą doskonałymi adresatami profesji (zawodu) specjalista ds. zarządzania rehabilitacją. Aktualnie taki model jest jeszcze w załączku, choć wspomniane Centrum Pomocy Osobom Poszkodowanym nie współpracuje dziś już wyłącznie z ubezpieczycielem – założycielem jednostki (ERGO Hestia), ale też z innymi podmiotami. Zatrudnianie w firmach ubezpieczeniowych specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją może

stać się zarówno elementem rozwoju własnego organizacji, która rozszerza pakiet swoich usług, jak również świadczyć o zmianie filozofii podejścia do ubezpieczonych i proaktywnym podejściu do likwidacji szkody. Jak wskazują eksperci ERGO Hestii, „wzajemne relacje i doświadczenia ERGO Hestii z osobami objętymi tymi programami nie sprowadzają się wyłącznie do świadczenia usługi rehabilitacyjnej, ale generują realną więź ubezpieczyciela z osobą poszkodowaną”⁷. To zupełnie nowe podejście podkreśla również społeczną odpowiedzialność ubezpieczycieli, co niewątpliwie wpływa na ich pozycję rynkową oraz budowanie zaufania wśród klientów.

W tym miejscu nie sposób jednak nie wspomnieć o zagrożeniach, jakie wiążą się z wdrażaniem programów rehabilitacyjnych do ofert prywatnych ubezpieczycieli. Polski system odszkodowawczy w pewnym stopniu zachęca do wypłat odszkodowań – zadośćuczynień (dotyczy ich ok. 75% roszczeń od poszkodowanych). Zdecydowana mniejszość roszczeń związana jest z leczeniem i rehabilitacją, czego powodem są obawy poszkodowanych, że po przeprowadzeniu rehabilitacji zmniejszeniu ulegną ich świadczenia rentowe i zadośćuczynienie⁸. Konieczne jest zatem podejmowanie prób zmiany myślenia ubezpieczonych o długoterminowych korzyściach płynących z procesu kompleksowej rehabilitacji oraz ich wyraźne komunikowanie.

3.4 Instytucje medyczne

lek. med. Jarosław Tomaszewski

Każdy szpital, będący tzw. centrum urazowym, to potencjalne miejsce zatrudnienia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. W poszczególnych województwach jest to zwykle od jednej do trzech placówek. Absolwenci studiów „Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją” wydają się dobrze przygotowani do pokierowania przejściem często długiej i krętej drogi ku uzyskaniu jak największej sprawności, niezależności w czynnościach samoobsługi i możliwości powrotu do pracy. Potencjalnymi klientami, którzy dzięki pracy tych specjalistów mieliby szansę na poprawę jakości życia, są chorzy poszkodowani w wypadkach, w tym wypadkach przy pracy, po upadkach z wysokości czy pobiciach. Doświadczenia niemieckie pokazują, że dzięki koordynacji procesu

⁷ https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2018/04/25/Realna_wiez_miedzy_osoba_poszkodowana_a_ubezpieczycielem/arttykul/115681 [dostęp: 2020-10-18].

⁸ <https://obau.pl/piu-poszkodowani-w-wypadkach-wola-wyplate-gotowki-niz-rehabilitacje/> [dostęp: 2020-10-18].

lecniczego w powiązaniu z intensywną rehabilitacją medyczną, społeczną i zawodową możliwe jest zapewnienie sukcesu mierzonego nie tylko ankietowo samopoczuciem pacjenta, lecz przede wszystkim twardymi danymi mówiącymi o powrocie do aktywności zawodowej.

Również centra onkologiczne mogłyby zatrudnić specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. W dobie rosnącej liczby nowotworów w Polsce – aktualnie około 160 tys. nowych zachorowań rocznie – i stopniowej poprawie wyników leczenia coraz częściej patrzymy na chorych nowotworowo jak na chorych przewlekle. Przebieg choroby i leczenia często prowadzi do niepełnosprawności, nierzadko do okaleczenia. Dlatego skoordynowanie trudnego, bardzo obciążającego psychicznie leczenia z indywidualnie dobranym programem rehabilitacji medycznej (skupiającym się najczęściej na odzyskaniu możliwie największej ruchomości kończyn, wzmocnieniu siły i koordynacji mięśniowej, poprawie tolerancji wysiłku, zapobieganiu i zmniejszaniu obrzęku chłonnego) może zachęcić pacjentów onkologicznych do powrotu do pracy. Nieocenionym wsparciem będzie tu wiedza na temat możliwości pracy w niepełnym wymiarze czy dostosowania stanowisk pracy do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Aktualnie w Polsce funkcjonuje jedno centrum onkologii na województwo (wyjątkiem jest województwo pomorskie, gdzie są dwa ośrodki: Klinika Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckie Centrum Kliniczne i Gdyńskie Centrum Onkologii w Szpitalu Pomorskim w Gdyni).

Ciekawą możliwością byłoby zatrudnienie specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją w Wojewódzkich Przychodniach Medycyny Pracy. Ich zadaniem byłaby pomoc osobom, które otrzymują przeciwwskazania do powrotu do dotychczasowej pracy. W tym momencie specjaliści ds. zarządzania rehabilitacją mogliby dopomóc w ocenie, czy dana osoba w ogóle ma szansę podjęcia pracy, skontaktowanie jej z doradcą zawodowym, połączenie tych działań z ewentualnym przekwalifikowaniem klienta. Niezbędne byłoby także skorelowanie tego procesu z uświadomieniem potencjalnym pracodawcom zalet wynikających z zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a także służyć pomocą w zdobyciu funduszy zarówno dla potencjalnych pracodawców, jak i osób niepełnosprawnych w celu dostosowania miejsca pracy, dowozu pracownika do pracy itp.

3.5 Ośrodki Kompleksowej Rehabilitacji

mgr Irena Wolińska

W ramach projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”, realizowanego przez PFRON w partnerstwie z ZUS i CIOP, opracowano tytułowy Model kompleksowej rehabilitacji i utworzono cztery pilotażowe Ośrodki Rehabilitacji Kompleksowej. Punktem wyjścia do prac nad modelami był zdiagnozowany brak systemowego podejścia do rehabilitacji i mała skuteczność systemu przy wzrastających kosztach ponoszonych na zabezpieczenie materialne osób z niepełnosprawnościami. Istotą modelu jest zaakcentowanie kompleksowego charakteru rehabilitacji z priorytetowym potraktowaniem rehabilitacji zawodowej, wspieranej przez elementy rehabilitacji medycznej i psychospołecznej. Zadania ORK, prowadzące do powrotu do pracy (wejścia na rynek pracy), zorganizowane są więc wokół trzech grup działań:

- **w obszarze rehabilitacji zawodowej:** doradztwa zawodowego, szkoleń zawodowych i pośrednictwa pracy,
- **w obszarze rehabilitacji psychospołecznej:** przygotowanie osoby z niepełnosprawnościami do efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym i przywróceniu/nadaniu jej możliwie pełnej samodzielności we wszystkich wymiarach poprzez zajęcia i warsztaty stymulujące do wyrobienia w uczestniku zaradności osobistej i pobudzaniu aktywności społecznej, wzbudzaniu w uczestniku akceptacji własnej sytuacji życiowej, umiejętności radzenia sobie z niepełnosprawnością, a także indywidualne porady psychologiczne uczestnika kompleksowej rehabilitacji, jak również dla jej otoczenia,
- **w obszarze rehabilitacji:** przywracanie osobie z niepełnosprawnościami możliwie optymalnej sprawności dzięki stosowaniu różnych form fizjoterapii.

Osoba skierowana do ORK przez lekarza, komisję lub zespół orzekający w pierwszej kolejności przejdzie wieloaspektową ocenę kompetencji zawodowych z wykorzystaniem klasyfikacji ICF. Jej celem jest określenie zaburzeń funkcji organizmu będących przyczyną utraty zdolności do pracy i pełnienia ról społecznych, ograniczeń w poszczególnych dziedzinach aktywności i uczestniczenia w życiu społecznym, głównie zawodowym, barier środowiskowych i czynników osobowych kluczowych w procesie rehabilitacji kompleksowej oraz zdolności powrotu do pracy na bazie potencjału fizycznego,

psychicznego oraz intelektualnego, możliwego do wykorzystania w celu powrotu do funkcjonowania społeczno-zawodowego.

Na tej podstawie opracowywany jest Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR), czyli ścieżka wsparcia uczestnika rehabilitacji. IPR obejmuje wszystkie moduły rehabilitacji kompleksowej: medyczny, psychospołeczny i zawodowy. Zostanie on przygotowany przez zespół rehabilitacyjny wspólnie z uczestnikiem.

Do realizacji kompleksowej rehabilitacji ORK zatrudnia interdyscyplinarny zespół specjalistów, składający się z doradców zawodowych, pośredników pracy, psychologów, lekarzy, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek, dietetyków i logopedów oraz specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. Zespołem rehabilitacyjnym kieruje zawsze lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Rolą specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją jest koordynacja działań rehabilitacyjnych w ORK, organizacja współpracy między uczestnikiem a jego rodziną, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.

Pilotaż ORK realizowany jest od września 2019 r. i przewidziany jest do lutego 2023 r. Po jego zakończeniu zostanie dokonana ocena Modelu (na podstawie danych z bieżącego monitoringu i corocznych ewaluacji) i w razie takiej potrzeby – jego korekta. Jeśli pilotaż wykaże skuteczność zaprojektowanego rozwiązania, powinno pojawić się duże zapotrzebowanie na specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją.

4 Kształcenie zawodowe specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w Polsce w doświadczeniu ośrodków akademickich realizujących w latach 2018/2020 studia podyplomowe

dr Magdalena Ślęzyk-Sobol, dr n. med. Bogumiła Kosicka, dr Małgorzata Ołdak, mgr Irena Wolińska

Podczas dwusemestralnych studiów podyplomowych słuchacze zostali przygotowani do koordynacji kompleksowych działań podejmowanych w ramach rehabilitacji medycznej, psychologicznej, społecznej i zawodowej osoby niepełnosprawnej. Studenci osiągnęli wszystkie efekty odnoszące się do wiedzy, umiejętności i kompetencji, które zostały ujęte w modelu kształcenia specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją.

Jak wskazują wyniki badania ewaluacyjnego, zdaniem ekspertów reprezentujących uczelnie realizujące studia opracowany program kształcenia jest kompletny, unikalny i praktyczny. Pozytywnie oceniają oni również wiedzę i umiejętności absolwentów studiów w obszarze rehabilitacji.

W oparciu o ankiety ewaluacyjne słuchaczy i wykładowców, wyniki kształcenia oraz bezpośrednie informacje zwrotne od słuchaczy należy wskazać na następujące aspekty zrealizowanych studiów:

- wysokie oceny słuchaczy w odniesieniu do programu studiów,
- wysokie oceny uzyskiwane przez studentów w toku studiów, a także bardzo dobre i dobre oceny prac dyplomowych,
- ponadprzeciętne oceny słuchaczy w odniesieniu do wiedzy teoretycznej przekazywanej na studiach, zwłaszcza w zakresie modułu prawnego i modułu zarządzania procesem rehabilitacji,
- wysoki poziom satysfakcji w odniesieniu do kompetencji interpersonalnych i menedżerskich rozwijanych podczas zajęć warsztatowych w module psychologicznym (potwierdzają to przykładowe

komentarze słuchaczy zapisane na czacie programu MS Teams, używanego podczas realizacji zajęć warsztatowych: „Na pewno to doświadczenie przyda mi się na przyszłości, dziękuję”, „Super zajęcia, refleksja nad swoim życiem i pracą, wgląd w siebie samego”, „Trudna tematyka, ale na pewno przydatna. Zarządzanie zespołem i sobą jest niezwykle trudne”, „Dziękuję!!!!!!!!!!!!!!Motywujące zajęcia!!!!”)

- wysoki poziom zaangażowania podczas zajęć – zarówno tych realizowanych w I edycji i semestrze zimowym w II edycji w formie stacjonarnej, jak i zdalnej od kwietnia 2020 – o czym świadczy zarówno wysoka frekwencja studentów, jak i ich aktywne uczestnictwo w dyskusjach, ćwiczeniach i zadaniach wykonywanych podczas zajęć,
- osiągnięta wysoka efektywność współpracy w grupach seminarium dyplomowego (wysoka ocena wsparcia uzyskiwanego od promotorów) pomimo dużego poziomu zróżnicowania słuchaczy w zakresie doświadczeń zawodowych oraz naukowych.

Przeprowadzone badanie absolwentów I edycji studiów⁹ pokazało, że większość uczestniczących w nim słuchaczy ma możliwość wykorzystania w ramach swojej pracy zawodowej wiedzy i umiejętności nabytych w toku tych studiów. Badani w znacznej liczbie przypadków pracują na stanowiskach, które przynajmniej w pewnym stopniu odpowiadają charakterystyce specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją. Myśląc o ewentualnej zmianie pracy, większość z nich planuje dążyć do zwiększenia możliwości wykorzystania nabytej wiedzy.

Zdaniem badanych szczególnie przydatne okazują się wiedza i umiejętności nabyte w ramach modułu psychologicznego, przy czym zwraca się uwagę na ich użyteczność również w życiu prywatnym. Natomiast jako najmniej przydatne oceniane są przedmioty z modułu medycznego: z punktu widzenia osób obecnie mających wykształcenie medyczne stanowiły one zbędne powtórzenie doskonale znanych im treści, natomiast zdaniem pozostałych były zbyt specjalistyczne i teoretyczne, a za mało praktyczne.

W przyszłości należałoby podtrzymać wysoką jakość zajęć, dbając o jeszcze większy udział praktyków mających doświadczenie codziennej pracy z osobami z różnego typu niepełnosprawnościami, a także umożliwić studentom bezpośrednie wizyty w placówkach rehabilitacyjnych.

⁹ Raport z badania absolwentów I edycji studiów podyplomowych *Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją*, PFRON, 04.2020; badanie po II edycji nie zostało przewidziane, ponieważ projekt kończył się przed upływem 6 miesięcy od jej zakończenia.

Biorąc pod uwagę liczne nowelizacje przepisów prawa w obszarach działania specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, rozbiście instytucjonalne systemu rehabilitacji w Polsce, a także konieczność posiadania aktualnej wiedzy m.in. w obszarze dostępnych usług medycznych czy sytuacji na lokalnym rynku pracy, niezbędne jest systematyczne doskonalenie zawodowe specjalistów.

Powinno ono dotyczyć w szczególności następujących obszarów:

- związanych z negocjacjami i mediacjami, zarówno w aspekcie instytucjonalnym i biznesowym, jak również rozwiązywania sporów i konfliktów w kontakcie z klientami, ich rodzinami oraz otoczeniem społecznym,
- doradztwa zawodowego, narzędzi i technik diagnozy potencjału i predyspozycji zawodowych; nie chodzi przy tym o przygotowanie do roli doradcy zarodowego, ale nabycie umiejętności wstępnej diagnozy i oceny potencjału klientów,
- radzenia sobie w trudnych sytuacjach z klientami (szczególnie doświadczenie depresji, załamania nerwowego, autoagresji, prób samobójczych),
- prawa pracy, prawa ubezpieczeniowego i cywilnego.

Do możliwych form doskonalenia się zawodowego można zaliczyć:

- szkolenia i kursy organizowane m.in. przez PFRON, ZUS,
- warsztaty, konferencje,
- staże/praktyki w ORK,
- grupy samokształceniowe i samodoskonalenie,
- jobshadowing,
- konsultacje z doświadczonymi praktykami w zakresie budowania i realizacji adekwatnych IPR dla klientów, m.in. w formie mentoringu organizowanego przez uczelnie wyższe lub stowarzyszenia/ fundacje.

Ważnym elementem doskonalenia zawodowego specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją powinna być również wymiana doświadczeń z innymi osobami wykonującymi podobne zadania poprzez organizowanie spotkań, konferencji, webinarów, poświęconych różnym obszarom ich pracy.

Uwzględniając sugestie słuchaczy oraz wymagania i specyfikę pracy w zawodzie specjalisty ds. rehabilitacji, warto byłoby zapewnić osobom pracującym w tym zawodzie regularną superwizję. Podobnie jak w zawodzie psychologa czy terapeuty, reguła związana z podnoszeniem kwalifikacji oraz dbałością o jakość świadczonych usług powinna obejmować systematyczne superwizowanie

efektów pracy, studiów przypadku, doświadczonych sytuacji trudnych. Zajęcia warsztatowe – np. w module psychologicznym czy module zarządzania rehabilitacją – udowodniały, że najtrudniejszym i najbardziej obciążającym elementem pracy specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją są indywidualne kontakty z klientami, ich zróżnicowanie oraz złożoność (typ i stopień) niepełnosprawności. W ramach dalszej współpracy z ośrodkami akademickimi można byłoby stworzyć możliwość regularnego kontaktu z praktykującymi specjalistami ds. zarządzania rehabilitacją w celu zapewnienia im wsparcia merytorycznego oraz psychologicznego już po ukończeniu studiów. Superwizja koleżeńska mogłaby odbywać się także w ramach współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Rehamanagerów (założonym przez absolwentów wrocławskiej I edycji studiów podyplomowych).

5 Doskonalenie zawodowe rehamanagerów w Niemczech

mgr Katarzyna Krysik

Doskonalenie zawodowe menedżerów rehabilitacji stanowi istotny warunek zachowania wysokich kompetencji i profesjonalnych umiejętności tej grupy zawodowej, decydujących o skutecznej realizacji indywidualnych programów rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością.

Warto zaznaczyć, że proces rekrutacji, przygotowania do roli rehamanagera, a następnie doskonalenia zawodowego wygląda inaczej w każdym z systemów ubezpieczeniowych w Niemczech¹⁰.

Niemieckie ustawowe ubezpieczenie wypadkowe – DGUV

W DGUV rehamanagerowie są rekrutowani wewnątrz danej instytucji ubezpieczeniowej¹¹ oraz w wyniku przeprowadzenia zewnętrznej rekrutacji. Przy wyborze kandydatów – niezależnie od typu naboru – decydujące znaczenie mają: doświadczenie, umiejętności komunikacyjne, osobowość i kompetencje miękkie (soft skills). Osoby wybrane do pełnienia funkcji rehamanagera przechodzą proces nauczania (studium), składający się z 14 modułów (w tym dwa moduły egzaminacyjne). Proces ten realizowany jest równoległe z wykonywaniem pracy. Rehamanager w DGUV musi legitymować się kilkuletnim doświadczeniem zawodowym w zakresie leczenia osób poszkodowanych w wypadkach. Z tego względu osoby pełniące tę funkcję muszą przede wszystkim dokształcać się w zakresie kompetencji społecznych i metodologicznych¹².

W zakresie kompetencji społecznych kluczowe są komunikacja i umiejętności samorozwoju. Bezpośrednia konfrontacja z klientem, jego cierpieniem i sytuacją

¹⁰ W Niemczech można wyróżnić dwa podstawowe systemy ubezpieczeniowe, w ramach których funkcjonuje stanowisko związane z zarządzaniem rehabilitacją: Niemieckie Ustawowe Ubezpieczenie Wypadkowe (DGUV) oraz Niemieckie Ubezpieczenie Emerytalno-Rentowe (DRV Bund).

¹¹ DGUV jest stowarzyszeniem głównym, ponadto istnieje 9 gospodarczych stowarzyszeń branżowych.

¹² https://www.dguv-vorsorge.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/profil_reha-manager.pdf.

wymaga przede wszystkim empatii, odporności i dystansu, a co za tym idzie – odpowiedniej umiejętności komunikowania się. Stąd też wskazuje się na konieczność udziału rehamenagerów w seminariach doszkalających:

- które zorientowane będą na umożliwienie im prowadzenia rozmów i negocjacji w sposób empatyczny, efektywny i skuteczny,
- dotyczących radzenia sobie ze stresem i zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

Istotnym elementem samorozwoju rehamenagerów są również superwizje. Odmienność sytuacji zdrowotnej, społecznej i zawodowej każdego przypadku wymaga nierzadko wsparcia rehamenagera. Organizowanie i oferowanie superwizji należy do administracji danego działu rehabilitacji.

W zakresie kompetencji metodologicznych istotne jest podnoszenie kwalifikacji w zakresie efektywnego kierowania procesem zarządzania rehabilitacją dla danego przypadku od momentu diagnozy aż do ewaluacji. Drugi obszar to podnoszenie umiejętności networkingowych – rozwijanie sieci współpracy na poziomie systemu, aby zapewnić optymalną jakość działań rehabilitacyjnych. Służyć to ma zapewnieniu wysokiej jakości procesu zarządzania rehabilitacją.

W DGUV nie ma jednolitych przepisów w zakresie doskonalenia zawodowego rehamenagerów – odpowiedzialność za proces doskonalenia spoczywa na ubezpieczycielach. DGUV oferuje rehamenagerom szkolenia i programy doskonalenia zawodowego w odniesieniu do wiedzy i kompetencji specjalistycznych, metodologicznych, a także społecznych. Ponadto odbywają się seminaria kształcące umiejętności specjalistyczne i metodologiczne w obszarze rehabilitacji i uczestnictwa, medycyny i pielęgnacji, a także seminaria kształcące kompetencje społeczne w obszarze komunikacji i rozwiązywania konfliktów. Dodatkowo organizowane są konferencje tematyczne.

Niemieckie ubezpieczenie emerytalno-rentowe (DRV BUND)¹³

W DRV funkcjonuje stanowisko doradcy ds. rehabilitacji, gdzie wymagane są mniejsze kompetencje niż w przypadku rehamenagera w DGUV. DRV prowadzi rehabilitację zawodową, ale tylko dla tych, którzy przepracowali 15 lat. W przypadku osób, które nie spełniają tego warunku, za rehabilitację zawodową płaci urząd pracy.

Doradcy ds. rehabilitacji również rekrutowani są zarówno spośród własnych zasobów kadrowych, jak i z zewnątrz. Pozyskuje się osoby z wieloletnim

¹³ *Konzept für die Einweisung und Fortbildung der Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund.*

doświadczeniem. Kandydat na doradcę przechodzi na początku półroczne szkolenie wprowadzające, składające się z dwóch faz:

- I faza – trzymiesięczne szkolenie w centrali dotyczące aspektów prawnych i administracyjnych,
- II faza – trzymiesięczne praktyki w przyszłej placówce, w której będzie pracował.

Doradca ds. rehabilitacji przez okres pierwszych 12 miesięcy ma mentora – doświadczonego doradcę ds. rehabilitacji ze swojej placówki.

Tak jak w przypadku rehamenagera, tak i tutaj ważne jest uzupełnianie kształcenia. Za proces doskonalenia odpowiadają kierownicy obszarów doradztwa ds. rehabilitacji. Doskonalenie zawodowe i doksztalcenie w specjalistycznych kwestiach dotyczących rehabilitacji (np. zmiany prawne, profile zawodów i chorób) prowadzone jest z uwzględnieniem najważniejszych zagadnień w ramach m.in. corocznych wspólnych konferencji czy konferencji regionalnych (np. w centrach rehabilitacyjnych Niemieckiego Ubezpieczenia Emerytalno-Rentowego lub ośrodkach kształcenia zawodowego). Ponadto doradcy ds. rehabilitacji biorą udział w regionalnych spotkaniach przedstawicieli różnych instytucji.

Oferta doskonalenia zawodowego i doksztalcenia obowiązuje dla wszystkich instytucji odpowiedzialnych za ubezpieczenie emerytalno-rentowe i dzieli się na seminarium podstawowe, doszkalające i praktyczne. Seminarium podstawowe i doszkalające oferuje się wyłącznie nowym pracownikom w obszarze doradztwa ds. rehabilitacji. O udziale w seminarium doszkalającym doświadczonego pracownika służb doradczych decyduje właściwy kierownik.

Po co najmniej dwuletniej pracy w charakterze doradcy proponowany jest pierwszy kurs doszkalający, zawierający następujące treści:

- prowadzenie negocjacji i zarządzanie pracą własną,
- rola doradcy i osobowość (przybiera formę seminarium doszkalającego, z którego można skorzystać w celu zapewnienia jakości i dbania o zdrowie pracownika w odstępach pięcioletnich).

Po co najmniej pięcioletniej pracy w charakterze doradcy można zaproponować kurs doszkalający, zawierający treści dotyczące motywacji i osiągania celów w rehabilitacji.

Ponadto we wszystkich obszarach doradztwa ds. rehabilitacji dostępna jest oferta uczestnictwa w regularnych koleżeńskich konsultacjach praktycznych – co najmniej czterech na rok.

6 Podsumowanie raportu

prof. dr hab. Grażyna Firlit-Fesnak

Przedstawione w raporcie analizy stanowią zwięzłą informację o szerokim zakresie kompetencji specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, adresowaną przede wszystkim do przyszłych pracodawców osób przygotowanych do wykonywania tego zawodu. Szeroki zakres wiedzy i profesjonalnych kompetencji sytuuje zawód specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją w roli koordynatora działań podejmowanych w ramach kompleksowej rehabilitacji każdego indywidualnego przypadku. Wielość instrumentów działania, instytucji, specjalistów w poszczególnych obszarach rehabilitacji osób z niepełnosprawnością wymaga bowiem wypracowania spójnego indywidualnego programu rehabilitacji, sprawnego zarządzania jego realizacją, nadzoru i ewaluacji.

Wysoka ocena efektów kształcenia na studiach podyplomowych realizowanych w ramach niniejszego projektu dowodzi o słuszności wdrożenia tego kierunku kształcenia do struktury oferty edukacyjnej uczelni wyższych w Polsce.

Uzasadnieniem dla tej rekomendacji są wynikające z oceny studiów argumenty:

- wysoka przydatność tego profilu studiów podyplomowych dla profesjonalnego przygotowania do zawodu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją,
- możliwość aktualizacji/doskonalenia posiadanych już kwalifikacji i umiejętności,
- możliwość udziału w wysokiej jakości zajęciach warsztatowych,
- sposobność konfrontacji wiedzy teoretycznej z ludźmi mającymi doświadczenie codziennej pracy z osobami z różnego typu niepełnosprawnościami,
- integracja środowiska ludzi różnych zawodów pracujących z osobami z niepełnosprawnościami.

Eksperti są zgodni w opinii, że zawód specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją wymaga ciągłego doskonalenia wobec dynamicznie zmieniających się przepisów prawnych, rozwoju wiedzy na temat metod, sposobów i instrumentów rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Wśród proponowanych form doskonalenia zawodowego warto zwrócić uwagę przede wszystkim na samokształcenie, konsultacje z praktykami oraz celowość zapewnienia superwizji.

Bibliografia

Literatura

Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager, Stand: 04.04.2012.

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

Kurzynowski A., *Miejsce ochrony zdrowia w zabezpieczeniu społecznym*, w: *Zabezpieczenie społeczne a zdrowie publiczne*, Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego/Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa – Radom 2016.

Raport z badania absolwentów I edycji studiów podyplomowych Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, PFRON, 04.2020.

Raporty cząstkowe z przeprowadzonych badań wśród słuchaczy i wykładowców w ramach II edycji studiów podyplomowych.

Źródła internetowe

https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

<https://cpop.pl/dla-ubezpieczycieli.html>

<https://media.ergohestia.pl/pr/303080/wrocil-do-sportu-po-ciezkim-wypadku-pomogly-rehabilitacja-rodzina-i-determinacja>

https://dziennikubezpieczeniowy.pl/2018/04/25/Realna_wiez_miedzy_osoba_poszkodowana_a_ubezpieczycielem/artukul/115681

<https://obau.pl/piu-poszkodowani-w-wypadkach-wola-wyplate-gotowki-niz-rehabilitacje/>

https://www.dguv-vorsorge.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/profil_reha-manager.pdf