**Załącznik nr 1 do siwz**



OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ)

Usługa

**OŚRODKA REHABILITACJI KOMPLEKSOWEJ**

Spis treści

[1. KONTEKST PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA 3](#_Toc352250)

[2. CELE ZAMÓWIENIA I GŁÓWNE ZADANIA WYKONAWCY 5](#_Toc352251)

[3. GRUPA DOCELOWA (Uczestnicy) 6](#_Toc352252)

[4. OKRES REALIZACJI ZAMÓWIENIA 9](#_Toc352253)

[5. SZCZEGÓŁOWY OPIS ZADAŃ PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI 9](#_Toc352254)

[5.1. Dwutygodniowy okres próbny 10](#_Toc352255)

[5.1.1. Przyjęcie Uczestnika do ORK 10](#_Toc352256)

[5.1.2. Diagnoza na wejściu - ocena kompetencji zawodowych 11](#_Toc352257)

[5.1.3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji 17](#_Toc352258)

[5.2. Realizacja programu rehabilitacji kompleksowej 27](#_Toc352259)

[5.2.1. Moduł zawodowy 27](#_Toc352260)

[5.2.2. Moduł psychospołeczny 38](#_Toc352261)

[5.2.3. Moduł medyczny 45](#_Toc352262)

[5.2.4. Wsparcie na etapie zatrudnienia 52](#_Toc352263)

[5.2.5. Świadczenia opcjonalne 53](#_Toc352264)

[5.2.6. Świadczenia towarzyszące 53](#_Toc352265)

[6. PODSTAWOWE ZASADY REALIZACJI USŁUG W ORK 57](#_Toc352266)

[6.1. Przygotowanie do realizacji zamówienia 57](#_Toc352267)

[6.2. Zarządzanie rehabilitacją kompleksową 57](#_Toc352268)

[7. MINIMALNE WYMAGANIA W ZAKRESIE WYPOSAŻENIA ORK I POMIESZCZEŃ 59](#_Toc352269)

[8. MINIMALNE WYMAGANIA W ZAKRESIE KADRY OŚRODKÓW 64](#_Toc352270)

[9. ZASADY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – OBOWIĄZKI I PRAWA UCZESTNIKÓW 68](#_Toc352271)

[10. WYMAGANIA W ZAKRESIE MONITORINGU I SPRAWOZDAWCZOŚCI 68](#_Toc352272)

[Wykaz skrótów 71](#_Toc352273)

[Wykaz załączników do OPZ 72](#_Toc352274)

# 1. KONTEKST PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Niniejsze zamówienie realizowane jest w ramach projektu **„Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”** (zwanego dalej Projektem), wdrażanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Cen­tralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwo­wym Instytutem Badawczym. Projekt jest projektem pozakonkursowym i ma charakter koncepcyjny, pilotażowy. Realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. **Celem projektu jest** opracowanie i przetestowanie efektywnego, optymalnego pod względem społecznym i finansowym kompleksowego modelu rehabilitacji oraz aktywizacji społecznej i zawodowej, który będzie miał wpływ na jakość świadczonych usług przez podmioty zajmujące się zawodowym i społecznym włączeniem osób zagrożonych niezdolnością do pracy, niepełnosprawnością oraz osób niepełnosprawnych. Model rehabilitacji kompleksowej ma stanowić nowe rozwiązanie w polskim systemie zabezpieczenia społecznego mające na celu ułatwienie podjęcia lub powrotu do aktywności społecznej i zawodowej osób, które wskutek zdiagnozowanej choroby, doznanego urazu, niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej w okresie rozwojowym w różnych okresach życia utraciły zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Intencją projektu jest wypracowanie założeń dla **całościowego systemu wsparcia** **aktywizującego** osoby, którym ograniczenia funkcjonalne w następstwie zdiagnozowanej choroby, doznanego urazu, niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej w okresie rozwojowym uniemożliwiają aktywność zawodową i ułatwić im podjęcie lub powrót do aktywności społecznej lub zawodowej. W efekcie realizacji projektu mają zostać opracowane: rekomendacje do systemowego wdrożenia modelu kompleksowej rehabilitacji, projekt zmian w ustawodawstwie, który zostanie przekazany odpowiednim instytucjom systemu zabezpieczenia społecznego, jak również do Zespołu ds. kompleksowej rehabilitacji oraz ocena skutków wprowadzenia modelu do systemu zabezpieczenia społecznego, w szczególności dotycząca wpływu wprowadzenia modelu na sytuację osób z niepełnosprawnością.
3. Według danych z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) za I kwartał 2018 r. spośród **1 638 tys. osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym aż 73,6% osób było biernych zawodowo**[[1]](#footnote-2), podczas gdy znaczna część z nich mogłaby pracować, gdyby miała zapewniony dostęp do odpowiedniej rehabilitacji. Jednocześnie **co roku z rynku pracy czasowo, długotrwale lub na stałe odchodzą tysiące osób**, a wiele z nich ubiega się o **renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, świadczenia rehabilitacyjne i inne formy, w tym w szczególności** :
   1. ZUS - tylko w 2017 roku wypłacił blisko **1 000 tys. rent** **z tytułu niezdolności do pracy**: 289 746 rent z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (stałych i okresowych), 524 498 rent z tytułu częściowej niezdolności do pracy (stałych i okresowych) oraz 171 674 rent z tytułu niezdolności do pracy wypadkowych, **267 495 rent socjalnych** oraz **84 915 świadczeń rehabilitacyjnych.**
   2. KRUS wypłacił w 2017 roku **205 670 rent** z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz **13 123 renty** z tytułu niezdolności do pracy wypadkowych.
   3. Biura emerytalno-rentowe MON i MSWiA wypłaciły renty inwalidzkie około **30 tys. osób.**
   4. **Oznacza to wykluczenie (okresowe, długotrwałe) z rynku pracy ponad ok. 1 600 tys. osób. Znaczna część tych osób mogłaby z powodzeniem funkcjonować na rynku pracy pod warunkiem zapewnienia w odpowiednim czasie dostępu do kompleksowej rehabilitacji.** Konieczne ze względów społecznych **wydatki** z tytułu zabezpieczenia społecznego mogłyby przynajmniej w części pełnić funkcję **nakładów inwestycyjnych** o wysokiej stopie zwrotu, liczonej poprawą stanu fizycznego, psychicznego, społecznego i materialnego tych osób, ale teżfunkcjonowania rynku pracy i wzrostu gospodarczego.
4. **Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami jest jednym z najlepszych sposobów na wyjście z izolacji społecznej**, nierzadko również biedy oraz na ogólną poprawę ich dobrostanu i jakości życia. Praca dla osób z niepełnosprawnością oznacza z jednej strony **wyższą jakość ich życia** dzięki posiadaniu dochodów i aktywnym funkcjonowaniu w społeczeństwie, z drugiej zaś – stanowi także korzyść dla gospodarki. Wczesne przywrócenie zdolności i umożliwienie powrotu do pracy osobom z niepełnosprawnościami jest więc istotne zarówno ze społecznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Udział osób niepełnosprawnych w rynku pracy jest ważny ze względu na:

* promocję ludzkiej godności i spójności społecznej; zatrudnienie niweluje izolację osób z niepełnosprawnościami, przynosi korzyści osobiste i społeczne, a także podnosi poczucie godności ludzkiej i spójności społecznej.
* maksymalizację zasobów ludzkich; zaangażowanie osób niepełnosprawnych w produkcję poprawia ich sytuację finansową i przyczynia się do wzrostu PKB.

1. **Jedną z ważniejszych barier skutecznego działania w zakresie powrotu i wejścia na rynek pracy osób z niepełnosprawnościami jest mocno rozbudowany i rozproszony system wsparcia** – tworzą go instytucje obejmujące różne sfery życia osób niepełnosprawnych: instytucje zabezpieczenia społecznego, ds. orzekania o niepełnosprawności (niezdolności do pracy) i pomocy społecznej, rynku pracy, instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji medycznej, czy oświatowe[[2]](#footnote-3). **Instytucje te działają w sposób niepowiązany, w ramach różnych resortów, w oparciu o odrębne rozwiązania prawne i specyficzne, własne procedury i wymagania. Brak jest instrumentów i instytucji koordynujących działania w obszarze rehabilitacji.** Działania kierowane do osób z niepełnosprawnością nie mają charakteru kompleksowego, są niewystarczająco zindywidualizowane, co ogranicza ich skuteczność. Ponadto część pomocy może być mało efektywna w skutek braku ciągłości wsparcia - **istniejące rozwiązania nie zapewniają stabilności wsparcia w perspektywie długookresowej**.
2. Brak systemowego podejścia do rehabilitacji i mała skuteczność systemu przy wzrastających kosztach ponoszonych na zabezpieczenie materialne osób z niepełnosprawnościami stały się przesłanką do poszukiwania rozwiązań zmieniających obecnie funkcjonujące rozwiązania na rzecz bardziej efektywnego systemu kompleksowego wsparcia w rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami – temu służy niniejszy projekt.
3. W okresie od marca do września 2018r. multidyscyplinarny zespół ekspertów, składający się ze specjalistów z zakresu: rehabilitacji medycznej, aktywizacji społeczno-zawodowej ON, psychologów oraz specjalistów ds. zarządzania opracował ***Model Rehabilitacji Kompleksowej (wersję wstępną).*** Model ten został poddany następnie procesowi konsultacji społecznych i zaakceptowany przez Komitet Sterujący Projektu.
4. Niniejsze postepowanie realizowane jest w celu wyłonienia czterech Ośrodków Kompleksowej Rehabilitacji (ORK) które pilotażowo będą wdrażać wypracowany ***Model Kompleksowej Rehabilitacji (wersję wstępną).*** Działaniami objętych zostanie łącznie co najmniej 600 osób (150 os. na ośrodek/50 os. rocznie).
5. Rozmieszczenie pilotażowych ośrodków kompleksowej rehabilitacji wynika z przyjętego na potrzeby projektu podziału obszaru Polski na 4 makroregiony. Podziału dokonano na podstawie położenia województw względem siebie oraz liczby osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym według danych z NSP 2011:
   1. Makroregion 1 obejmuje województwa: zachodniopomorskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie
   2. Makroregion 2 obejmuje województwa: lubuskie, dolnośląskie, opolskie, śląskie
   3. Makroregion 3 obejmuje województwa: warmińsko-mazurskie, podlaskie, mazowieckie, łódzkie
   4. Makroregion 4 obejmuje województwa: lubelskie, świętokrzyskie, podkarpackie, małopolskie

W każdym z makroregionów w ramach niniejszego zamówienia zostanie wyłoniony 1 Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej.

Rysunek 1. Zasięg terytorialny ORK



*Źródło: Opracowanie własne*

# 2. CELE ZAMÓWIENIA I GŁÓWNE ZADANIA WYKONAWCY

1. Celem zamówienia jest realizacja usługi rehabilitacji kompleksowej w formule Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej (ORK) dla minimum 150 osób (4 ORK po 150 osób, w sumie 600 osób) do 28 lutego 2022 roku. Jak wskazano powyżej usługa jest realizowana w ramach Projektu jako pilotaż wdrożenia Modelu Rehabilitacji Kompleksowej.
2. Zamówienie jest podzielone na 4 części:
   1. część 1 obejmująca makroregion 1
   2. część 2 obejmująca makroregion 2
   3. część 3 obejmująca makroregion 3
   4. część 4 obejmująca makroregion 4

w każdej części należy wykonać usługi jednego ORK (łącznie powstaną 4 ośrodki). Wymagania przedstawione w niniejszym OPZ dotyczą jednego ośrodka.

1. Główne zadania Wykonawcy to:
   1. Zorganizowanie i prowadzenie ORK zgodnie z warunkami określonymi w niniejszym OPZ.
   2. Realizacja programu rehabilitacji kompleksowej zgodnie z warunkami szczegółowymi określonymi w niniejszym OPZ według następującej formuły (wszystkie parametry podane są w odniesieniu do jednego ORK):
      1. Dwutygodniowy okres próbny w Ośrodku Kompleksowej Rehabilitacji, w trakcie którego będą przeprowadzone następujące działania:
         1. Przyjęcie Uczestnika do ORK
         2. Ocena kompetencji zawodowych każdego Uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF
         3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) dla każdego Uczestnika i podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej
         4. Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego
      2. Cykl rehabilitacyjny prowadzony w ORK, na bazie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR), składający się z trzech modułów:
         1. Moduł zawodowy
         2. Moduł psychospołeczny
         3. Moduł medyczny
      3. Wsparcie porehabilitacyjne w trakcie poszukiwania i podjęcia zatrudnienia, prowadzone po zakończeniu pobytu w ORK. Wykonawca odpowiada za osiągnięcie odpowiedniego wskaźnika zatrudnienia tj. podjęcie pracy lub rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej przez Uczestników, na zasadach opisanych w niniejszym OPZ.
      4. Świadczenia opcjonalne
      5. Świadczenia towarzyszące
      6. Prowadzenie monitoringu

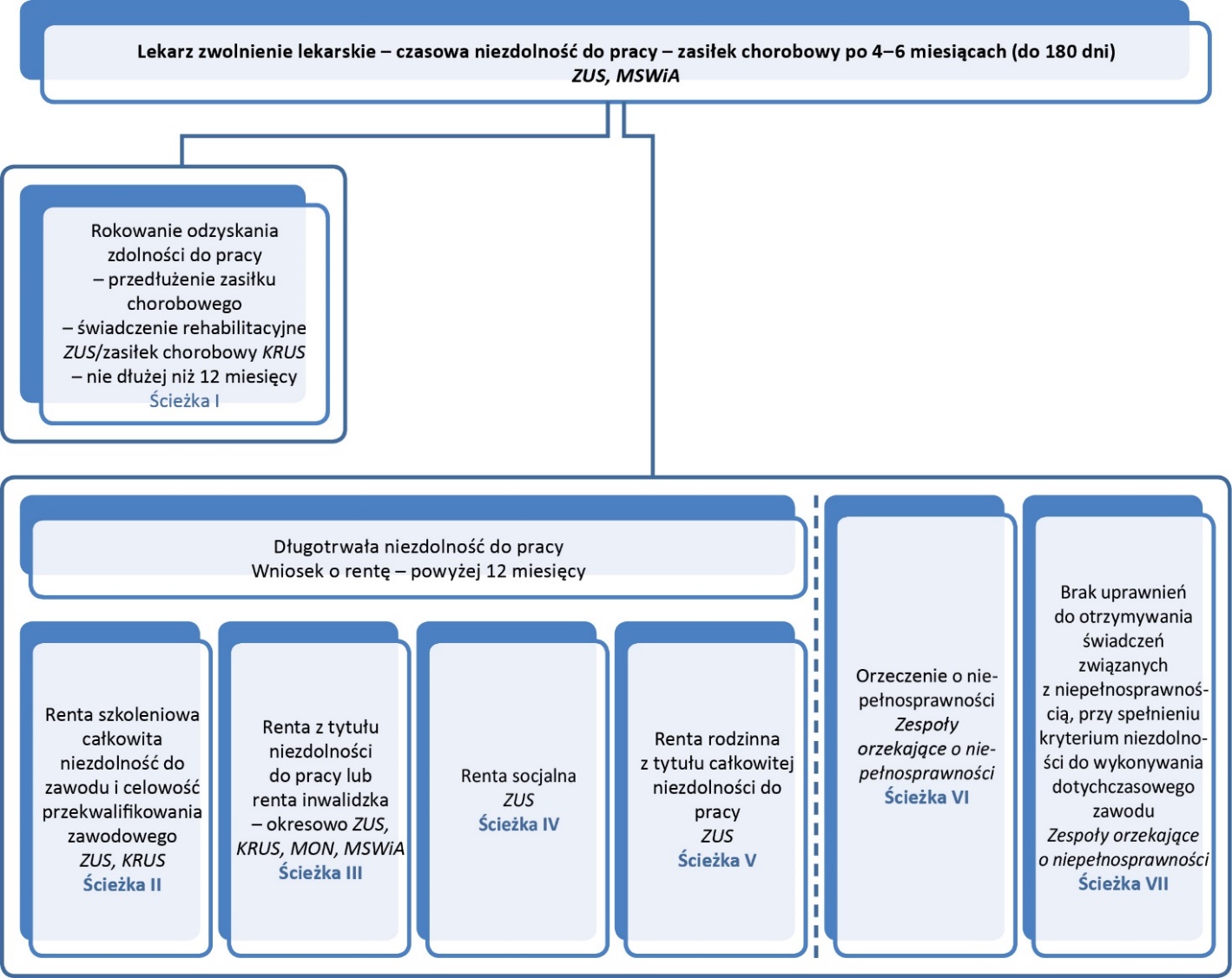
# 3. GRUPA DOCELOWA (Uczestnicy)

1. **Grupa docelowa** obejmuje osoby z niepełnosprawnościami należące do następujących kategorii:
   1. osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy, bezpośrednio po zakończeniu leczenia /rehabilitacji szpitalnej;
   2. osoby, w przypadku których zdiagnozowano schorzenie lub które doznały urazu uniemożliwiającego powrót do pracy, u których leczenie/rehabilitacja szpitalna zostały zakończone i wróciły one do swojego środowiska zamieszkania;
   3. osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym, które nigdy nie funkcjonowały na rynku pracy i przebywają w swoim środowisku zamieszkania, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej oraz osoby funkcjonujące w placówkach opiekuńczych, u których rodzaj niepełnosprawności rokuje możliwości aktywizacji zawodowej.
2. **Jednym z głównych założeń rehabilitacji kompleksowej prowadzącej do aktywizacji zawodowej jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie** po zakończeniu leczenia choroby czy skutków urazu. Jednak nie wyklucza ona żadnej osoby z niepełnosprawnościami, u której stwierdza się pozytywne rokowanie aktywizacji zawodowej, w tym osób, które nie funkcjonowały na rynku pracy, ale rodzaj ich niepełnosprawności i stopień upośledzenia funkcji organizmu pozwoli na podjęcie pracy. Uczestnicy – to osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu klasyfikacji ICF. Niepełnosprawność (wg Klasyfikacji ICF) jest szerokim pojęciem obejmującym upośledzenie, ograniczenie aktywności i restrykcje uczestniczenia. Określa ono negatywne aspekty interakcji pomiędzy jednostką (z określonym stanem chorobowym) a czynnikami wypływającymi z kontekstu, w którym znajduje się jednostka (czynniki środowiskowe i osobowe). Osoba zakwalifikowana nie musi legitymować się orzeczeniem o niepełnosprawności i jej stopniu.
3. Do rehabilitacji kompleksowej będą **kwalifikowane osoby z niepełnosprawnościami w następstwie chorób lub urazów, w stopniu powodującym niezdolność do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie, które przed chorobą lub wypadkiem nabyły kwalifikacje zawodowe, jak i osoby, które nie nabyły takich kwalifikacji i nie podejmowały aktywności społeczno - zawodowej**, tj.:
   1. osoby czasowo niezdolne do pracy w następstwie choroby lub urazu rokujące powrót do pracy (zasiłek chorobowy);
   2. osoby czasowo niezdolne do pracy pobierające świadczenie rehabilitacyjne (ZUS), przedłużony zasiłek chorobowy (KRUS);
   3. osoby pobierające rentę szkoleniową (ZUS, KRUS);
   4. osoby pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy lub rentę inwalidzką (okresowo) (ZUS, KRUS, MON, MSWiA)
   5. osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w okresie rozwojowym pobierające rentę socjalną, nigdy nie funkcjonujące na rynku pracy, a rokujące możliwości aktywizacji zawodowej (ZUS);
   6. osoby pobierające rentę rodzinną z tytułu niezdolności do pracy (ZUS);
   7. osoby mające wydane orzeczenie o niepełnosprawności (zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) oraz osoby nieposiadające uprawnień do otrzymywania świadczeń związanych z niepełnosprawnością ale spełniające kryterium niezdolności do wykonywania dotychczasowego zawodu i rokujące możliwości aktywizacji zawodowej.
4. Do ORK będą kierowane osoby, które spełniają kryteria uczestnictwa w rehabilitacji kompleksowej tj.:
   1. stwierdzono u nich taki stopnień naruszenia sprawności organizmu, który istotnie **ogranicza zdolność do pracy,** ale jednocześnie pozwala **na uczestniczenie w rehabilitacji.** Uczestnikami rehabilitacji kompleksowej mogą być jedynie **osoby zdolne do samodzielnej egzystencji.**
   2. **rokujące powrót do pracy po odbyciu procesu rehabilitacji kompleksowej** w zakresie przywrócenia badanej osobie z niepełnosprawnościami aktywności zawodowej i uzyskanie przez nią poprawy aktywnego i twórczego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Zatem osoba nawet z najbardziej zaawansowaną dysfunkcją organizmu będzie mogła być poddana rehabilitacji, jeśli tylko będzie miała zachowaną niezbędną sprawność oraz będzie rokowała przywrócenie lub uzyskanie zdolności do zatrudnienia w nowym zawodzie i powrót lub wejście na rynek pracy.
   3. zdiagnozowano u nich **motywację** do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. Niezbędny jest tu aktywny udział samego zainteresowanego od samego początku tego procesu, co jest wyrazem samostanowienia potrzebnego do osiągnięcia pozytywnego celu rehabilitacji i upodmiotowienia osoby z niepełnosprawnościami w procesie rehabilitacji.
   4. **są w tzw. wieku produkcyjnym** - w dniu przystąpienia do kompleksowej rehabilitacji osoba taka powinna być w wieku umożliwiającym, po udziale w rehabilitacji kompleksowej, podjęcie zatrudnienia i utrzymanie go.
   5. deklarują **chęć podjęcia pracy** w wymiarze co najmniej 0,5 etatu lub **prowadzenie działalności gospodarczej.**

Weryfikacja kwalifikowalności kierowanych do ORK Uczestników będzie prowadzona zewnętrznie przez zespoły złożone z lekarza orzekającego oraz psychologa. Kwalifikacja uczestników do rehabilitacji kompleksowej będzie dokonywana w ramach postępowań prowadzonych z wniosku o ustalenie uprawnień do świadczeń pieniężnych z zabezpieczenia społecznego (postępowania prowadzone w ZUS, KRUS, MON i MSWiA) – przede wszystkim z uwagi na potrzebę zapewnienia zabezpieczenia socjalnego w okresie wielomiesięcznego procesu rehabilitacji albo z wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności i jej stopniu (postępowania prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności). Na rysunku 2 przedstawiono poglądowo ścieżki rekrutacji do kompleksowej rehabilitacji w ORK.

1. Zespół orzekający po dokonaniu ostatecznej kwalifikacji uczestników do kompleksowej rehabilitacji wydaje orzeczenie o potrzebie kompleksowej rehabilitacji oraz przekazuje zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej potencjalnemu uczestnikowi, zaś całą dokumentację przekazuje do PFRON, który kieruje zakwalifikowanych uczestników do poszczególnych ORK. Na schemacie poniżej przedstawiono proces kierowania uczestników do ORK, który stanowi część procesu kwalifikowania uczestników do rehabilitacji kompleksowej.
2. Uczestnicy będą kierowani do ORK co do zasady w grupach. Jednorazowo grupa może liczyć około 50 osób, przy czym w ORK może przebywać:
   1. nie więcej niż 30 Uczestników w trybie stacjonarnym;
   2. 20 Uczestników w trybie niestacjonarnym, chyba że ORK zgłosi gotowość do przyjęcia większej liczby Uczestników.
3. Ostatni Uczestnicy mogą być skierowani do ORK nie później niż do 1 września 2021r.

Rysunek 2. Ścieżki rekrutacji do kompleksowej rehabilitacji w ORK



*Źródło: opracowanie własne*

**Tabela 1. Schemat procesu: Kwalifikacja Uczestników do rehabilitacji kompleksowej.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Operacja | Realizator | Krótki opis |
| 1.5 | Skierowanie do ORK | PFRON  - Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK  ORK  - Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników | 1. Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK po otrzymaniu Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji kompleksowej, po weryfikacji dostępności miejsc i terminów przyjęć do poszczególnych ORK zawiadamia Uczestnika o terminie przyjęcia do ORK i przygotowuje Skierowanie do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej. Dokument wysyłany jest w formie elektronicznej i/lub listownie za potwierdzeniem odbioru, do potencjalnego uczestnika rehabilitacji w ORK.   Realizator: PFRON - Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK  Forma: Przygotowanie i wysyłka skierowania do ORK   1. **Załącznik**: Skierowanie do Ośrodka Rehabilitacji Kompleksowej 2. Informacja o przekazaniu skierowania kierowana jest również do ORK wraz z kopią dokumentacji powstałej w trakcie Oceny wykonywanej przez lekarza/komisję/zespół orzekający i psychologa (w wersji elektronicznej gwarantującej poufność przekazywanych informacji lub w wyjątkowych sytuacjach listownie).   Dokumentacja powstała w trakcie kwalifikowania uczestników przez lekarza/komisję/zespół orzekający i psychologa:  **Załącznik**: Formularz oceny niezdolności do pracy/niepełno-sprawności w sprawie kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej;  **Załącznik**: Karta oceny funkcjonalnej – ICF w modelu rehabilitacji kompleksowej.  **Załącznik:** Formularz opinii psychologa dla celów kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej  **Załącznik:** Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami realizacji pilotażu rehabilitacji kompleksowej, wraz z Formularzem zgłoszeniowym oraz Warunkami rekrutacji i udziału w rehabilitacji kompleksowej.  **Załącznik:** Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji kompleksowej.  **Załącznik:** Zawiadomienie o zakwalifikowaniu do programu rehabilitacji kompleksowej.  **Załącznik:** Wniosek o kompleksową rehabilitację.  Realizator: Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK  Forma: Przekazanie informacji wraz z kopią dokumentacji do ORK. |
| 1.6 | Archiwizacja dokumentacji | Obsługa administracyjna ww. jednostek | Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w jednostce orzekającej. |
|  | Zakończenie procesu | | |

# 4. OKRES REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Przygotowanie ORK do świadczenia kompleksowej rehabilitacji (termin na uruchomienie ORK) – 2 miesiące od podpisania Umowy.
2. Wykonywanie świadczeń kompleksowej rehabilitacji – do 31 miesięcy, ale nie dłużej niż do 28 lutego 2022 r.
3. Okres na wsparcie zatrudnienia po zakończeniu świadczeń rehabilitacyjnych – do 7 miesięcy od daty zakończenia świadczeń przez ostatniego skierowanego Uczestnika.

# 5. SZCZEGÓŁOWY OPIS ZADAŃ PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI

1. Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej będzie realizował zadania zgodnie z następującą formułą:
   1. Dwutygodniowy okres próbny:
      1. Przyjęcie Uczestnika do ORK
      2. Ocena kompetencji zawodowych każdego Uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF
      3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) dla każdego Uczestnika i podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej
      4. Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego
   2. Realizacja rehabilitacji kompleksowej:
      1. Moduł zawodowy
      2. Moduł psychospołeczny
      3. Moduł medyczny
      4. Wsparcie porehablitacyjne
      5. Świadczenia opcjonalne
      6. Świadczenia towarzyszące
2. W trakcie realizacji całego procesu rehabilitacyjnego Wykonawca będzie zobowiązany do stałej współpracy z Zamawiającym (PFRON) oraz przy ocenie kompetencji zawodowych (badania wstępne, okresowe i na zakończenie udziału) z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym (CIOP-BIP).
3. Każdy Uczestnik musi otrzymać wsparcie w ramach modułu zawodowego, psychospołecznego oraz medycznego w wymiarze nie mniejszym niż wartości minimalne zawarte w szczegółowych postanowieniach OPZ (w rozdziałach Wymiar świadczeń w ramach procesu).

## 5.1. Dwutygodniowy okres próbny

1. W ramach dwutygodniowego okresu próbnego przeprowadzone zostaną:
   1. Przyjęcie Uczestnika do ORK
   2. Ocena kompetencji zawodowych każdego Uczestnika w oparciu o klasyfikację ICF
   3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) dla każdego Uczestnika i podpisanie zgody na realizację IPR, stanowiącej umowę na realizację rehabilitacji kompleksowej
   4. Zajęcia rehabilitacyjne z zakresu trzech modułów: medycznego, zawodowego oraz psychospołecznego
2. Za proces rekrutacji Uczestników do projektu odpowiedzialny będzie Zamawiający. Zamawiający będzie również odpowiadał za kierowanie Uczestników do ORK, w tym w szczególności będzie wyznaczał terminy stawienia się w ORK. Uczestnicy będą kierowani w grupach do 50 osób na konkretne, wyznaczone indywidualnie dni przyjazdu. ORK, musi być gotowy do przyjęcia do pełnej skierowanej grupy Uczestników (w tym do 30 w trybie stacjonarnym) i zapewnienia im od pierwszego dnia pobytu zakwaterowania i wyżywienia.

### 5.1.1. Przyjęcie Uczestnika do ORK

1. Proces rozpoczyna się po przekazaniu przez PFRON informacji o zakwalifikowaniu uczestnika do ORK. Wraz z informacją ORK otrzymuje kopię dokumentacji, która powstała w trakcie oceny dokonywanej przez podmioty orzekające (ZUS, KRUS, MON, MSWiA, zespoły orzekania o niepełnosprawności) w procesie kwalifikowania do kompleksowej rehabilitacji. Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników wstępnie wypełnia Indywidualny Program Rehabilitacji (IPR) w części stanowiącej wnioski z oceny wykonywanej przez lekarza/ komisję/zespół orzekający. Przekazane przez PFRON dokumenty w wersji kompletnej stanowią załącznik do IPR.
2. ORK uzgadnia z PFRON termin przeprowadzenia Diagnozy na wejściu - oceny kompetencji zawodowych (termin ten jest ustalany w porozumieniu z CIOP-PIB). ORK prowadzi ewidencję terminów, w których potencjalni Uczestnicy poddani zostaną ocenie początkowej.
3. PFRON informuje potencjalnego Uczestnika o terminie i miejscu przyjęcia do ORK oraz prowadzenia oceny początkowej. W przypadku zastrzeżeń co do terminu, po uzgodnieniu z ORK, ustalany jest kolejny termin, akceptowany przez potencjalnego Uczestnika.
4. Przed terminem oceny początkowej Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników w ORK telefonicznie i/lub mailowo kontaktuje się z potencjalnym Uczestnikiem i potwierdza terminy. W przypadku wystąpienia problemów z obecnością potencjalnego Uczestnika w umówionym terminie, pracownik ORK ustala z potencjalnym Uczestnikiem nowy termin oceny. Informacja o tym przekazywana jest do PFRON.
5. W ustalonym terminie potencjalny Uczestnik zgłasza się do ORK. Po przybyciu Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników zapoznaje Uczestnika ze szczegółowym harmonogramem oceny kompetencji zawodowych.
6. Informacja o przybyciu nowego Uczestnika przekazywana jest do zespołu prowadzącego ocenę kompetencji zawodowych.
7. W przypadku, kiedy potencjalny Uczestnik został zakwalifikowany do rehabilitacji w trybie stacjonarnym kwaterowany jest do pokoju na terenie ORK.
8. Uczestnicy są zapoznawani ze strukturą i bazą ORK celem prezentacji obiektu i miejsc świadczenia usług.
9. Realizacja pierwszego z rodzajów wsparcia tj. oceny kompetencji zawodowych powinna być rozpoczęta nie później niż dnia następnego po przyjęciu Uczestnika do ORK.
10. Następnego dnia po dniu przyjęcia Uczestników, ORK prześle do PFRON raport z listą osób przyjętych do ORK, w tym listą osób korzystających z zakwaterowania i podaniem pozostałych wolnych miejsc. PFRON po weryfikacji skieruje kolejne osoby do ORK, tak aby w ośrodku przebywało maksymalnie do 30 osób w trybie stacjonarnym, a łącznie około 50 osób (chyba że ORK zadeklaruje przyjęcie większej grupy w trybie niestacjonarnym).

### 5.1.2. Diagnoza na wejściu - ocena kompetencji zawodowych

**Cele procesu**

1. Diagnoza na wejściu ma na celu: przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych Uczestnika, na podstawie której zostanie określona jego ścieżka wsparcia w ORK w formie Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR) oraz zapoznanie zespołu ORK ze stosowaną przez CIOP-PIB metodą realizacji badania kompetencji zawodowych.
2. W szczególności, celem przeprowadzenia wieloaspektowej oceny kompetencji zawodowych jest określenie:
   1. zaburzeń funkcji organizmu będących przyczyną utraty zdolności do pracy i pełnienia ról społecznych,
   2. ograniczeń w poszczególnych dziedzinach aktywności i uczestniczenia w życiu społecznym, głównie zawodowym,
   3. barier środowiskowych oraz czynników osobowych kluczowych w procesie rehabilitacji kompleksowej,
   4. zdolności powrotu do pracy na bazie potencjału fizycznego, psychicznego oraz intelektualnego możliwego do wykorzystania w celu powrotu do funkcjonowania społeczno-zawodowego.

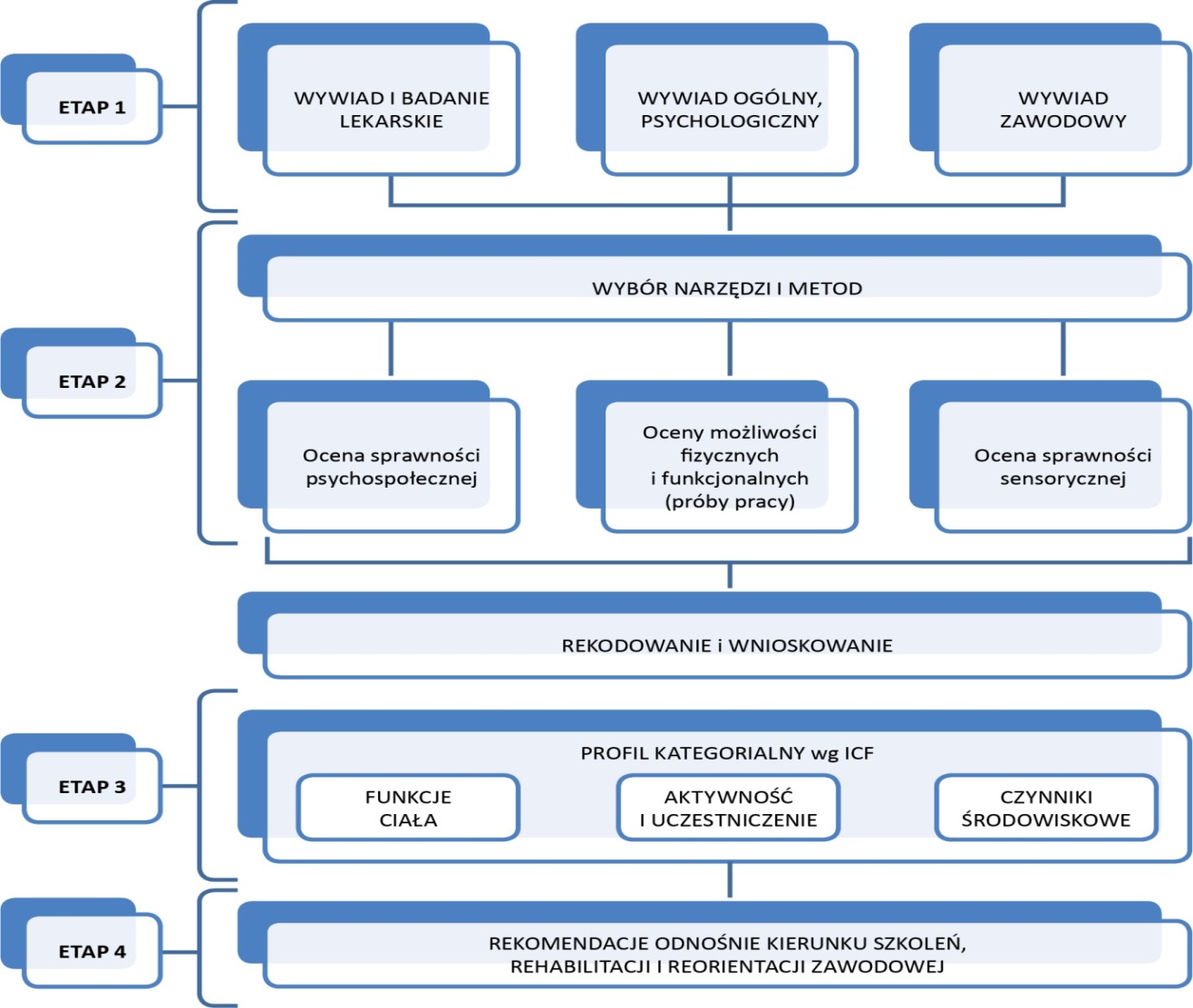
**Założenia procesu**

1. Głównymi założeniami oceny kompetencji zawodowych w oparciu o klasyfikację ICF są:
   1. uwzględnienie doświadczeń międzynarodowych w zakresie opracowania profili kategorialnych ICF w podobnych obszarach;
   2. umożliwienie przeprowadzenia oceny zdolności do pracy osób z różnym rodzajem ograniczeń funkcjonalnych;
   3. uwzględnienie w kompleksowej ocenie kompetencji zawodowych kompetencji psychospołecznych i kwalifikacji zawodowych w kontekście możliwości podjęcia przez badane osoby pracy o różnych wymaganiach psychospołecznych i fizycznych,
   4. zastosowanie obiektywnych metod dla przeprowadzenia pogłębionej oceny sprawności i możliwości psychofizycznych badanych osób do wykonywania pracy.
2. Do przeprowadzenia oceny kompetencji zawodowych wykorzystany zostanie model oceny zdolności do pracy zawierający profil kategorialny ICF z wybranymi kodami i metodami/narzędziami do nich dopasowanymi. Model ten oparty jest na Klasyfikacji ICF, która przyjmuje całościowe podejście do niepełnosprawności, łączące sferę medyczną i psychospołeczną. Takie podejście pozwala na uwzględnienie w ocenie kompetencji zawodowych zależności występujących między uszkodzeniami struktur ciała a ograniczeniami w funkcjonowaniu oraz w aktywności i uczestniczeniu w życiu społecznym, uwarunkowanymi czynnikami osobowymi i środowiskowymi.
3. Na podstawie oceny kompetencji zawodowych opracowywany zostanie profil kategorialny utworzony z wybranych kodów z ICF w obszarze *Funkcji ciała, Aktywności i uczestnictwa oraz Czynników środowiskowych*, niezbędnych do opracowania rekomendacji dla zespołu rehabilitacyjnego odnośnie IPR, w tym przekwalifikowania zawodowego. Dla realizacji zadania przyjęto profil kategorialny oparty na profilu kategorialnym dla rehabilitacji zawodowej (*Vocational Rehabilitation Core Set*).
4. Do każdego z wybranych kodów ICF przyporządkowano metody/narzędzia pozwalające na pozyskiwanie informacji w zakresie ocenianych funkcji ciała, aktywności i uczestnictwa oraz czynników środowiskowych. Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje następujące sposoby pozyskiwania informacji: wywiad, dokumentacja medyczna, obserwacja, badanie kliniczne, badania specjalistyczne. Wybrane metody/narzędzia pozwalają na kompleksową ocenę w zakresie:
   1. psychospołecznych aspektów zdolności do pracy, w tym:
      1. dobrostanu (m.in. poczucie własnej wartości, witalność, stopień akceptacji choroby czy niepełnosprawności),
      2. kompetencji społeczno-zawodowych i motywacji (m.in. zdolności przywódcze, samokontrola, zainteresowania językowe, matematyczno-logiczne, praktyczno-techniczne, praktyczno-estetyczne, opiekuńczo-usługowe, kierowniczo-organizacyjne, biologiczne, motywacja do osiągnięć, e-kompetencje),
      3. sprawności umysłowej (m.in. poziom inteligencji, pamięć, koncentracja i podzielność uwagi, spostrzegawczość),
      4. osobowości i temperamentu (m.in. neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość, sumienność, ruchliwość, hamowanie i równowaga procesów nerwowych, żwawość, perseweratywność, wrażliwość sensoryczna, reaktywność emocjonalna, wytrzymałość, aktywność, impulsywność, skłonność do ryzyka),
      5. radzenia sobie ze stresem (m.in. style radzenia sobie ze stresem),
      6. inteligencji emocjonalnej i kompetencji społecznych (m.in. zdolność do rozpoznawania, rozumienia i kontrolowania własnych i cudzych emocji, asertywność, kooperacja, towarzyskość, zaradność społeczna),
      7. sprawności psychomotorycznej (m.in. refleks, koordynacja wzrokowo-ruchowa),
   2. sprawności fizycznych i funkcjonalnych (próby pracy), w tym:
      1. zakresu ruchomości w stawach, siły mięśniowej, równowagi i chodu, tolerancji wysiłku fizycznego,
      2. pracy w narzuconym tempie,
      3. pracy wymagającej koordynacji wzrokowo-ruchowej (kończyn górnych, kończyn dolnych),
      4. pracy wymagającej rozpoznawania kolorów i znaków,
      5. pracy wymagającej dużego zakresu ruchu w stawach,
      6. pracy wymagającej zręczności manualnej,
      7. pracy wymagającej precyzji ruchów,
   3. sprawności sensorycznej, w tym:
      1. słuchu (progu słyszenia i zrozumiałość mowy),
      2. ostrości wzroku (w tym ostrości widzenia przy obniżonym kontraście), widzenia barw.

**Organizacja procesu**

1. W ramach Projektu za realizację oceny kompetencji zawodowych Uczestników odpowiedzialny będzie Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (CIOP). Eksperci ORK będą mieli za zadanie uczestniczyć w badaniach oraz samodzielnie wykonywać pozostałą cześć diagnostyczną przewidzianą w opracowaniu Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR). Diagnoza w całości będzie realizowana na terenie ORK, Wykonawca jest zobowiązany do zapewnienia odpowiednio wyposażonych pomieszczeń i udziału ekspertów (lekarza rehabilitacji, fizjoterapeuty, psychologa, doradcy zawodowego) do realizacji diagnozy. Poszczególne działania w ramach procesu wraz z podmiotami właściwymi za ich realizację zawarto w *Tabeli 2. Schemat procesu. Diagnoza na wejściu*.
2. ORK udostępnia pomieszczenia do przeprowadzenia diagnozy (co najmniej 4 pomieszczenia przygotowane do przeprowadzenia badania). Diagnoza będzie prowadzona w godzinach 8:00 – 18:00 od poniedziałku do piątku. Uczestnicy nie mogą być angażowani dłużej niż 8 godzin dziennie.
3. Przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych zakłada 4 etapy działań diagnostycznych wskazanych na rysunku 3.

**Rysunek 3. Etapy oceny kompetencji zawodowych**



*Źródło: opracowanie własne*

1. **Etap 1** - w pierwszym etapie oceny kompetencji przeprowadzone zostaną wywiad i badanie lekarskie, wywiad ogólny psychologiczny oraz wywiad zawodowy. Na tej podstawie zespół specjalistów (m. in. lekarz/fizjoterapeuta/psycholog/doradca zawodowy z ORK) we współpracy z zespołem ekspertów z CIOP-PIB dokona wyboru narzędzi i metod dalszej oceny. Zakres ocenianych możliwości fizycznych, funkcjonalnych, sprawności psychospołecznych i sensorycznych w kompleksowej ocenie kompetencji zawodowych będzie określany dla każdej badanej osoby indywidualnie w zależności od stopnia i rodzaju naruszenia sprawności organizmu.
2. **Etap 2** - w oparciu o sprecyzowany w pierwszym etapie zakres badań dokonana zostanie ocena sprawności psychospołecznych, możliwości fizycznych i funkcjonalnych i sprawności sensorycznych.

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

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

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

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

1. **Etap 3 -** w trzecim etapie oceny kompetencji zawodowych zespół specjalistów przeprowadzających ocenę będzie dokonywał rekodowania wyników ze skal poszczególnych metod i narzędzi na kategorie ocen wg kwalifikatorów ICF. Na podstawie rekodowanych ocen oraz wniosków płynących z obserwacji osoby badanej zespół będzie dokonywał oceny indywidualnego profilu kategorialnego w zakresie 3 grup kategorii: funkcji ciała, aktywności i uczestniczenia oraz czynników środowiskowych. Ocena będzie przeprowadzana na podstawie wszystkich uzyskanych informacji w 1 i 2 etapie działań: historii przypadku, wywiadów, badań specjalistycznych oraz obserwacji prowadzonej w trakcie badań i wywiadów. Realizacja tej części badania będzie prowadzona przez połączone zespoły CIOP-PIB i ORK (lekarz /psycholog/doradca zawodowy).
2. **Etap 4** - ostatni etap oceny kompetencji zawodowych badanych osób przewiduje opracowanie rekomendacji odnośnie kierunku szkoleń, rehabilitacji i reorientacji zawodowej, które wynikają bezpośrednio z indywidualnego profilu kategorialnego w zakresie kompetencji zawodowych tych osób. Realizacja tego etapu badania będzie prowadzona przez połączone zespoły CIOP-PIB i ORK (lekarz /psycholog/doradca zawodowy).

**Wymiar świadczeń w ramach procesu**

1. Przewidywane średnie zaangażowanie personelu ORK w ocenę kompetencji zawodowych w ramach etapów 1-4:
   1. lekarz - 4 godziny na osobę,
   2. doradca zawodowy - 4 godziny na osobę,
   3. fizjoterapeuta - 2 godziny na osobę,
   4. psycholog - 4 godziny na osobę.

**Efekty procesu**

1. Wynikiem oceny kompetencji zawodowych na początku pobytu w ośrodku będzie profil kategorialny ICF wraz z rekomendacjami dla zespołu rehabilitacyjnego, opracowującego Indywidualny Program Rehabilitacji, dotyczącymi kierunku rehabilitacji, przekwalifikowania zawodowego i szkoleń zawodowych.

**Tabela 2. Schemat procesu: Ocena kompetencji zawodowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Operacja: | Realizator: | Krótki opis: |
| 2.3 | Ocena początkowa | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP):  - psycholog (CIOP, ORK)  - doradca zawodowy (CIOP, ORK)  - fizjoterapeuta (ORK)  - lekarz (ORK) | 1. W wyznaczonym terminie potencjalny Uczestnik rozpoczyna ocenę początkową prowadzoną przez połączone zespoły: rehabilitacyjny (ORK) oraz oceny kompetencji zawodowych (CIOP).   Celem oceny jest określenie:  • zaburzeń funkcji organizmu będących przyczyną utraty zdolności do pracy i pełnienia ról społecznych,  • ograniczeń w poszczególnych dziedzinach aktywności i uczestniczenia w życiu społecznym, głównie zawodowym,  • barier środowiskowych oraz czynników osobowych kluczowych w procesie rehabilitacji kompleksowej,  • zdolności powrotu do pracy – na bazie potencjału fizycznego, psychicznego oraz intelektualnego, możliwego do wykorzystania w celu powrotu do funkcjonowania społeczno-zawodowego.  W ramach oceny dokonywana jest diagnoza prowadzona przez:   * Lekarza (ORK) * Fizjoterapeutę (ORK), * Psychologów (CIOP, ORK) * Doradców zawodowych (CIOP, ORK) * Fizjoterapeutę (ORK)   Do przeprowadzenia oceny kompetencji zawodowych wykorzystany zostanie model oceny zdolności do pracy zawierający profil kategorialny ICF z wybranymi kodami i metodami/narzędziami do nich dopasowanymi.  Przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych zakłada 4 etapy działań diagnostycznych.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP).  Forma: Badanie zgodnie z modelem oceny zdolności do pracy.  **Załączniki:** zgodnie z etapami oceny |
| 2.3.1 | Ocena początkowa – Etap I | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | 1. W pierwszym etapie oceny kompetencji przeprowadzone zostaną: wywiad ogólny, wywiad psychologiczny, wywiad zawodowy oraz badanie lekarskie.   I Etap:   * Badanie lekarskie, wywiad ogólny   Realizator – Lekarz (ORK)/Fizjoterapeuta (ORK),   1. **Załącznik:** Karta Oceny Medycznej  * Wywiad psychologiczny   Realizator – Psycholog (ORK), Psycholog (CIOP)   1. **Załącznik:** Kwestionariusz Wywiadu Psychologicznego  * Wywiad zawodowy   Realizator – Doradca zawodowy (ORK), Doradca zawodowy (CIOP)   1. **Załącznik:** Kwestionariusz Wywiadu Zawodowego   Zakres ocenianych możliwości fizycznych, funkcjonalnych, sprawności psychospołecznych i sensorycznych w kompleksowej ocenie kompetencji zawodowych będzie określany dla każdej badanej osoby indywidualnie w zależności od stopnia i rodzaju naruszenia sprawności organizmu. |
| 2.3.2 | Ocena początkowa – Etap II | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | 1. W oparciu o sprecyzowany w Etapie I zakres badań, dokonana zostanie ocena sprawności psychospołecznych, możliwości fizycznych i funkcjonalnych i sprawności sensorycznych. Uczestnik przechodzi do II Etapu badań prowadzonego przez Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP). Ocena sprawności psychospołecznych składających się na ocenę kompetencji zawodowych zakłada wykorzystanie narzędzi psychologicznych o charakterze kwestionariuszowym i aparaturowym, a ocena możliwości fizycznych i funkcjonalnych zakłada przeprowadzenie diagnozy na podstawie prób pracy.   Poza oceną ilościową specjaliści dokonujący oceny zbierają informacje w oparciu o obserwację zachowania oraz informacje uzyskane od osoby badanej i na tej podstawie wnioskują o dodatkowych cechach osoby mających swój odpowiednik w profilu kategorialnym wg klasyfikacji ICF.  Realizator: Zespoły CIOP i ORK  Forma: Badanie zgodnie z modelem oceny zdolności do pracy  Wyniki z tego etapu wraz z wcześniejszymi diagnozami stanowią podstawę do dokonania oceny indywidualnego profilu kategorialnego wg. ICF. |
| 2.3.3 | Ocena początkowa – Etap III i IV | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | 1. Na podstawie wywiadów i obserwacji specjaliści prowadzący diagnozę dokonają rekodowania wyników ze skal poszczególnych metod i narzędzi na kategorie ocen wg kwalifikatorów ICF. Na podstawie rekodowanych ocen oraz wniosków płynących z obserwacji osoby badanej zespół dokona oceny indywidualnego profilu kategorialnego (Etap III).   Realizator: Zespoły CIOP i ORK  Forma: Rekodowanie ocen oraz wniosków z obserwacji   1. Ostatni etap oceny kompetencji zawodowych badanych osób przewiduje opracowanie rekomendacji odnośnie kierunku rehabilitacji i przekwalifikowania zawodowego, które wynikają bezpośrednio z indywidualnego profilu kategorialnego w zakresie kompetencji zawodowych tych osób (Etap IV).   Efektem prac zespołu jest dokument w postaci Oceny kompetencji zawodowych wg ICF zawierający rekomendacje odnośnie kierunków rehabilitacji kompleksowej w poszczególnych modułach.  Dokument przekazywany będzie do Zespołu rehabilitacji kompleksowej ORK i na jego podstawie stworzony zostanie Indywidualny Program Rehabilitacji.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP)  Forma: Przygotowanie Indywidualnego profilu kategorialnego oraz ocena kompetencji zawodowych (wg. ICF).   1. **Załącznik**: Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF 2. **Załącznik**: Ocena kompetencji zawodowych – wg. ICF |
| 2.5 | Archiwizacja dokumentacji | Obsługa administracyjna ww. jednostek | Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w Umowie. |
|  | Zakończenie procesu | | |

### 5.1.3. Opracowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji

**Cele procesu**

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

**Założenia procesu**

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

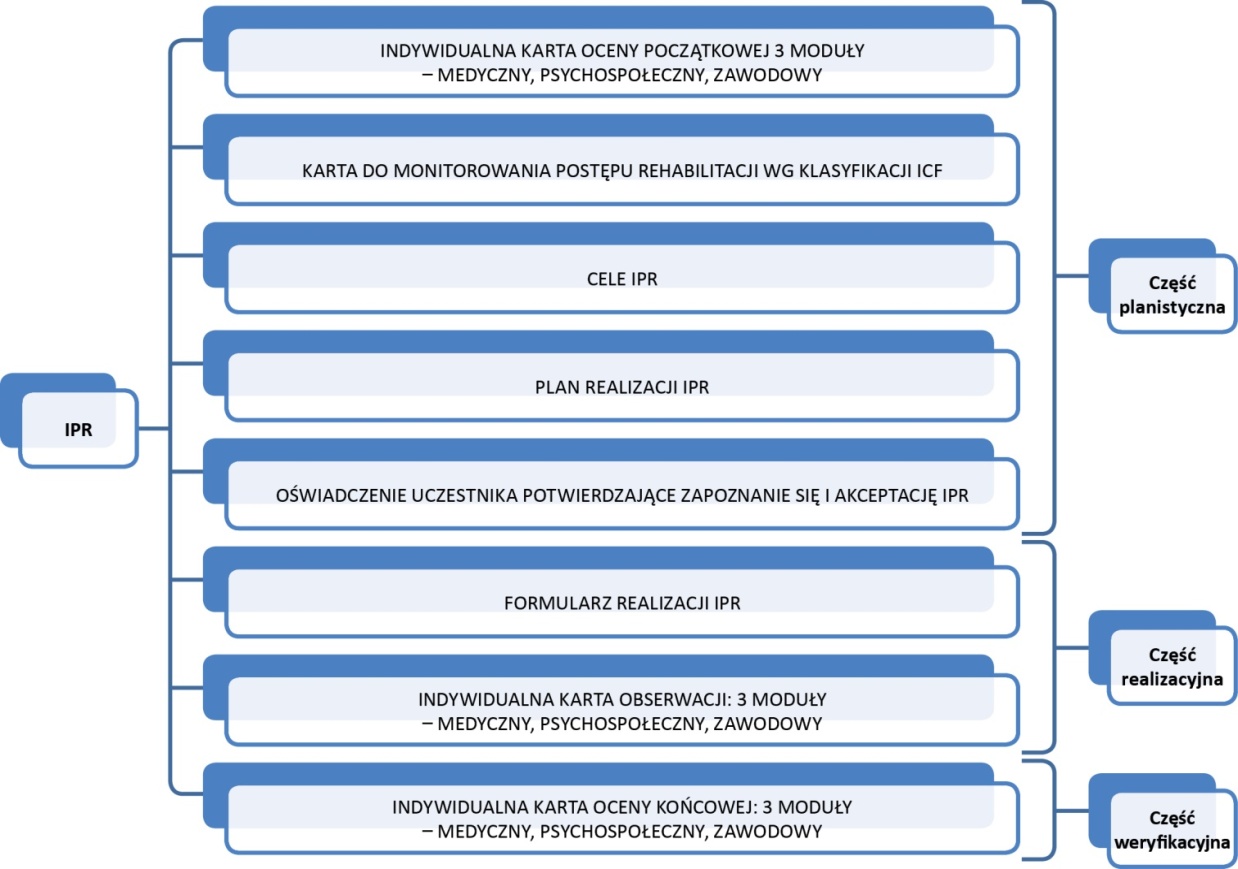
**Organizacja procesu**

1. **Określenie celów rehabilitacji kompleksowej** będzie następowało w oparciu o rekomendacje dotyczące rehabilitacji, przekwalifikowania zawodowego i kierunku szkoleń zawodowych. Cele te zostały podzielone na: cel główny i cele szczegółowe.
2. **Celem głównym** rehabilitacji kompleksowej jest uzyskanie przez osobę, która zakończy udział w programie, zatrudnienia na otwartym rynku pracy lub założenie działalności gospodarczej. Z tak zdefiniowanego celu wynika zatem, iż celem wspólnym rehabilitacji medycznej oraz psychospołecznej jest wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej.
3. **Cele szczegółowe** odnoszą się do poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej:
   1. Moduł zawodowy:
      1. Przygotowanie do wejścia/powrotu na rynek pracy.
      2. Przekwalifikowanie zawodowe.
   2. Moduł psychospołeczny:
      1. Wzmocnienie motywacji do podjęcia pracy.
      2. Przyswojenie zasad właściwego pełnienia ról społecznych, umożliwiających regulowanie stosunków z otoczeniem, ważnych dla siebie i z pożytkiem dla innych.
      3. Wsparcie wspomagające dla osób z najbliższego otoczenia uczestników programu.
   3. Moduł medyczny:
      1. Przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie w jak największym, możliwym do osiągnięcia, stopniu.
      2. Podtrzymanie/poprawa stanu funkcjonalnego.
      3. Wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych.
      4. Zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych.
4. **Opracowanie ścieżki prowadzenia rehabilitacji, czyli sposobu postępowania terapeutycznego** polega na doborze właściwych dla każdego Uczestnika, form i metod realizacji rehabilitacji kompleksowej nastawionej na przywracanie lub rozwój jego zdolności psychospołecznych i fizycznych oraz umiejętności zawodowych istotnych z punktu widzenia konkretnego zawodu. Projektowanie ścieżki prowadzenia rehabilitacji wymaga uwzględnienia następujących elementów:
   1. Programu i wymiaru czasowego poszczególnych składowych rehabilitacji (medycznego, psychospołecznego, zawodowego).
   2. Harmonogramu realizacji, w tym przewidywanego terminu realizacji programu.
   3. Osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań.
   4. Częstotliwości przeprowadzania oceny etapowej.
   5. Wystandaryzowanej dokumentacji IPR.
5. **Programy i wymiar czasowy poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej** (zawodowego, psychospołecznego, medycznego) będą określane, z uwzględnieniem następujących zasad:
   1. Program rehabilitacji kompleksowej będzie tworzony dla każdego uczestnika projektu, przy **jego aktywnej współpracy**, w oparciu o rekomendacje dla zespołu rehabilitacyjnego opracowane na etapie diagnozy, dotyczące rehabilitacji, kierunku szkoleń i reorientacji zawodowej.
   2. Program będzie zawierał wykaz procedur zaplanowanych do realizacji u Uczestnika, w zakresie każdego modułu tj. zawodowego, psychospołecznego i medycznego.
   3. Szczegółowy wymiar czasowy procedur z zakresu modułu medycznego i psychospołecznego będzie określany w skali dnia i najbliższego miesiąca (następnie aktualizowany cyklicznie w zależności od zmian stanu funkcjonalnego uczestnika), natomiast z zakresu modułu zawodowego będzie ustalony zgodnie z programem szkolenia zawodowego.
   4. Usługi z zakresu doradztwa i pośrednictwa pracy będą realizowane do momentu podjęcia zatrudnienia (lub uruchomienia działalności gospodarczej) i przez okres minimum 3 miesięcy po podjęciu zatrudnienia.
6. **Harmonogram realizacji, w tym przewidywany termin realizacji programu** - harmonogram realizacji programu wymaga uwzględnienia następujących wytycznych:
   1. Procedury z zakresu modułu medycznego, psychospołecznego i wybrane z zawodowego rozpoczynają się w dniu roboczym następującym po dniu, w którym opracowano IPR i uzyskano pisemną zgodę Uczestnika na formularzu „Oświadczenie dotyczące IPR”.
   2. Nauka zawodu będzie rozpoczynała się w zaplanowanym terminie ale nie później niż w ciągu 21 dni od dnia, w którym opracowano IPR i uzyskano pisemną zgodę uczestnika na Oświadczeniu dotyczącym IPR. W uzasadnionych przypadkach nauka zawodu może rozpocząć się później.
   3. Średni przewidywany czas pozostawania w ORK to 9 miesięcy. Maksymalny czas pozostawania w ORK to 12 miesięcy.
   4. Rehabilitacja kompleksowa będzie prowadzona od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-18.00.
   5. W przypadku realizacji poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej, poza ORK niezbędne będzie:
      1. dla osób uczestniczących w rehabilitacji kompleksowej w trybie stacjonarnym - podanie godziny wyjazdu do wskazanej placówki i godziny wyjazdu z tej placówki;
      2. dla osób uczestniczących w rehabilitacji kompleksowej w trybie niestacjonarnym - podanie godziny rozpoczęcia zajęć.
   6. Organizacja świadczeń kompleksowej rehabilitacji w taki sposób, aby zapewniona była ich ciągłość.
7. **Osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań -** IPR będzie wdrażany przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny, w którego skład wchodzą m.in:
   1. lekarz
   2. specjalista ds. zarządzania rehabilitacją
   3. psycholog
   4. doradca zawodowy
   5. pośrednik pracy
   6. fizjoterapeuta
   7. terapeuta zajęciowy
   8. logopeda
   9. pielęgniarka
   10. dietetyk.

Kwalifikacje i zakres zadań poszczególnych członków zespołu rehabilitacyjnego zostały określone w Rozdziale8 OPZ.

1. Kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego będzie lekarz specjalista rehabilitacji. Natomiast specjalista ds. zarządzania rehabilitacją będzie odpowiedzialny za koordynację działań rehabilitacyjnych w ORK, organizację współpracy między uczestnikiem a jego rodziną, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.
2. Zadania członków zespołu rehabilitacyjnego kształtują się w następujący sposób:
   1. Udział w ocenie kompetencji zawodowych, zgodnie z ICF, opracowywaniu i realizacji IPR - lekarz specjalista, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, doradca zawodowy, psycholog i fizjoterapeuta.
   2. Udział w opracowywaniu i realizacji IPR: lekarz specjalista, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją, doradca zawodowy, psycholog i fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pośrednik pracy, pielęgniarka oraz w razie potrzeby: logopeda, dietetyk, inni specjaliści.
3. **Częstotliwość przeprowadzania oceny etapowej** - IPR będzie poddawany regularnej weryfikacji i aktualizacji przez zespół rehabilitacyjny, przy aktywnym udziale Uczestnika, stanowiąc tym samym podstawę komunikowania się zespołu w celu osiągnięcia założonych celów rehabilitacji. Spotkania zespołu rehabilitacyjnego będą odbywały się cyklicznie co 14 dni w dni robocze oraz niezwłocznie po wystąpieniu sytuacji wymagających modyfikacji IPR (czynniki związane z uczestnikiem, jak np. zmiany stanu zdrowia, niestosowanie się do regulaminu Ośrodka, zdarzenia losowe, czynniki związane z zespołem rehabilitacyjnym, jak np. odstępstwa od procesu realizacji programu).
4. **Wystandaryzowana dokumentacja IPR -** dokumenty wchodzące w skład IPR zostały podzielone na 3 części odpowiadające etapom jego realizacji:
   1. diagnostyczno-planistyczną - Indywidualna Karta Oceny Początkowej (3 moduły - medyczny, psychospołeczny, zawodowy), Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF Dokument zawierający cele IPR, Plan realizacji IPR, Oświadczenie uczestnika potwierdzające zapoznanie się i akceptację IPR.
   2. realizacyjną - Formularz realizacji IPR oraz Indywidualna Karta Obserwacji (3 moduły - medyczny, psychospołeczny, zawodowy).
   3. weryfikacyjną - Indywidualna Karta Oceny Końcowej (3 moduły - medyczny, psychospołeczny, zawodowy).
5. Wykonawca będzie zobowiązany do używania wzorcowych dokumentów wdrożeniowych dostępnych w dokumencie *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa drogowa – Wzory Dokumentów* (Załącznik do OPZ).
6. IPR będzie realizowany dla każdego Uczestnika przez wyznaczonych członków Zespołu, w miarę możliwości w niezmieniającym się składzie, w celu zapewnienia ciągłości opieki i obserwacji postępów rehabilitacji.
7. Zarządzanie procesem rehabilitacji na poziomie ORK wymaga zapewnienia współpracy na wszystkich poziomach: kierownictwa ośrodka, kierownika zespołu rehabilitacyjnego oraz specjalisty ds. zarzadzania rehabilitacją. Zarządzanie procesem rehabilitacji na poziomie kierownictwa ORK obejmuje wszelkie aspekty organizacyjno-prawne niezbędne do realizacji kompleksowej rehabilitacji. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, będący kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego, koordynuje jego działania. Koordynator/specjalista ds. zarządzania rehabilitacją ma za zadanie koordynację działań rehabilitacyjnych w ORK, organizację współpracy z rodziną Uczestnika, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.

Rysunek 2. Struktura IPR

****

*Źródło: opracowanie własne*

**Rysunek 3. Przykładowy plan realizacji IPR**

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

**Wymiar świadczeń w ramach procesu**

1. IPR opracowywany jest przez zespół ORK, przewidywane zaangażowanie personelu w przygotowanie IPR: lekarz – 2 godziny na osobę, doradca zawodowy – 2 godziny na osobę, pośrednik pracy – 2 godziny na osobę, psycholog – 2 godziny na osobę.
2. Każdy Uczestnik w ramach weryfikacji IPR powinien mieć przeprowadzoną ocenę kompetencji zawodowych w połowie pobytu oraz na końcu procesu rehabilitacji. Ocena odbywać się powinna z odpowiednim zastosowaniem postanowień punktu 5.1.1. OPZ.
3. Przewidywane zaangażowanie personelu w przygotowanie jednej diagnozy po połowie pobytu: (1) lekarz 2 godziny na osobę, (2) doradca zawodowy 2 godziny na osobę,(3) psycholog 2 godziny na osobę. Przewidywane zaangażowanie personelu w przygotowanie diagnozy jednego Uczestnika na zakończenie: (1) lekarz 4 godziny na osobę, (2) fizjoterapeuta 2 godziny na osobę, (3) doradca zawodowy 4 godziny na osobę, (4) psycholog 4 godziny na osobę.

**Efekty procesu**

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

**Tabela 3. Schemat procesu. Indywidualny Program Rehabilitacji.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Operacja: | Realizator: | Krótki opis: |
| 3.1 | Przyjęcie informacji o zakwalifikowaniu potencjalnego Uczestnika | Jednostka administracyjna ORK: specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników,  PFRON: Osoba odpowiedzialna w PFRON za koordynację procesu kierowania Uczestników do ORK | Opis w procesie 2 - 2.1 |
| 3.2 | Rejestracja potencjalnego Uczestnika | Jednostka administracyjna ORK:  - specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników | Opis w procesie 2 - 2.2 |
| 3.3 | Ocena początkowa | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespól prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | Opis w procesie 2 - 2.3 |
| 3.4 | Przygotowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji | Zespół rehabilitacyjny ORK | 1. Na podstawie wyników diagnozy (proces 2) oraz rekomendacji dla zespołu rehabilitacyjnego (zw. dalej Zespół) dotyczących rehabilitacji, kierunku szkoleń i reorientacji zawodowej zostaje przygotowany Indywidualny Program Rehabilitacji. Kierownikiem Zespołu jest lekarz, wchodzący w jego skład. Koordynatorem rehabilitacji jest Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją.   Pierwsze spotkanie zespołu rehabilitacyjnego odbywa się najpóźniej w następnym dniu roboczym po uzyskaniu rekomendacji dotyczących szkolenia zawodowego. Podczas pierwszego posiedzenia Zespół przygotowuje Indywidualny Program Rehabilitacji w części diagnostyczno-planistycznej.  Wypełnienie IPR polega na opracowaniu ścieżki prowadzenia rehabilitacji kompleksowej uczestnika:   * Program i wymiar czasowy poszczególnych składowych kompleksowej rehabilitacji. * Harmonogram realizacji, w tym przewidywany termin zakończenia programu. * Osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań. * Częstotliwość przeprowadzania oceny etapowej.   W trakcie realizacji, wypełniony zostaje IPR w części diagnostyczno-planistycznej. Całość IPR autoryzują członkowie zespołu rehabilitacyjnego – każdy w zakresie swoich kompetencji.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma: Przygotowanie IPR   1. **Załącznik**: IPR - Indywidualna Karta Oceny Początkowej 3 moduły – medyczny, psychospołeczny, zawodowy, 2. **Załącznik**: IPR - Karta do monitorowania postępu rehabilitacji wg klasyfikacji ICF, 3. **Załącznik**: IPR – Dokument zawierający cele IPR 4. **Załącznik**: IPR – Plan realizacji IPR 5. Po uzupełnieniu IPR, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją organizuje spotkanie z uczestnikiem rehabilitacji, podczas którego kierownik zespołu prezentuje mu założenia IPR.   Po zapoznaniu uczestnika z IPR, na formularzu "Oświadczenia w ramach Indywidualnego Programu Rehabilitacji" lekarz potwierdza to składając czytelny podpis z datą, a uczestnik wyraża świadomą zgodę na realizację program poprzez zamieszczenie daty i czytelnego podpisu.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma:  - Zapoznanie Uczestnika rehabilitacji z IPR.  - Przyjęcie IPR do realizacji.   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji – Oświadczenie Uczestnika potwierdzające zapoznanie się i akceptację IPR |
| 3.5 | Realizacja IPR | Zespół rehabilitacyjny ORK | 1. Po przyjęciu IPR do realizacji i zgody Uczestnika rozpoczyna się realizacja procesu rehabilitacji w ORK, w ramach 2-tygodniowego okresu próbnego, zgodnie z warunkami określonymi w „Warunkach rekrutacji i udziału w rehabilitacji kompleksowej”. Proces rehabilitacji kompleksowej odbywał się będzie zgodnie z przyjętym planem i harmonogramem działań określonym w IPR i będzie realizowany poprzez:  * pracę zespołu rehabilitacyjnego nastawioną na przywracanie lub rozwój zdolności psychospołecznych i fizycznych oraz umiejętności zawodowych istotnych z punktu widzenia konkretnego zawodu; * działania psychospołeczne, w tym wzmocnienie motywacji do uczestnictwa w rynku pracy poprzez poprawę adaptacji społecznej, umiejętności pracy zespołowej, trening zarządzania sytuacjami konfliktowymi, wykorzystanie narzędzi komunikacji społecznej; * praktyczne przygotowanie do pracy zawodowej; * kursy/szkolenia zawodowe nadające nowe kwalifikacje (przekwalifikowanie zawodowe lub zdobycie nowego zawodu); * przygotowanie do poruszania się po rynku pracy i wsparcie w poszukiwaniu i podjęciu zatrudnienia.   Rehabilitacja kompleksowa, w modułach medycznym, zawodowym i psychospołecznym, prowadzona jest przez zespół rehabilitacyjny w składzie m.in:   * lekarz, * specjalista ds. zarządzania rehabilitacją * psycholog, * doradca zawodowy, * pośrednik pracy, * fizjoterapeuta, * terapeuta zajęciowy, * logopeda, * pielęgniarka, * dietetyk, * inne osoby zaangażowane w proces rehabilitacji zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami.   Opis działań i procesów w ramach poszczególnych modułów rehabilitacji kompleksowej zamieszczony jest w poszczególnych podprocesach. W trakcie realizacji procesu kompleksowej rehabilitacji uzupełniany w części realizacyjnej zostaje IPR oraz powstają załączniki prowadzone przez członków zespołu rehabilitacyjnego.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma: Realizacja programu kompleksowej rehabilitacji   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji - Formularz realizacji IPR, 2. **Załącznik:** Indywidualny Program Rehabilitacji – Indywidualna Karta Obserwacji 3 moduły – medyczny, psychospołeczny i zawodowy, 3. **Załącznik:** Inne załączniki do IPR związane z prowadzeniem rehabilitacji w poszczególnych modułach rehabilitacji kompleksowej. 4. Opiekę nad Uczestnikiem w ramach rehabilitacji prowadzi **specjalista ds. zarządzania rehabilitacją**. Jego zadania związane będą z:  * zarządzaniem procesem rehabilitacji Uczestników projektu - weryfikacją czy proces rehabilitacji prowadzony jest zgodnie z IPR, okresową weryfikację kart realizacji IPR, współpracą z poszczególnymi członkami Zespołu, * prowadzeniem uczestnika przez wszystkie etapy rehabilitacji - udział w spotkaniach Zespołu, pełnienie roli łącznika pomiędzy uczestnikiem, a członkami Zespołu, * zwiększaniem osobistej motywacji uczestnika do aktywnego uczestniczenia w rynku pracy -wsparciem wspólnie z pośrednikiem pracy we współpracy z aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi, * motywowaniem środowiska rodzinnego w zakresie pomocy uczestnikowi w procesie rehabilitacji kompleksowej, * prowadzeniem rehabilitacji społecznej i wsparciem uczestnika w poszukiwaniu pracy.   Realizator: Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją  Forma: Wsparcie Uczestnika w procesie rehabilitacji kompleksowej   1. W przypadku stwierdzenia nieścisłości pomiędzy planem rehabilitacji a jego częścią realizacyjną lub w przypadku zgłoszenia zastrzeżeń lub uwag od uczestnika w zakresie rehabilitacji, specjalista ds. zarządzania rehabilitacją zawiadamia kierownika Zespołu i niezwłocznie zwołuje spotkanie Zespołu celem określenia propozycji działań zmierzających do rozwiązania powstałego problemu.   Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma: Nadzór nad realizacją IPR   1. **Załącznik:** Indywidualny Program Rehabilitacji |
| 3.6 | Aktualizacja zapisów IPR | Zespół rehabilitacyjny ORK | 1. Zespół monitoruje przebieg realizacji rehabilitacji kompleksowej i w razie potrzeby dokonuje aktualizacji zapisów IPR. Spotkania Zespołu odbywają raz na 2 tygodnie lub częściej (tzw. spotkania ad-hoc), w razie potrzeby. Modyfikacja zapisów IPR może wynikać m.in. z następujących przyczyn:  * zmiany stanu zdrowia uczestnika, * braku efektów rehabilitacji, * absencji uczestnika, * potrzeby wyznaczenia innej osoby realizującej działania, * zmiany miejsca wykonywania procedur, * zmiany zakresu i rodzaju procedur rehabilitacji.   Zmiany w IPR dokonywane są na podstawie systematycznej oceny: stanu zdrowia przeprowadzanej przez lekarza, stanu funkcjonalnego - przez lekarza, psychologa, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego, postępów w zakresie szkolenia zawodowego przez nauczyciela zawodu.  Zmiany są autoryzowane przez członków zespołu – każdy w zakresie wprowadzonych zmian.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma: Modyfikacja zapisów IPR   1. **Załącznik:** Indywidualny Program Rehabilitacji. 2. Uczestnik zapoznawany jest z wprowadzonymi zmianami przez Specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją. Uczestnik jest informowany przez kierownika Zespołu o wprowadzonych zmianach dotyczących procedur medycznych, zawodowych i psychospołecznych, zaś przez specjalistę ds. zarządzania rehabilitacją o zmianach organizacyjnych.   Uczestnik potwierdza przyjęcie zmian własnoręcznym podpisem.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma: Zapoznanie uczestnika ze zmianami w IPR.   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji |
| 3.7 | Monitorowanie postępów uczestnika | Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników (ORK) | 1. Pobyt uczestnika w ORK jest dodatkowo monitorowany przez Specjalistę ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników. Osoba ta pełni rolę łącznika pomiędzy PFRON (oraz jego partnerami), a ORK i uczestnikiem. Do zadań specjalisty należy:  * obsługa przyjęć do ośrodka (monitorowanie terminów przyjęć, rejestracja, przydzielanie pokoi), * współpraca z partnerami projektu (PFRON, CIOP PIB, ZUS), * przygotowywanie sprawozdań z realizacji umowy z PFRON, * zbieranie danych niezbędnych do wypełniania i przetworzenie, formularza sprawozdawczego, * prowadzenie badań satysfakcji uczestników i personelu, * współpraca z zespołem PFRON prowadzącym wizyty monitorujące w ORK, * raportowanie wyników działań do kierownictwa ORK i PFRON, * analiza wyników działań monitorujących, * inicjowanie działań naprawczych i udoskonalających prowadzenie dokumentacji dla tych działań.   Realizator: Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników  Forma: Monitoring procesu rehabilitacji kompleksowej   1. **Załącznik**: Arkusz sprawozdawczy ORK 2. **Załącznik:** Sprawozdanie z realizacji umowy dla PFRON 3. **Załącznik:** Analizy ankiet satysfakcji uczestników i pracowników |
| 3.8 | Ocena końcowa Uczestnika | Zespół rehabilitacyjny ORK oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | 1. Na zakończenie okresu realizacji rehabilitacji kompleksowej Uczestnik poddawany jest ocenie końcowej obejmującej:  * w modułach medycznym i psychospołecznym: * badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarskie, * badanie fizjoterapeutyczne, w tym ocena wg ICF, * badanie terapeuty zajęciowego, * badanie psychologiczne, * badanie logopedyczne (jeżeli dotyczy) * konsultacja dietetyczna (jeżeli dotyczy) * w module zawodowym: * podsumowanie realizacji programu nauczania zawodu, * podsumowanie realizacji procesu zatrudnienia.   Ocena końcowa dokonywana jest przez członków zespołu ORK we współpracy z zespołem dokonującym oceny indywidualnego profilu kategorialnego. Na podstawie wyników rehabilitacji, IPR i obserwacji zespół prowadzący ocenę końcową dokona oceny indywidualnego profilu kategorialnego, a wyniki zostaną zagregowane do formularza Oceny kompetencji zawodowych (w części oceny końcowej).  Realizator: Zespół rehabilitacyjny ORK  Forma:   * Przygotowanie Indywidualnego profilu kategorialnego oraz ocena kompetencji zawodowych (wg. ICF). * Przygotowanie arkusza oceny końcowej.   Ocena końcowa   1. **Załącznik:** Indywidualny profil kategorialny do oceny kompetencji zawodowych wg ICF 2. **Załącznik**: Ocena kompetencji zawodowych – wg. ICF 3. **Załącznik:** Arkusz oceny końcowej IPR 4. Wnioski i zalecenia końcowe prezentowane są uczestnikowi przez Zespół podczas spotkania zamykającego proces rehabilitacji w ORK.   Realizator: Zespół rehabilitacyjny  Wnioski i zalecenia końcowe   1. Załącznik: Indywidualny Program Rehabilitacji- Indywidualna Karta Oceny Końcowej   Wyniki oceny końcowej będą stanowiły jeden z elementów oceny skuteczności procesu kompleksowej rehabilitacji. |
| 3.9 | Archiwizacja dokumentacji | Obsługa administracyjna ww. jednostek | * Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w Umowie |
|  | Zakończenie procesu | | |

# 5.2. Realizacja programu rehabilitacji kompleksowej

### 5.2.1. Moduł zawodowy

**Cele procesu**

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

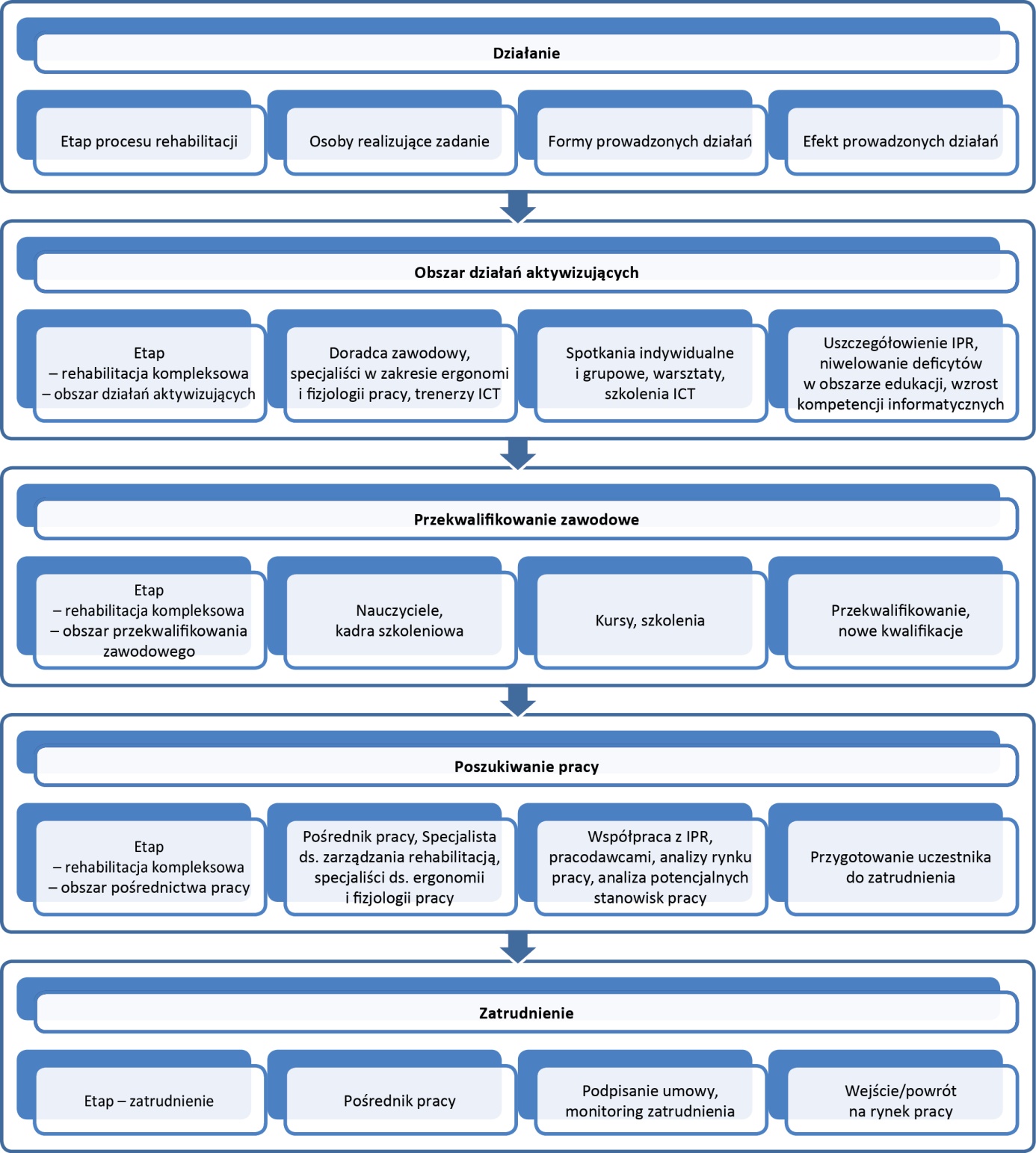
**Założenia procesu**

1. Działania w ramach modułu zawodowego oparte będą o zapisy Indywidualnego Programu Rehabilitacji (IPR). Zapisy IPR w części dotyczącej potencjału zawodowego, nowych kwalifikacji czy możliwości zatrudnienia i dostosowania potencjalnego stanowiska pracy do potrzeb uczestnika zostaną uszczegółowione w trakcie realizacji wsparcia, a efekty rehabilitacji będą sukcesywnie badane po każdym etapie realizacji IPR w tym zakresie.
2. Moduł zawodowy kompleksowej rehabilitacji podzielony został na trzy główne obszary działań:
   1. obszar działań aktywizujących;
   2. obszar przekwalifikowania zawodowego;
   3. obszar pośrednictwa pracy.
3. W poszczególnych obszarach uwzględnione będą następujące zakresy wsparcia uczestnika:
   1. Obszar działań aktywizujących:
      * Doradztwo zawodowe:
      * Wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym – przygotowanie do realizacji procesu szkolenia zawodowego;
      * Wzmocnienie kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP).
   2. Obszar przekwalifikowania zawodowego:

* Szkolenia zawodowe ukierunkowane na nabycie nowych kompetencji zawodowych.
  1. Obszar pośrednictwa pracy:
* Wsparcie w zakresie powrotu/wejścia na rynek pracy.

1. Zadania w ramach **obszaru działań aktywizujących** będą koncentrowały się na przygotowaniu uczestnika do przekwalifikowania zawodowego oraz możliwości zatrudnienia poprzez:
   1. Doradztwo zawodowe, przygotowujące do wejścia/powrotu na rynek pracy (wiedza o rynku pracy i rządzących nim mechanizmach, metody i źródła poszukiwania pracy, przygotowanie CV, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej itp.);
   2. Zdefiniowanie potrzeb w zakresie wsparcia bezpośredniego (obejmującego przystosowanie stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery) i pośredniego (dotyczącego przystosowania środowiska pracy i eliminację lub ograniczenie barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnościami);
   3. Określenie (potencjalne) rodzajów wsparcia pośredniego oraz uruchomienie procedur realizacji wsparcia poprzez zewnętrzne programy funkcjonujące w systemie wsparcia rehabilitacji społecznej i zawodowej;
   4. Przygotowanie propozycji dotyczących przystosowania stanowiska pracy do specyficznych potrzeb uczestnika rehabilitacji kompleksowej;
   5. Identyfikację i podjęcie działań zmierzających do wyrównywania deficytów w obszarze edukacyjnym – przygotowanie do realizacji procesu przekwalifikowania zawodowego;
   6. Identyfikację potrzeb i realizacja działań zmierzających do wzmocnienia kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym ICT (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP);
   7. Uszczegółowienie zakresu potrzeb w obszarze przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji, jak również wybór formy kształcenia.

Rysunek 4. Działania w ramach rehabilitacji kompleksowej – moduł zawodowy



*Źródło: opracowanie własne*

1. Zadania w **obszarze przekwalifikowania zawodowego** obejmą przeprowadzenie procesu przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji, ustalenie programu oraz realizację szkoleń lub kursów. Podejmowane działania obejmą m.in.
   1. Przygotowanie oferty szkoleń dla Uczestnika w oparciu o możliwości oraz analizy rynku pracy, typowanie i analizę zawodów o wysokim poziomie uniwersalności zatrudnienia;
   2. Prowadzenie szkoleń, kursów na terenie ORK (z użyciem zasobów własnych lub zewnętrznych), w których udział będą brali tylko Uczestnicy Projektu;
   3. Kierowanie Uczestników na szkolenia lub kursy poza terenem ORK (w przypadkach kierunku szkolenia odbiegającego od profilu proponowanego przez ORK);
   4. Monitorowanie procesów szkolenia oraz ich efektu.
2. Zadania w **obszarze pośrednictwa pracy** dotyczyć będąwsparciaUczestnika w uzyskaniu zatrudnienia poprzez działania obejmujące m.in.:
   1. Utrzymywanie stałych kontaktów z pracodawcami, prowadzenie bazy wolnych stanowisk pracy w regionach zamieszkania Uczestników;
   2. Identyfikację barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej;
   3. Identyfikację i przygotowanie do realizacji programów wsparcia bezpośredniego (obejmującego przystosowanie stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery) i pośredniego (dotyczącego przystosowania środowiska pracy i eliminację lub ograniczenie barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnościami);
   4. Analizę oraz dobór potencjalnych stanowisk pracy pod kątem ograniczeń związanych z posiadanymi dysfunkcjami Uczestnika, z uwzględnieniem odbytych szkoleń i możliwości psychofizycznych. Każdy z Uczestników powinien otrzymać co najmniej trzy oferty pracy do wyboru;
   5. Finalizowanie procesu zatrudnienia.

**Organizacja procesu**

**Obszar działań aktywizujących - Doradztwo zawodowe**

1. Działania aktywizujące będą koncentrowały się na przygotowaniu Uczestnika do wejścia/powrotu na rynek pracy poprzez:
   1. Doradztwo zawodowe, przygotowujące do wejścia/powrotu na rynek pracy (wiedza o rynku pracy i rządzących nim mechanizmach, poszukiwanie pracy, przygotowanie CV, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej itp.);

Zdefiniowanie potrzeb w zakresie: przystosowania środowiska pracy i eliminacji (lub ograniczenia) barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnością (tzw. wsparcie pośrednie) oraz przystosowania stanowiska pracy, indywidualnie w oparciu o zdefiniowane dodatkowe potrzeby i bariery (tzw. wsparcie bezpośrednie);

* 1. Określenie (potencjalne) rodzajów wsparcia w zakresie przystosowania środowiska pracy i eliminacji (lub ograniczenia) barier utrudniających funkcjonowanie w nim osobie z niepełnosprawnością oraz uruchomienie procedur realizacji wsparcia poprzez zewnętrzne programy funkcjonujące w systemie wsparcia rehabilitacji społecznej i zawodowej;
  2. Przygotowanie propozycji dotyczących przystosowania stanowiska pracy do specyficznych potrzeb uczestnika rehabilitacji kompleksowej;
  3. Zdefiniowanie zakresu, wsparcia projektowego bezpośredniego i pośredniego oraz określenie źródła ewentualnego finansowania zewnętrznego przystosowania potencjalnego stanowiska pracy,
  4. Ewentualne uszczegółowienie zakresu potrzeb w zakresie przekwalifikowania lub kształcenia dla uzyskania nowych kwalifikacji.

1. W wyniku realizacji działań na tym etapie wsparcia dla Uczestnika uszczegółowione zostają zapisy IPR w obszarze działań podejmowanych w module zawodowym.
2. Działania doradcy zawodowego wspierane będą przez specjalistów z obszaru m.in. ergonomii w zakresie możliwych adaptacji stanowisk pracy do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
3. Forma realizacji działań:

* sesje indywidualne z doradcą zawodowym;
* warsztaty funkcjonowania na rynku pracy w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób).

1. Wykorzystywane dokumenty:

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

**Obszar działań aktywizujących - Wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym**

1. Na podstawie zdiagnozowanych obszarów deficytowych, mogących mieć wpływ na realizację procesu przekwalifikowania zawodowego, realizowany będzie program wsparcia niwelujący zdiagnozowane bariery. Za pomocą metod, które dopasowane będą do predyspozycji Uczestników zostaną oni przygotowani do przyszłych zajęć w ramach procesu przekwalifikowania zawodowego. Cel ogólny działania to: niwelowanie obszarów deficytowych w edukacji, poprawa umiejętności komunikacji, kształtowanie poczucia odpowiedzialności i obowiązkowości, przygotowanie do podejmowania zadań o różnym stopniu trudności w edukacji, usprawnianie funkcji percepcyjnych, aktualizacja nawyków poprawnego pisania i czytania ze zrozumieniem.
2. Zajęcia poprzedzone zostaną analizą indywidualnych potrzeb uczestników kompleksowej rehabilitacji i według zdiagnozowanych barier wyłonione zostaną grupy jednorodne jeśli chodzi o potrzeby. Zajęcia obejmujące niwelowanie obszarów deficytowych w edukacji będą realizowane z wykorzystaniem m.in.:

* metod usprawniania funkcji percepcyjnych;
* metod usprawniania funkcji językowych;
* metod usprawniania pamięci i koncentracji.
* metod usprawniających pisanie i czytanie.
* metod relaksacji.

1. Metody będą dopasowane do predyspozycji uczestników. Dzięki realizacji zajęć uczestnicy zostaną przygotowani do przyszłych zajęć w ramach procesu przekwalifikowania zawodowego. Nacisk położony zostanie na rozwój umiejętności i organizowania procesu uczenia się. Realizacja działań umożliwi niwelowanie zdiagnozowanych barier w zakresie: czytania i pisania, umiejętności posługiwania się językiem urzędowym (komunikowanie się w tym języku oraz czytanie ze zrozumieniem i sporządzanie tekstów urzędowych) oraz rozwijania umiejętności matematycznych na potrzeby codziennego funkcjonowania oraz procesu kształcenia zawodowego.
2. Forma realizacji działań:

* warsztaty w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób), Uczestnicy u których zdiagnozowano wysoki poziom kompetencji kluczowych nie muszą mieć realizowanego tego typu wsparcia.

1. Wykorzystywane dokumenty:

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

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

1. Realizacja w formie szkoleń prowadzonych w ORK. Przed szkoleniem przeprowadzony zostanie test diagnostyczny pozwalający stworzyć grupy spójne pod względem umiejętności i dostosować wsparcie do specyficznych potrzeb Uczestników.
2. Szkolenie prowadzić będzie do uzyskania kompetencji w zakresie 5 obszarów (informacja, komunikacja, tworzenie treści, bezpieczeństwo, rozwiązywanie problemów) i 21 kompetencji, wskazanych jako Standard wymagań dla kompetencji cyfrowych: przeglądanie, szukanie i filtrowanie informacji, ocena informacji, przechowywanie i wyszukiwanie informacji, komunikacja z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych i aplikacji, dzielenie się informacjami i zasobami, aktywność obywatelska online, współpraca z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych, netykieta, zarządzanie tożsamością cyfrową, tworzenie treści, integracja i przetwarzanie treści, przestrzeganie prawa autorskiego i licencji, programowanie, narzędzia służące ochronie, ochrona danych osobowych, ochrona zdrowia fizycznego i psychicznego przed zagrożeniami wynikającymi z korzystania z TIK, ochrona środowiska, rozwiązywanie problemów technicznych, rozpoznawanie potrzeb i narzędzi niezbędnych do rozwiązywania problemów, innowacyjność i twórcze wykorzystywanie technologii, rozpoznawanie braków w zakresie kompetencji cyfrowych.
3. Po zakończeniu szkolenia uczestnicy odbędą egzamin, służący potwierdzeniu nabytych kompetencji cyfrowych. Egzamin powinien być przeprowadzony przez niezależną od ORK instytucję, zakończony wydaniem uznawanego zaświadczenia o nabytych kompetencjach np. ECDL, ECCC.
4. Forma realizacji działań:

* szkolenia w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób).

1. Wykorzystywane dokumenty:
   1. Indywidualny Program Rehabilitacji w części zawodowej,
   2. Dziennik szkolenia,
   3. Ewidencja wydanych zaświadczeń/certyfikatów,
   4. Protokół z przeprowadzonego egzaminu.

**Obszar przekwalifikowania zawodowego**

1. Wykonawca może realizować zadania w dwóch wariantach:
   1. Wariant I – w ORK, jeżeli posiada on potencjał kadrowy i zaplecze organizacyjne do realizacji kursów i szkoleń zawodowych, w tym warsztaty do realizacji części praktycznej. Grupy będą organizowane jedynie spośród Uczestników (bez osób z zewnątrz biorących udział w szkoleniu). Grupy średnio 10 osobowe (min. 5, max. 15 osób).
   2. Wariant II – poza ORK - Uczestnicy biorą udział w kursach (szkoleniach) placówek zewnętrznych, indywidualnie lub grupowo. Placówka musi być przystosowana do udziału w kształceniu osób z niepełnosprawnościami. Koszty kursu/szkolenia ponosi Wykonawca.
2. Wszystkie szkolenia/kursy będą zakończone egzaminem i wydaniem odpowiedniego dokumentu (dyplomu, świadectwa, certyfikatu,) przez uprawnioną instytucję, po dokonaniu oceny efektów uczenia się i stwierdzeniu, że efekty te odpowiadają wymaganiom dla danej kwalifikacji.
3. Katalog możliwych rodzajów form pozaszkolnych w ramach **przekwalifikowania zawodowego** przeznaczonych dla osób dorosłych możliwych do realizacji obejmuje:
   1. **Kwalifikacyjne kursy zawodowe (KKZ),**
   2. **Kursy umiejętności zawodowych (KUZ),**
   3. **Kursy przygotowujące do egzaminu czeladniczego,**
   4. **inne kursy umożliwiające uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych**.
4. Kwalifikacyjne kursy zawodowe i kursy umiejętności zawodowych prowadzone będą w oparciu o podstawę programową kształcenia w zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego w oparciu o obwiązujące przepisy.
5. Kursy przygotowujące do egzaminów czeladniczych będą prowadzone w oparciu o standard wymagań egzaminacyjnych zawodów rzemieślniczych.
6. W wyniku realizacji tego etapu Uczestnik uzyskuje nowe kwalifikacje lub zostaje przekwalifikowany, czego potwierdzeniem jest zaświadczenie/certyfikat po przeprowadzonym zaliczeniu/egzaminie. Wszystkie kursy zawodowe muszą kończyć się egzaminami oraz wydaniem zaświadczenia o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego/o ukończeniu kursu umiejętności zawodowych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2017r. poz. 1632).
7. Tematyka proponowanych kursów **przekwalifikowania zawodowego** odpowiadać ma na potrzeby Uczestników (z uwzględnieniem ich możliwości psychofizycznych) w powiązaniu z zapotrzebowaniem na rynku pracy regionu zidentyfikowanym m.in. w oparciu o:
   1. aktualną analizę zawodów deficytowych w miejscu zamieszkania lub podjęcia pracy przez uczestnika projektu. Zawody deficytowe to zawody, na które występuje na rynku pracy wyższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w danym zawodzie. Dane o zawodach deficytowych pochodzą z monitoringu zawodów deficytowych i nadwyżkowych, prowadzonego przez urzędy pracy wg jednolitej metodologii, zaleconej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Dokonane z perspektywy kraju i poszczególnych makroregionów analizy wskazały następujące grupy zawodów deficytowych w 2017 roku:
      1. w skali kraju: pośrednicy pracy i zatrudnienia, programiści aplikacji, projektanci aplikacji sieciowych i multimediów, administratorzy systemów komputerowych, pracownicy centrów obsługi telefonicznej (pracownicy call center), operatorzy maszyn do produkcji wyrobów z tworzyw sztucznych, kierowcy operatorzy wózków jezdniowych, przedstawiciele handlowi.

Wykaz zawodów deficytowych znajduje się w Załączniku do OPZ – *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa - Wzory Dokumentów.*

* + 1. w skali makroregionów powtarzające się zawody to m.in.: kucharze, cukiernicy, piekarze, operatorzy maszyn skrawających, fryzjerzy, pracownicy związani z branżą budowlaną.
  1. analizę zawodową branż strategicznych wskazanych w Strategiach Rozwoju oraz Regionalnych Strategiach Innowacji dla poszczególnych województw.

1. Wykonawca posiada zdolność przeprowadzenia co najmniej 5 typów szkoleń w ORK (wariant I) spośród wskazanych poniżej:

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

1. Wykorzystywane dokumenty:
   1. Indywidualny Program Rehabilitacji w części zawodowej,
   2. Dziennik szkolenia,
   3. Ewidencja wydanych zaświadczeń,
   4. W przypadku KKZ i KUZ załączniki wynikające z przepisów oświatowych.

**Obszar pośrednictwa pracy - Wsparcie w powrocie/wejściu na rynek pracy**

1. Wykonawca odpowiada za wykonanie następujących działań:
   1. Identyfikację barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej;
   2. Bezpośredni kontakt z pracodawcami na rynku pracy;
   3. Kontakt i współpracę z Instytucjami Rynku Pracy;
   4. Pozyskiwanie ofert pracy dla Uczestników zgodnie z nabytymi kwalifikacjami;
   5. Udzielanie pracodawcom informacji o Uczestnikach jako możliwych kandydatach do pracy;
   6. Inicjowanie i organizowanie kontaktów Uczestników z pracodawcami;
   7. Identyfikację i przygotowanie do realizacji programów wsparcia bezpośredniego i pośredniego;
   8. Analizę potencjalnych stanowisk pracy pod kątem ograniczeń związanych z posiadanymi dysfunkcjami Uczestnika, która będzie uwzględniać:
      1. system pracy (zmianowa, w tym nocna, wyjazdy służbowe, praca w terenie),
      2. czas i częstości wykonywania głównych zadań (ze zwróceniem uwagi na wykonywane czynności, np. podnoszenie, obracanie, siadanie, stanie, chodzenie, dźwiganie),
      3. rodzaj sprzętu i materiałów, z których korzysta pracownik,
      4. warunki pracy i związane z nimi zagrożenia,
      5. lokalizację stanowiska pracy i komunikację do stanowiska,
      6. charakterystykę zaplecza socjalno-sanitarnego,
      7. wymagane kwalifikacje i umiejętności.
   9. Skuteczne finalizowanie procesu zatrudnienia
2. Forma działań:
   1. spotkania indywidualne z pośrednikiem pracy/specjalistą ds. ergonomii,
   2. spotkania indywidualne i grupowe - współpraca z pracodawcami mająca na celu pozyskanie informacji o wolnych miejscach pracy,
   3. przeprowadzenie badań lekarskich Uczestnika wymaganych przed podjęciem szkolenia/pracy ( w przypadku zawodów, które wymagają wykonania specjalistycznych badań lekarskich),
   4. działania upowszechniające wśród pracodawców promujące zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami.
3. Wykorzystywane dokumenty:
   1. Indywidualny Plan Rehabilitacji w części zawodowej,
   2. Arkusz oferowanego stanowiska pracy.

**Wymiar świadczeń w ramach procesu**

1. Obszar działań aktywizujących - Doradztwo zawodowe:
   1. Indywidualne sesje z doradcą zawodowym: na Uczestnika średnio 11 godzin, minimalnie 6 godzin (1 godzina = 60 min.),
   2. Warsztaty wsparcie w wejściu na rynek pracy: na Uczestnika średnio 40 godzin lekcyjnych, minimalnie 20 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min)
2. Obszar działań aktywizujących - Wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym – warsztaty na Uczestnika średnio 40 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min), bez określenia wymiaru minimalnego.
3. Obszar działań aktywizujących - Wzmocnienie kompetencji w obszarach kluczowych w obszarze informatycznym (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP) szkolenia: na Uczestnika średnio 80 godzin lekcyjnych, minimalnie 20 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna=45 min)
4. Obszar przekwalifikowania zawodowego - szkolenia zawodowe:
   1. Szkolenia Wariant I – dla 90 Uczestników, średnio 400 godzin lekcyjnych na Uczestnika, minimalnie 160 godzin lekcyjnych na Uczestnika (1 godzina lekcyjna = 45 min)
   2. Szkolenia Wariant II – dla 60 Uczestników, średnio 400 godzin lekcyjnych na Uczestnika, minimalnie 160 godzin lekcyjnych na Uczestnika (1 godzina lekcyjna = 45 min)
5. Obszar pośrednictwa pracy - Wsparcie w powrocie/wejściu na rynek pracy:
   1. Spotkania indywidualne na Uczestnika średnio 8 godzin, minimalnie 2 godziny (1 godzina = 60 min.)
   2. Współpraca z pracodawcami spotkania indywidualne i grupowe – łącznie pula 1050 godzin (1 godzina=60 min.)
   3. Badania lekarskie wymagane przed podjęciem pracy/szkolenia – średnio 1 badanie na Uczestnika, maksymalnie 2 badania
   4. Działania upowszechniające wśród pracodawców – 30 spotkań.

**Efekty procesu**

1. Efektem prowadzonych działań będzie skuteczne przygotowanie uczestnika rehabilitacji kompleksowej do wejścia/powrotu na rynek pracy poprzez podniesienie kompetencji iCT i kompetencji ogólnych oraz przeprowadzenie skutecznego procesu przekwalifikowania zawodowego i uzyskanie nowego zawodu w obszarach deficytowych na rynku pracy. Działania te wsparte wspólną pracą uczestnika z pośrednikami pracy i instytucjami rynku pracy oraz pracodawcami mają doprowadzić do finalnego efektu procesu rehabilitacji kompleksowej w postaci zatrudnienia uczestnika na rynku pracy.
2. W zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności prowadzone działania mają przygotować uczestników do pracy na otwartym rynku pracy:
   1. na warunkach konkurencyjnych – co oznacza, że osoba niepełnosprawna jest przyjmowana i pracuje na takich samych zasadach i warunkach, jak osoby pełnosprawne, z takim samym zakresem obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień,
   2. na stanowiskach pracy specjalnie dobranych i przystosowanych do psychofizycznych potrzeb i możliwości pracownika z niepełnosprawnościami, wyposażonych w odpowiedni sprzęt rehabilitacyjny, narzędzia, urządzenia, elementy stanowiska, w zależności od rodzaju i zakresu niepełnosprawności, z prawem do korzystania ze specjalnych uprawnień przysługujących pracownikom niepełnosprawnym.

**Tabela 4. Schemat procesu. Moduł zawodowy.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Operacja: | Realizator: | Krótki opis: |
| 3c.1 | Ocena początkowa | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | Opis w procesie 2 - 2.3 |
| 3c.2 | Przygotowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji | Zespół rehabilitacyjny ORK | Opis w procesie 3 – 3.4 |
| 3c.3 | Obszar działań aktywizujących -doradztwo zawodowe | Doradca zawodowy | 1. Działania aktywizujące będą koncentrowały się na przygotowaniu uczestnika do wejścia/powrotu na rynek pracy poprzez:  * Doradztwo zawodowe, przygotowujące do wejścia/powrotu na rynek pracy (wiedza o rynku pracy i rządzących nim mechanizmach, szukanie pracy, przygotowanie CV, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej itp.); * Zdefiniowanie potrzeb w zakresie wsparcia pośredniego i bezpośredniego; * Określenie (potencjalne) rodzajów wsparcia pośredniego oraz uruchomienie procedur realizacji wsparcia poprzez zewnętrzne programy funkcjonujące w systemie wsparcia rehabilitacji społecznej i zawodowej; * Przygotowanie propozycji dotyczących przystosowania stanowiska pracy do specyficznych potrzeb uczestnika rehabilitacji kompleksowej;   Minimalny czas trwania jednego spotkania nie mniej niż 0,5 godz. Realizacja w salach w ORK.  Realizator: Doradca zawodowy, Specjalista ds. ergonomii.  Forma:   * spotkania indywidualne – ewaluacja/ocena, informacje, doradztwo * spotkania grupowe z uczestnikami - doradztwo grupowe (warsztaty funkcjonowania na rynku pracy)  1. **Załącznik:** Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik:** Karta Usług Doradczych 3. **Załącznik:** Dokumentacja porady grupowej (Lista obecności na spotkaniach) |
| 3c.4 | Obszar działań aktywizujących - wyrównywanie deficytów w obszarze edukacyjnym | Doradca zawodowy  Kadra edukacyjna ORK | 1. Działania w zakresie przygotowania do realizacji procesu przekwalifikowania zawodowego obejmą:  * identyfikację deficytów w obszarach edukacyjnych, * podjęcie działań zmierzających do ich niwelowania.   Realizacja w salach w ORK.  Realizator: Doradca zawodowy, Kadra edukacyjna ORK  Forma: warsztaty grupowe i zajęcia indywidualne.   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik**: Dziennik szkolenia 3. **Załącznik**: Dokumentacja porady grupowej (Lista obecności na spotkaniach). |
| 3c.5 | Obszar działań aktywizujących – Podnoszenie kompetencji w obszarze TIK | Kadra edukacyjna ORK. Trenerzy zewnętrzni | 1. Szkolenia wzmacniające kompetencje w obszarze TIK (zgodnie z Europejskimi ramami odniesienia kompetencji informatycznych obywateli – DIGCOMP). Szkolenia prowadzone w ORK, przez jego kadrę lub zewnętrznych trenerów. Udział w zajęciach poprzedzony zostanie testem diagnostycznym, mającym na celu stworzenie grup spójnych pod względem umiejętności i dostosowanie wsparcia do potrzeb uczestników. Dziennie nie więcej niż 6 godzin lekcyjnych. Szkolenie prowadzić będzie do uzyskania kompetencji wskazanych jako Standard wymagań dla kompetencji cyfrowych. Egzamin przeprowadzony przez jednostkę zewnętrzną, zakończony wydaniem odpowiedniego, uznawanego, zaświadczenia o nabytych kompetencjach TIK (ECDL, ECCC)   Realizator: Kadra edukacyjna ORK, trenerzy zewnętrzni  Forma: szkolenie grupowe w salach komputerowych znajdujących się w ORK.   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik**: Dziennik zajęć, 3. **Załącznik:** Ewidencja wydanych zaświadczeń |
| 3c.6 | Przekwalifikowanie zawodowe | ORK  Instytucje zewnętrzne | 1. Realizacja indywidualnie dobranego do potrzeb kursu/szkolenia zawodowego:   • Wariant I – Ośrodek posiada odpowiedni potencjał kadrowy i zaplecze organizacyjne do realizacji kursu,  • Wariant II – Uczestnicy kierowani są na kursy do placówek zewnętrznych, indywidualnie lub grupowo.  Nie więcej niż 6 godzin lekcyjnych dziennie. W przypadku kursów realizowanych poza Ośrodkiem harmonogram ustalony w sposób umożliwiający realizację także innych modułów rehabilitacji kompleksowej.  Realizator: ORK, Instytucje szkoleniowe  Forma: KKZ, KUZ, Kursy czeladnicze, inne kursy umożliwiające uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych.   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik**: Dziennik szkolenia, 3. **Załącznik**: Ewidencja wydanych zaświadczeń 4. **Załączn**ik: W przypadku KKZ i KUZ załączniki wynikające z przepisów oświatowych |
| 3c.7 | Pośrednictwo pracy | Pośrednik pracy  Specjalista ds. ergonomii | 1. Działania realizowane w ramach obszaru obejmą:  * identyfikację barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej, * bezpośredni kontakt z pracodawcami na rynku pracy, * kontakt i współpraca z Instytucjami Rynku Pracy, * pozyskiwanie ofert pracy dla uczestników projektu zgodnie z nabytymi kwalifikacjami, * udzielanie pracodawcom informacji o uczestnikach projektu jako możliwych kandydatach do pracy, * inicjowanie i organizowanie kontaktów uczestników z pracodawcami, * analiza potencjalnych stanowisk pracy pod kątem ograniczeń związanych z posiadanymi dysfunkcjami uczestnika.   Realizator: Pośrednik pracy, Specjalista ds. ergonomii.  Forma:   * Spotkania indywidualne; * Spotkania grupowe; * Inne działania zmierzające do zatrudnienia uczestnika.  1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik**: Arkusz oceny oferowanego stanowiska pracy |
| 3c.8 | Archiwizacja dokumentacji | Obsługa administracyjna ww. jednostek | Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w Umowie. |
|  | Zakończenie procesu | | |

### 5.2.2. Moduł psychospołeczny

**Cele procesu**

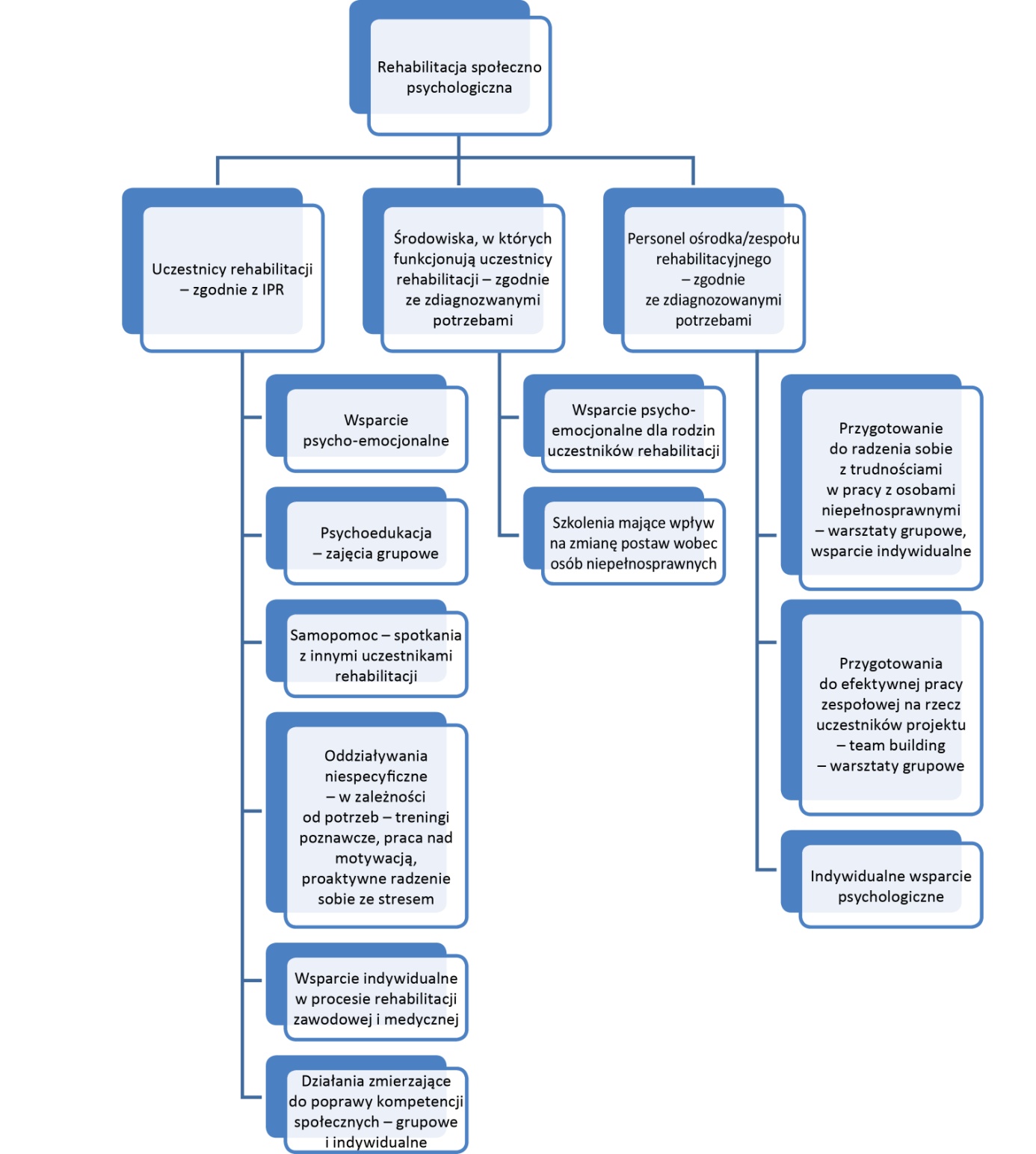
1. Celem ogólnym realizacji modułu psychospołecznego w ramach rehabilitacji kompleksowej jest jakościowa i ilościowa zmiana (in plus) w funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością i jej środowiska (rodzina, praca, społeczność lokalna). Szczególnie należy skupić się na poprawie stanu funkcjonalnego Uczestnika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

**Założenia procesu**

1. Kluczowe założenie brzmi: osoby niepełnosprawne mają w takim samym stopniu jak osoby pełnosprawne szanse na: **samorealizację, rozwinięcie własnego potencjału, samodzielne pełnienie ról społecznych, pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym**.
2. Wsparcie psychospołeczne dla Uczestnika realizowane będzie od początku jego pobytu w ORK.
3. Zakłada się, że Uczestnik będzie miał wpływ na przebieg procesu rehabilitacji, będzie brał udział w spotkaniach zespołu rehabilitacyjnego, w trakcie których będzie mógł zgłosić uwagi i brać aktywny udział w określaniu planowanych działań. W proces zaangażowana będzie również rodzina Uczestnika, co da możliwość stworzenia stabilnych warunków powrotu do środowiska społeczno-zawodowego.

**Organizacja procesu**

1. Punktem odniesienia dla tematyki i rodzaju wszystkich oddziaływań psychologiczno-społecznych jest IPR uczestnika, odzwierciedlający stan jego potrzeb oraz potrzeb środowisk jego przebywania.
2. Psycholog pracujący w ORK będzie aktywnie uczestniczył w procesie diagnozy w celu przygotowania profilu kategorialnego uczestnika. Po opracowaniu IPR i rozpoczęciu procesu rehabilitacji kompleksowej, działania diagnostyczne psychologa będą odpowiedzią na bieżące potrzeby uzupełnienia stanu wiedzy o Uczestniku i jego środowisku przebywania lub w zakresie potrzeb członków zespołu rehabilitacji kompleksowej.

**Rysunek 5. Obszary rehabilitacji psychologiczno-społecznej w ORK**

*Źródło: opracowanie własne*

1. W ramach procesu rehabilitacyjnego będą prowadzone działania skierowane do:
   1. uczestników rehabilitacji kompleksowej (zajęcia indywidualne i grupowe),
   2. środowisk, w których funkcjonują Uczestnicy rehabilitacji kompleksowej (domowe, zawodowe; zajęcia indywidualne i grupowe).
2. W obu obszarach psycholog będzie podejmował działania o charakterze indywidualnym (wsparcie, motywowanie, pomoc psychologiczna z elementami terapii krótkoterminowej), jak i grupowym (psychoedukacja, treningi/warsztaty). Poniżej przedstawiono jakie oddziaływania, w którym obszarze mogą mieć zastosowanie. Natomiast w tabelach dostępnych w dokumencie *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów* (stanowiącym Załącznik do OPZ) podano dla każdego z obszarów przykłady wybranych oddziaływań z opisami ich przebiegu, wykazem sugerowanych do wykorzystania metod diagnostycznych, jak i orientacyjnego czasu ich trwania. Podane przykłady nie wyczerpują całości możliwego spektrum oddziaływań, jakich potrzeba może się pojawić, dlatego też przewiduje się (opcjonalnie) możliwość korzystania przez uczestnika ze specjalistycznych konsultacji zewnętrznych (np. psychiatra, psycholog kliniczny, terapeuta (mediator) rodzinny, terapeuta uzależnień, ergoterapeuta).
3. **Obszar A. - Propozycje oddziaływań kierowanych do uczestników rehabilitacji kompleksowej obejmują:**
   1. **Podobszar A. I. Oddziaływania indywidualne** 
      1. Indywidualne poradnictwo psychologiczne, w zależności od potrzeb (informacyjne, instrumentalne; emocjonalne, wartościujące - istotne w interwencjach dotyczących zmiany stylu życia);
      2. Treningi poznawcze - w celu poprawy koncentracji, uwagi, pamięci;
      3. Praca nad motywacją - jeśli występuje niski poziom motywacji, istnieje konieczność oceny, czy wiąże się on z względnie stałymi właściwościami (np. niska sumienność lub niska ugodowość) czy z właściwościami, które mogą podlegać oddziaływaniom (samoocena, poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, brak wsparcia społecznego);
      4. Praca nad rozwijaniem zasobów (poczucie koherencji, nadzieja podstawowa, nadzieja na sukces, samoocena, pozytywna emocjonalność);
      5. Proaktywne radzenie sobie ze stresem np. treningi relaksacyjne, sprzężenie zwrotne- wspomagające „przestrojenie” organizmu ze stanu pobudzenia (czyli wzmożonego działania układu sympatycznego-wegetatywnego) do stanu odprężenia (wówczas następuje aktywizacja układu parasympatycznego);
      6. Trening autogenny Schultza;
      7. Progresywna relaksacja Jacobsona;
      8. Praca z ciałem - szczególne znaczenie w schorzeniach związanych z deformacją ciała, uszkodzeniem;
      9. Radzenie sobie z bólem i przewlekłym zmęczenie (towarzyszącego chorobom takim, jak: stwardnienie rozsiane, choroby nowotworowe, choroby układu krążenia lub występującego po udarach mózgu lub po traumatycznych uszkodzeniach mózgu), strategie poznawczo- behawioralne;
      10. Psychoterapia krótkoterminowa;
   2. **Podobszar A. II. Oddziaływania grupowe**
      1. Psychoedukacja:
         1. dostarczanie wiedzy na temat powiązań psychika-ciało;
         2. zmiana zachowań zdrowotnych (rozwijanie motywacji, poczucia własnej skuteczności);
         3. warsztaty z komunikacji interpersonalnej (trening asertywności, rozwijanie kompetencji społecznych, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych, porozumiewanie się w rodzinie);
         4. trening pozytywnego obrazu siebie;
         5. radzenie sobie z trudnymi emocjami (trening kontroli złości);
         6. RTZ - Racjonalna Terapia Zachowania: ergoterapia; arteterapia - w tym arteterapia wizualna, choreoterapia, dramoterapia, muzykoterapia, kulturoterapia; treningi umiejętności poznania społecznego; elementy terapii usprawniania poznawczego; elementy terapii schematów; elementy terapii egzystencjalnej; elementy pracy z obrazem własnego ciała.
      2. Spotkania z osobami, które już ukończyły proces rehabilitacji lub są już na innym etapie oddziaływań rehabilitacyjnych (doświadczenia osób, które skutecznie poradziły sobie z faktem pojawienia się niepełnosprawności, a także jej psychospołecznymi następstwami).
   3. **Obszar B. Oddziaływania psychologiczne skierowane do środowisk, w których funkcjonują uczestnicy:**

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

* + 1. **Podobszar B. I. Oddziaływania indywidualne**
       1. Rozmowa z małżonkiem/partnerem Uczestnika ma na celu ocenę postawy wobec niepełnosprawności małżonka/partnera oraz nastawienia małżonka do udziału Uczestnika w projekcie. Pozwala także na uchwycenie relacji między małżonkami i wykrycie ewentualnych trudności, problemów, niepewności, obaw mogących mieć wpływ na przebieg procesu rehabilitacji kompleksowej Uczestnika.
       2. Rozmowa z dzieckiem/dziećmi Uczestnika ma na celu ocenę zakresu rozumienia sytuacji niepełnosprawności rodzica i jej akceptacji przez dziecko/dzieci. Pozwala także na uchwycenie lęków i obaw jakie mogą pojawić się u dzieci, a także żalu i wstydu w związku z niepełnosprawnością rodzica. Dobra relacja między Uczestnikiem a dzieckiem zdecydowanie będzie czynnikiem ułatwiającym proces kompleksowej rehabilitacji i wspomagającym motywację do zaangażowania uczestnika.
    2. **Podobszar B. II. Oddziaływania grupowe**
       1. Psychoedukacja dla członków rodzin Uczestników będzie również powadzona w formie grupowej, szczególnie jeżeli ma to charakter weekendowego spotkania integracyjnego dla ich rodzin. Poznanie innych rodzin (małżonków, dzieci) doświadczających niepełnosprawności w rodzinie sprzyja pojawieniu się efektu grupy samopomocowej i ułatwia proces adaptacji do sytuacji. Wykonawca zorganizuje warsztaty dla członków rodzin/bliskich na terenie ORK.
       2. Psychoedukacja dla przyszłych pracodawców daje im możliwość w sposób bardzo przystępny poznania podstawowych praw i zasad właściwego zachowania w kontakcie z pracownikiem z niepełnosprawnością. Uwrażliwia na specyficzne potrzeby czy pewne niezręczności, jakie mogą być popełnione kiedy brak savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnością (działanie prowadzone we współpracy z pośrednikami pracy i doradcami zawodowymi).
       3. Wykonawca będzie również prowadził działania integracyjne dla Uczestników, np. w formie zorganizowanych wyjazdów na koncerty, spektakle, organizacji spotkań z osobami niepełnosprawnymi, które odniosły sukces i inne odpowiednie do charakteru projektu oraz zainteresowań Uczestników.

**Wymiar świadczeń w ramach procesu**

1. Przypisanie Uczestnika do poszczególnych grup warsztatowych o określonym czasie realizacji oraz określenie szczegółowego programu będzie wynikało z opracowanego Indywidualnego Programu Rehabilitacji.
2. Moduł psychospołeczny będzie obejmował indywidualne i grupowe działania adresowane do Uczestników oraz ich rodzin, wspierające rehabilitację medyczną oraz zawodową w następującym wymiarze:
   1. spotkania indywidualne (podobszar A.I), dla 1 Uczestnika średnio 18 godzin, minimalnie 8 godzin (1 godzina = 60 minut),
   2. warsztaty grupowe (podobszar A.II) w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób), dla 1 Uczestnika średnio 40 godzin lekcyjnych, minimalnie 15 godzin lekcyjnych (1 godzina lekcyjna = 45 min),
   3. spotkania indywidualne z członkami rodzin/bliskimi (podobszar B.I) - po 2 spotkania na 1 Uczestnika,
   4. warsztaty z członkami rodzin/bliskimi (podobszar B.II), 12 spotkań (zakłada się objęcie spotkaniami maksymalnej liczby członków rodzin/bliskich Uczestników), grupy średnio 25 osób, uczestnik + jedna osoba z rodziny
   5. spotkania z pracodawcami (podobszar B.II) – to działanie będzie realizowane wspólnie z działaniami opisanymi w Rozdziale 5.2.1. w pkt 34.4. w części dot. modułu zawodowego. Działanie będzie rozliczane w Module zawodowym,
   6. działania integracyjne dla Uczestników (podobszar B.II) – nie mniej niż 4 imprezy na 1 Uczestnika.

**Efekty procesu**

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

**Tabela 5. Schemat procesu: Moduł psychospołeczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Operacja: | Realizator: | Krótki opis: |
| 3b.1 | Ocena początkowa | Zespół rehabilitacyjny (ORK) zespół prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | Opis w procesie 2 - 2.3 |
| 3b.2 | Przygotowanie Indywidualnego Programu Rehabilitacji | Zespół rehabilitacyjny ORK | Opis w procesie 3 – 3.4 |
| 3b.3 | Realizacja IPR – moduł psychospołeczny – oddziaływanie skierowane do Uczestnika | Psycholog | 1. Uczestnik na podstawie zapisów w IPR realizuje proces rehabilitacji kompleksowej w module psycho-społecznym. Uczestnik może mieć zalecone różne formy terapii, zależnie od potrzeb (indywidualne i grupowe). Do najważniejszych form terapii prowadzonych w ramach rehabilitacji kompleksowej należą:   • Treningi poznawcze,  • Praca nad motywacją,  • Praca nad rozwijaniem zasobów,  • Proaktywne radzenie sobie ze stresem,  • Trening autogenny Schultza,  • Progresywna relaksacja Jacobsona,  • Praca z ciałem,  • Radzenie sobie z bólem,  • Terapia zaburzeń mowy,  • Psychoterapia krótkoterminowa,  • Praca o charakterze poznawczo-behawioralnym.  A także w ramach rehabilitacji społecznej angażowanie Uczestnika w szereg działań integrujących społecznie.  Realizator: Psycholog  Forma: Terapia zgodna z IPR   1. **Załączni**k: Indywidualny Program Rehabilitacji, 2. **Załącznik:** Szczegółowa metodologia pracy psychologa 3. **Załącznik:** Karta Usługi Doradczej Psychologicznej 4. **Załącznik:** Dokumentacja porady grupowej (lista obecności) 5. **Załącznik:** Dziennik szkolenia |
| 3b.4 | Realizacja IPR – moduł psychospołeczny – oddziaływanie skierowane do otoczenia uczestnika | Psycholog | 1. Działania skierowane do środowisk (zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami m.in. rodzin uczestników), w których funkcjonują uczestnicy rehabilitacji oraz środowisk mających wpływ na kształtowanie postaw wobec osób niepełnosprawnych. W ramach oddziaływań o charakterze środowiskowym prowadzone będą szkolenia dla: członków rodzin itp.   Realizator: Psycholog  Forma: Spotkania grupowe, szkolenia   1. **Załącznik:** Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik:** Szczegółowa metodologia pracy psychologa 3. **Załącznik:** Dokumentacja porady grupowej (lista obecności) |
| 3b.5 | Okresowa ocena prowadzonych działań – modyfikacja IPR – oddziaływanie | Psycholog | 1. Cząstkowa ocena dokonywana okresowo w stosunku do każdego uczestnika rehabilitacji w ORK. W sytuacji wystąpienia konieczności zmiany założonego programu wsparcia zmiana IPR zgodnie z procesem 3, pkt. 3.6.   Realizator: Psycholog  Forma: Modyfikacja Indywidualnego Programu Rehabilitacji   1. **Załączni**k: Indywidualny Program Rehabilitacji |
| 3b.6 | Ocena końcowa | Psycholog | 1. Na zakończenie realizacji rehabilitacji kompleksowej uczestnik poddany zostanie ocenie końcowej obejmującej moduł psychologiczno-społeczny. Realizacja zgodnie z procesem 3, pkt. 3.8   Realizator: Psycholog  Forma: Ocena końcowa  a) **Załącznik:** Arkusz oceny końcowej IPR |
| 3b.7 | Archiwizacja dokumentacji | Obsługa administracyjna ww. jednostek | Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w Umowie. |
|  | Zakończenie procesu | | |

### 5.2.3. Moduł medyczny

**Cele procesu**

1. Podstawowym celem rehabilitacji medycznej jest przywracanie osobie niepełnosprawnej możliwie optymalnej sprawności w czynnościach dnia codziennego oraz w czynnym życiu społecznym i zawodowym. W ramach kompleksowej rehabilitacji celem modułu medycznego jest wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej umożliwiającej powrót do aktywności zawodowej. O skuteczności modułu medycznego świadczyć będą pozytywne zmiany w stanie funkcjonalnym uczestnika rehabilitacji kompleksowej lub utrzymanie tego stanu w sytuacji, kiedy nie ma możliwości poprawy funkcjonalnej.
2. Celami bezpośrednimi modułu medycznego są:
   1. przywrócenie utraconych funkcji lub ich odtworzenie w jak największym, możliwym do osiągnięcia stopniu,
   2. poprawa/ podtrzymanie stanu funkcjonalnego,
   3. zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych,
   4. wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych.
3. Celami pośrednimi natomiast są:
   1. wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej,
   2. powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym,
   3. powrót do aktywności zawodowej lub jej utrzymanie.
4. W zależności od stopnia nasilenia i utrwalenia zaburzeń funkcjonalnych występujących u Uczestnika projektu i jego kompetencji zawodowych, działania w module medycznym będą ukierunkowane na powrót do pełnych możliwości funkcjonalnych lub odtworzenie jak największej sprawności. Jeśli to nie jest niemożliwe - na podtrzymanie stanu funkcjonalnego lub wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych i zapobieganie rozwojowi wtórnych zmian funkcjonalnych poszczególnych narządów.
5. Indywidualny program rehabilitacji dedykowany konkretnemu Uczestnikowi, w składzie i wymiarze czasowym uzależniony będzie od indywidualnych potrzeb każdego z Uczestników.

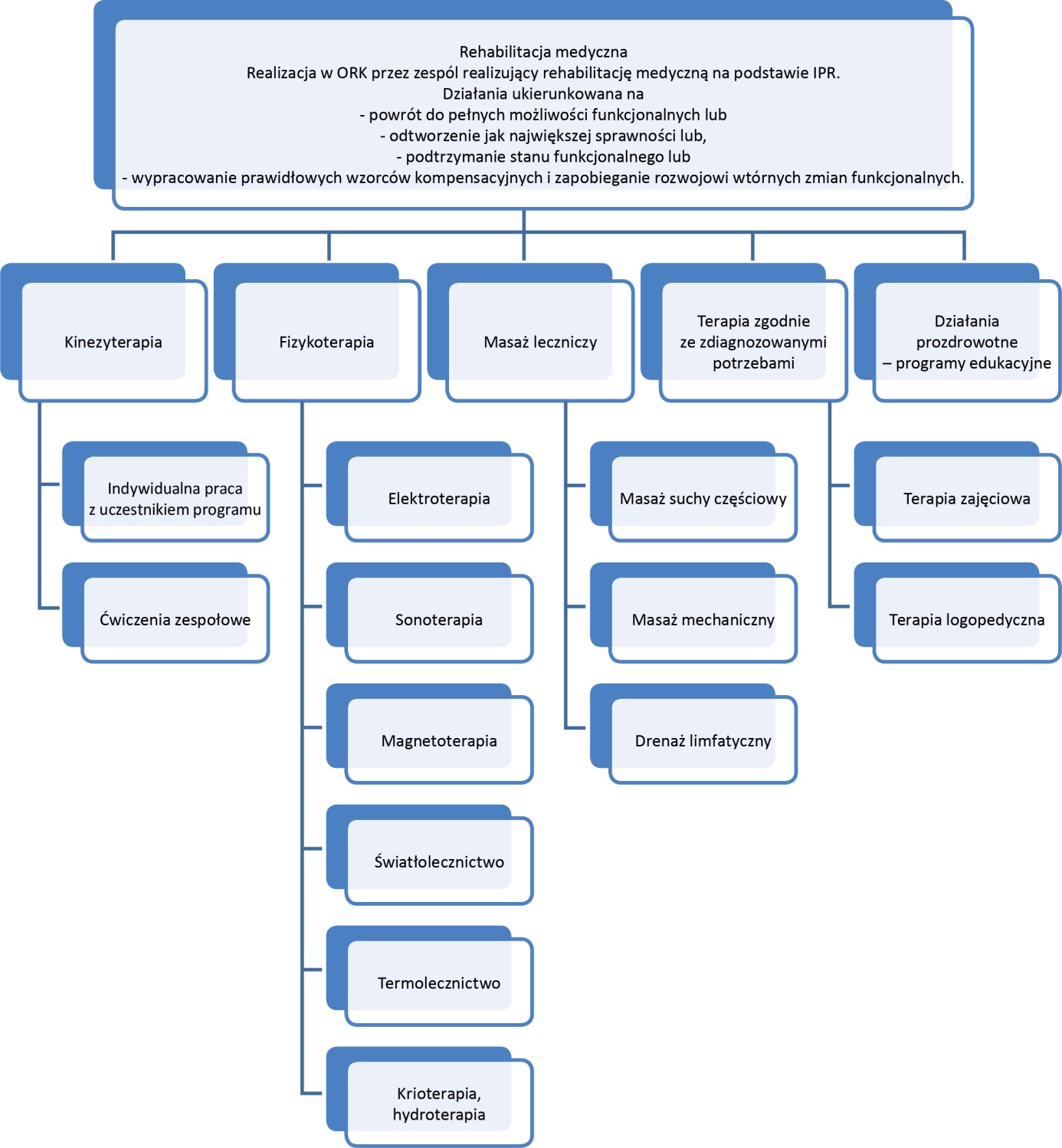
**Założenia procesu**

1. Członkowie zespołu realizującego moduł medyczny w ramach rehabilitacji kompleksowej będą zaangażowani w proces świadczenia usług dla Uczestnika począwszy od momentu przyjęcia do ORK, aż do jego wypisania z ośrodka.
2. Pierwszym etapem pracy w ramach modułu medycznego będzie udział wyznaczonych członków zespołu rehabilitacyjnego w opracowaniu Indywidualnego Programu Rehabilitacji.
3. Kolejnym etapem będzie realizacja określonego w IPR programu rehabilitacji w składzie i wymiarze czasowym, uzależnionym od wyznaczonych celów wynikających z indywidualnych potrzeb każdego z Uczestników.
4. Raz na dwa tygodnie dokonywana będzie ocena aktualnego stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego uczestnika. Ocena ta będzie dokonywana podczas spotkaniu zespołu rehabilitacyjnego. W sytuacji niespodziewanej zmiany stanu zdrowia uczestnika ocena dokonywana będzie ad hoc, w zależności od potrzeb określonych przez lekarza, specjalistę rehabilitacji medycznej. W przypadku konieczności zmian w IPR dotyczących struktury i liczby zabiegów rehabilitacyjnych w związku z jego nieskutecznością, niemozliwością przeprowadzenia wszystkich lub części zaplanowanych zabiegów lub złej tolerancji zabiegów następować będzie ponowna ocena stanu uczestnika. Na tej podstawie dokonywane będą zmiany w IPR.
5. Członkowie zespołu rehabilitacyjnego w ramach modułu medycznego będą brali udział w diagnozie na wejściu (ocenie kompetencji zawodowych), badaniu w połowie pobytu oraz na zakończenie pobytu (wg karty oceny medycznej). Ponadto co tydzień wypełniają kartę obserwacji Uczestnika oraz biorą udział w posiedzeniach zespołu rehabilitacyjnego co 2 tygodnie.
6. Zajęcia modułu medycznego powinny być realizowane od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach tj. przedpołudniowym i popołudniowym, tak aby zapewnić realizację świadczeń w godzinach od 8:00 do 18:00.
7. Za realizację procesu rehabilitacji kompleksowej w module medycznym odpowiedzialny jest kierownik zespołu rehabilitacyjnego – lekarz, specjalista rehabilitacji medycznej.

**Organizacja procesu**

1. Proces rehabilitacji medycznej będzie zawierał w sobie elementy stałe oraz elementy zmienne:
2. Elementy stałe modułu medycznego:
   1. sposób prowadzenia dokumentacji medycznej (jako części IPR),
   2. zespół rehabilitacyjny i zadania poszczególnych członków zespołu,
   3. narzędzia służące do realizacji celów terapeutycznych,
   4. miejsce i kolejność wykonywania poszczególnych czynności procesu,
   5. częstotliwość przeprowadzania ocen etapowych (spotkania zespołu rehabilitacyjnego),
3. Elementy zmienne modułu medycznego (uzależnione od IPR):
   1. prowadzenie różnych form fizjoterapii, terapii zajęciowej, terapii logopedycznej,
   2. wymiar czasowy prowadzenia różnych form fizjoterapii, terapii zajęciowej, terapii logopedycznej.
4. Każdy Uczestnik powinien być objęty opieką lekarza, specjalisty rehabilitacji medycznej - optymalnie tej samej osoby podczas realizacji całego programu rehabilitacji. W tym celu Wykonawca powinien zapewnić działanie gabinetu lekarskiego na terenie ORK działającego przez cały okres pobytu Uczestników w ORK.
5. Uczestnicy wymagający podczas pobytu w ORK stosowania leków z powodu chorób przewlekłych, będą mieli zapewniony dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów w celu zapewnienia ciągłości farmakoterapii i leczenia schorzeń przewlekłych.
6. Zakres działań w ramach modułu medycznego uzależniony będzie od możliwości przywrócenia stanu funkcjonalnego sprzed choroby lub urazu skutkujących wystąpieniem niepełnosprawności albo podtrzymania stanu funkcjonalnego lub potrzeby wytworzenia kompensacji utraconych możliwości w przypadku utrwalonych ubytków funkcjonalnych. Liczba zleconych procedur (zabiegów i interwencji), intensywność rehabilitacji medycznej, długość trwania w ciągu dnia, częstotliwość w tygodniu będzie określona w IPR.
7. Zasadniczy schemat postępowania z Uczestnikiem w ramach modułu medycznego określa następującą kolejność czynności wykonywanych przez członków zespołu. Są to:
   1. **Ocena wstępna Uczestnika wg karty oceny medycznej – przy przyjęciu do ORK**:
      1. lekarskie badanie podmiotowe i przedmiotowe
      2. badanie funkcjonalne – ICF oraz:
         1. zakres ruchów biernych i czynnych stawów obwodowych i kręgosłupa
         2. ocena chodu
         3. ocena siły mięśniowej
         4. test siły globalnego uścisku ręki
         5. test oceny rónowagi i chodu
         6. test wstań i idź
      3. ocena fizjoterapeuty,
      4. ocena terapeuty zajęciowego,
      5. ocena innych członków zespołu zależnie od potrzeb.
   2. **Opracowanie planu działań (IPR) w ramach modułu medycznego**
   3. **Realizacja działań w ramach modułu medycznego zakresie określonym IPR**
   4. **Modyfikacja IPR w interwałach dwutygodniowych lub częściej, w zależności od potrzeb**
   5. **Ocena końcowa Uczestnika**:
      1. badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarskie, w tym:
         1. ocena funkcjonalna
         2. badanie fizjoterapeutyczne
         3. badanie terapeuty zajęciowego
         4. badanie logopedyczne.
   6. **Wnioski i zalecenia końcowe w zakresie rehabilitacji med**ycznej wpisywane w dokumentację medyczną uczestnika i kartę informacyjną OKR.
8. Uczestnik może mieć zalecone różne formy terapii, zależnie od potrzeb. Do tych form terapii należą: fizjoterapia (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż), fizykoterapia, terapia zajęciowa, logopedyczna. W ramach IPR należy zlecić indywidualnie dobraną liczbę procedur z zakresu fizjoterapii, szczególnie z zakresu kinezyterapii. Należy mieć na uwadze, że fizykoterapia i masaż pełnią funkcje pomocnicze w stosunku do kinezyterapii.
9. **Połączenie różnych form oddziaływań terapeutycznych ma prowadzić do**:
   1. zapobiegania ograniczeniom ruchomości w stawach,
   2. zapobiegania osłabieniu mięśni i ich zanikom,
   3. zapobiegania obrzękom,
   4. przywracania prawidłowej ruchomości w stawach oraz siły i wytrzymałości mięśni,
   5. poprawy w zakresie sprawności manualnej,
   6. reedukacji nerwowo-mięśniowej,
   7. poprawy koordynacji i równowagi,
   8. korekty zaburzeń postawy,
   9. poprawy czynności układu krążeniowo-oddechowego,
   10. pobudzania neuroplastyczności,
   11. zwiększenia wydolności organizmu i sprawności ogólnej,
   12. poprawy w zakresie sprawności lokomocyjnej,
   13. zmniejszenia dolegliwości bólowych,
   14. poprawy zdolności do komunikowania się,
   15. adaptacji do niesprawności,
   16. wypracowania właściwych wzorców kompensacyjnych.

**Rysunek 6. Proces rehabilitacji medycznej**



*Źródło: opracowanie własne*

**Tabela 6. Rodzaje działań terapeutycznych w ramach modułu medycznego**

**

1. **Programy edukacyjne dla uczestników w ORK.** Promocja zdrowia, w myśl założeń sformułowanych w Karcie Ottawskiej, jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę̨. Jednym z dwóch filarów promocji zdrowia, oprócz polityki zdrowia publicznego, jest edukacja zdrowotna. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej należy traktować jako integralną część modułu medycznego. Zadania edukacji zdrowotnej powinny być prowadzone w trzech wymiarach:
   1. Informacyjnym, który dostarcza wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach ochrony, w szczególności podnoszenia poziomu wiedzy o zdrowiu i umiejętności związanych z chorobą, funkcjonowaniem własnego organizmu, zapobieganiem sytuacjom szkodliwym zdrowotnie, radzeniem sobie w sytuacjach trudnych.
   2. Czynnościowym, ukierunkowanym na nabywanie nawyków zdrowego życia poprzez naukę działań́ w życiu codziennym dla zachowania zdrowia, w czym mieści się również poradnictwo w zakresie zagrożeń́ zdrowia, podnoszenia poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej i pojmowaniem zasad jej funkcjonowania.
   3. Motywacyjnym, zogniskowanym na wyzwoleniu w jednostce zadowolenia z faktu dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, wewnętrznej potrzeby utrzymania zdrowia, ciekawości sposobów podnoszenia jego stanu poprzez czynności ukierunkowane na budowanie samodzielności dla dokonywania wyborów prozdrowotnych w życiu codziennym oraz zwiększanie poziomu świadomości co do czynników społecznych i środowiskowych wpływających na zdrowie.
2. Program edukacyjny powinien być obligatoryjny dla każdego Uczestnika i uwzględniać w szczególności spotkania grupowe w formie prelekcji, prowadzone przez lekarza/fizjoterapeutę - minimum 4 spotkania trwające nie krócej niż 45 minut (1 godzina lekcyjna); w trakcie spotkań należy w sposób zrozumiały i wyczerpujący poruszyć m.in. następujące tematy:
   1. etiologię i patogenezę chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
   2. następstwa zdrowotne chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
   3. możliwości leczenia chorób kręgosłupa i stawów obwodowych
   4. ograniczenia zawodowe wynikające z dysfunkcji układu ruchu
   5. instruktaż w zakresie ergonomii w domu i w pracy - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub lekarz.
   6. instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu profilaktyki chorób narządu ruchu, w tym zasad odżywiania, snu, unikania używek, zwalczania nałogów, aktywnego trybu życia, prawidłowych wzorców ruchowych - może być ujęty w wymienionych powyżej spotkaniach grupowych; instruktażu udzielić może pielęgniarka, fizjoterapeuta, lekarz lub dietetyk.
   7. materiały edukacyjne w formie pisemnej i/lub w formie elektronicznej, obejmujące tematy poruszane w trakcie spotkań.
   8. instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych w formie pisemnej, sporządzony przez fizjoterapeutę przy współudziale lekarza.
3. Każdy członek zespołu rehabilitacyjnego prowadzi ponadto doraźne działania edukacyjne w zależności od bieżących potrzeb uczestnika.

**Wymiar świadczeń w ramach procesu**

1. Przypisanie Uczestnika do poszczególnych grup rehabilitacyjnych o określonym czasie realizacji oraz określenie szczegółowego programu będzie wynikało z opracowanego Indywidualnego Programu Rehabilitacji. W zależności od potrzeb w ramach modułu medycznego prowadzone będą: fizjoterapia (kinezyterapia, fizykoterapia, masaże), fizykoterapia, terapia zajęciowa, logopedyczna, inne zajęcia w zależności od potrzeb Uczestnika.
2. Średnio w trakcie pobytu Uczestnicy będą mieli po 3 godziny tygodniowo zajęć rehabilitacyjnych - indywidualnych i 2 godziny zajęć grupowych. Wymiar i rodzaj rehabilitacji powinien być tak dobrany i rozłożony w czasie aby zapewnić jak najlepsze efekty terapeutyczne. W trakcie pobytu Uczestnicy otrzymają następujące świadczenia:
   1. opieka lekarza ciągła w ramach pracy gabinetu lekarskiego w ORK – przez cały pobyt Uczestnika;
   2. edukacja prozdrowotna w formie warsztatów w grupach średnio 10 osobowych (min. 5, max. 15 osób) – średnio 4 spotkania na Uczestnika, minimalnie 2 spotkania; realizowana w ramach pracy gabinetu
   3. rehabilitacja zajęcia indywidualne – średnio 94 godziny, minimalnie 50 godzin (1 godzina = 60 minut);
   4. rehabilitacja zajęcia grupowe (w grupach do 6 osób) – średnio 65 godzin, minimalnie 34 godziny (1 godzina = 60 minut).

**Efekty procesu**

1. Oczekiwanym efektem rehabilitacji medycznej u Uczestników jest uzyskanie w optymalnym, jak najkrótszym czasie, takich zmian stanu funkcjonalnego, które umożliwią powrót do aktywnego udziału w życiu społecznym i zawodowym oraz zapobiegną niepełnosprawności wtórnej w środowisku zamieszkania. Na te efekty składają się następujące wskaźniki:
   1. przywrócenie lub zwiększenie możliwości funkcjonalnych uszkodzonych struktur organizmu wg klasyfikacji ICF,
   2. wytworzenie właściwych mechanizmów kompensacyjnych (kompensacji wewnętrznej – siłami własnymi organizmu lub zewnętrznej – poprzez użycie sprzętu ortopedycznego lub dostosowanie miejsca pracy do możliwości uczestnika programu),
   3. zwiększenie poziomu sprawności fizycznej (Pomiary testem Tinetti, testem, Timed Up and Go oraz na podstawie pomiaru siły ścisku globalnego ręki; pomiary dokonane będą minimum 3-krotnie).

**Tabela 7 Schemat procesu: Moduł medyczny.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Operacja: | Realizator: | Krótki opis: |
| 3a.1 | Ocena początkowa | Zespół rehabilitacyjny (ORK) oraz zespól prowadzący ocenę kompetencji zawodowych (CIOP) | Opis w procesie 2 - 2.3 |
| 3a.2 | Przygotowanie IPR | Zespół rehabilitacyjny (ORK) | Opis w procesie 3 – 3.4 |
| 3a.3 | Realizacja IPR – moduł medyczny – terapia medyczna | Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego | 1. Uczestnik na podstawie zapisów w IPR realizuje proces rehabilitacji kompleksowej w module medycznym. Realizacja odbywa się zgodnie z IPR. Uczestnik może mieć zalecone różne formy terapii, zależnie od potrzeb. Katalog form obejmuje: fizjoterapię (kinezyterapię, masaż), fizykoterapię, terapię zajęciową, logopedyczną.   Liczba zleconych procedur (zabiegów i interwencji), intensywność rehabilitacji leczniczej, długość trwania w ciągu dnia, częstotliwość w tygodniu musi być podyktowana potrzebami określonymi w IPR. Zaleca się, aby jedna sesja terapii indywidualnej trwała min. 40 minut.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny  Forma: Terapia medyczna   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji, 2. **Załącznik**: Karta realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych 3. **Załącznik:** Karta realizacji terapii zajęciowej 4. **Załącznik**: Karta realizacji terapii logopedycznej   Karty realizacji znajdują się u osoby prowadzącej daną terapię. |
| 3a.4 | Realizacja IPR – moduł medyczny – edukacja zdrowotna | Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego | 1. Zakres działań edukacyjnych uwzględniać będzie szerokie spektrum problemów związanych ze stylem życia, w tym zagadnienia samooceny, problem indywidualnych umiejętności oraz kwestie wsparcia społecznego. Program edukacyjny obejmie:  * instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, * instruktaż w zakresie ergonomii, * instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych, * materiały edukacyjne.   Cały zespół rehabilitacyjny będzie uczestniczył w realizacji programu edukacyjnego w zakresie wynikającym ze swoich kompetencji.  Realizator: Zespół rehabilitacyjny  Forma: Edukacja zdrowotna   1. **Załącznik**: Indywidualny Program Rehabilitacji 2. **Załącznik**: Karta realizacji Edukacji zdrowotnej |
| 3a.5 | Okresowa ocena prowadzonych działań – modyfikacja IPR | Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego | 1. Cząstkowa ocena dokonywana okresowo w stosunku do każdego uczestnika projektu. W sytuacji wystąpienia konieczności zmiany założonego programu wsparcia zmiana IPR (zgodnie z procesem 3).   Realizator: Zespół rehabilitacyjny  Forma: Modyfikacja Indywidualnego Programu Rehabilitacji   * + 1. **Załączni**k: Indywidualny Program Rehabilitacji |
| 3a.6 | Ocena końcowa | Zespół rehabilitacyjny w zakresie modułu medycznego | 1. Na zakończenie realizacji rehabilitacji kompleksowej uczestnik poddany zostanie ocenie końcowej obejmującej moduł medyczny. Realizacja zgodnie z procesem 3, pkt. 3.8   Realizator: Zespół rehabilitacyjny  Forma: Ocena końcowa   * 1. **Załącznik:** Arkusz oceny końcowej IPR |
| 3a.7 | Archiwizacja dokumentacji | Obsługa administracyjna ww. jednostek | Archiwizacja dokumentacji powstałej podczas procesu zgodnie z procedurą obowiązującą w Umowie. |
|  | Zakończenie procesu | | |

### 5.2.4. Wsparcie na etapie zatrudnienia

1. ORK zapewnia Uczestnikowi po opuszczeniu Ośrodka wtrakcie poszukiwania i podjęcia zatrudnienia, wsparcie doradcy zawodowego/pośrednika pracy/psychologa do momentu podjęcia zatrudnienia (lub uruchomienia działalności gospodarczej), oraz przez okres minimum 3 miesięcy po podjęciu zatrudnienia. Wsparcie to ma za zadanie ułatwić Uczestnikowi podjęcie zatrudnienia oraz utrzymanie pracy. Zadanie może być zrealizowane poprzez kontakty telefoniczne lub spotkania indywidualne, przewidziano co najmniej jeden kontakt/spotkanie na tydzień dla każdego Uczestnika opuszczającego ORK. Realizacja wsparcia będzie prowadzona w ramach limitów godzin na poszczególnych modułów.
2. Przewiduje się do 3 godzin wsparcia w trakcie poszukiwania i podjęcia zatrudnienia. Godziny wsparcia wchodzą w limity określone w poszczególnych modułach i będą rozliczane wedle stawek właściwych dla rodzaju usług:
   1. określonych w rozdziale 5.2.1. pkt 36.1 i pkt. 40.1;
   2. określonych w rozdziale 5.2.2 w pkt 12.1.
3. Wykonawca odpowiada za podjęcie zatrudnienia przez Uczestnika oraz jego utrzymanie przez okres co najmniej 3 miesięcy lub podjęcie działalności gospodarczej i jej prowadzenie przez okres co najmniej 3 miesięcy dla min. 30% liczby Uczestników.
4. Zatrudnienie przez okres 3 miesięcy należy rozumieć jako nieprzerwany okres 3 miesięcy zatrudnienia lub okresy zatrudnienia u jednego lub kilku dające łącznie okres 3 miesięcy zatrudnienia w wymiarze co najmniej 0,5 etatu.
5. Wykonawca odpowiada za osiągnięcie utrzymania zatrudnienia/prowadzenie działalności gospodarczej przez co najmniej 6 miesięcy przez co najmniej 60% Uczestników, którzy podjęli zatrudnienie lub rozpoczęli działalność gospodarczą
6. Osiągnięcie wskaźników zatrudnienia będzie oceniane na dzień następujący po upływie 7 miesięcy od dnia zakończenia rehabilitacji przez ostatniego Uczestnika skierowanego do ORK (osoby, które podejmą zatrudnienie lub rozpoczną działalność po upływie 7 miesięcy oraz te, których zatrudnienie w tym terminie nie osiągnie odpowiednio 3 i6 miesięcy nie będą liczone do wskaźnika - wskaźniki 1a, 2a, 1b, 2b, Umowa § 2, pkt. 2 i 3).
7. Zasady dokumentowania osiągnięcia wskaźnika zatrudnienia określa projekt Umowy stanowiący Załącznik nr 9 do siwz.

### 5.2.5. Świadczenia opcjonalne

1. Wykonawca zapewni każdemu z Uczestników możliwość skorzystania z indywidualnych usług eksperckich. W ich zakres wchodzą:
   1. konsultacje specjalistyczne lekarskie - w uzasadnionych medycznie sytuacjach ORK powinien zapewnić Uczestnikowi niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu rehabilitacji konsultacje lekarzy specjalistów. Limit dla jednego Uczestnika – średnio 5 godzin konsultacji na pobyt (1 godzina =60 minut). W stanach nagłych zachorowań Uczestnik będzie korzystał ze świadczeń lekarza POZ zgodnie z rejonem ORK, co nie jest wliczane do limitu konsultacji.
   2. konsultacje specjalistyczne inne - uczestnik może skorzystać ze specjalistycznych usług np.: ergoterapeuty, specjalisty ds. ergonomii, logopedy, dietetyka, mediatora, doradcy prawnego itp. w miarę potrzeb danego Uczestnika, zgodnie z IPR. Limit dla jednego Uczestnika – średnio 5 godzin konsultacji na pobyt (1 godzina=60 minut).
2. Ponadto Wykonawca zapewni dostęp do usług wymaganych ze względu na stan zdrowia Uczestników, indywidualne dla Uczestnika odpowiednio do jego potrzeb, jak asystent osoby niepełnosprawnej, tłumacz języka migowego – należy przyjąć pulę 600 godzin dla jednego ORK.

### 5.2.6. Świadczenia towarzyszące

1. Uczestnicy kompleksowej rehabilitacji mogą wziąć w niej udział w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym.
2. W trybie stacjonarnym jednorazowo w ORK może przebywać do 30 Uczestników. W trybie niestacjonarnym jednorazowo do ORK może być skierowanych 20 Uczestników, chyba że ORK zgłosi gotowość przyjęcia większej liczby osób. Zakłada się, że ORK przyjmie nie mniej niż 60 Uczestników trybie niestacjonarnym w okresie realizacji Umowy.
3. W tabeli poniżej wskazano wymagania dla ORK w odniesieniu do lokalizacji obiektu, zaplecza socjalnego, standardów wyżywienia oraz bazy hotelowej.

**Tabela 8. Wymagania lokalizacyjne i lokalowe dla ORK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | 1. WYMAGANIA OGÓLNE | | |
| 1.1. | **lokalizacja obiektu rehabilitacyjnego - ORK** | **1.1.1.** | dysponowanie terenami rekreacyjnymi w sąsiedztwie obiektu ORK, przy czym "obiektem rehabilitacyjnym" jest budynek ORK, w którym zakwaterowane są osoby skierowane w ramach projektu *Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy* (zwanego dalej „projektem”) do ośrodka rehabilitacyjnego, zwane dalej „osobami skierowanymi” |
| **1.1.2.** | 1. ORK może się mieścić w nie więcej niż dwóch lokalizacjach - obiektach (np. osobna lokalizacja części rehabilitacji medycznej i zawodowej), ale noclegi i posiłki z nim związane (śniadania i kolacje) muszą być zapewnione w jednej z nich. Odległość pomiędzy poszczególnymi obiektami ORK nie może być większa niż 20 km (dojazd do 30 minut). 2. ORK ma obowiązek zapewnić stały transport pomiędzy obiektami realizacji wsparcia uwzgledniający potrzeby wszystkich Uczestników (również osób na wózkach, jeśli takie będą). 3. Lokalizacja ORK zapewnia możliwość dojazdu do obiektu ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Odległość od przystanku do obiektu rehabilitacyjnego nie może przekraczać 500 m. W przypadku, kiedy odległość jest większa, w dniu przyjazdu i wyjazdu do/z obiektu ORK (także podczas wyjazdów poza ORK osób skierowanych na weekend - raz w miesiącu w trakcie trwania kompleksowej rehabilitacji) należy zapewnić transport pomiędzy ośrodkiem rehabilitacyjnym a przystankiem, do którego można dojechać ogólnodostępnymi środkami komunikacji. Zapewnienie transportu powinno uwzględniać rozkład jazdy obowiązujący dla tego przystanku. 4. Zajęcia dla uczestników mogą się odbywać w nie więcej niż 2 lokalizacjach w ciągu dnia (jedna z nich to miejsce noclegu). Wykonawca zapewnia transport pomiędzy lokalizacjami. Za zgodą Zamawiającego możliwa jest realizacja świadczeń (w szczególności kursów zawodowych) w miejscach bardziej oddalonych od ORK. |
| 1.2. | **baza hotelowa** | **1.2.1.** | zapewnienie osobom skierowanym do pobytu w trybie stacjonarnym zakwaterowania w wydzielonym na potrzeby „projektu” obiekcie ORK lub jego części, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu, w pokojach wskazanych w załączniku nr 6 do SIWZ. |
| **1.2.2.** | Wszystkie pomieszczenia i sprzęty zlokalizowane w ośrodku, jak również usługi i wsparcie w nich udzielane powinny spełniać Standardy dostępności dla polityki spójności 2014-2020 stanowiące Załącznik nr 2 do Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020. Dostępne: https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/55001/Zalacznik\_nr\_2\_do\_Wytycznych\_w\_zakresie\_rownosci\_zatwiedzone\_050418.pdf |
| **1.2.3.** | zapewnienie osobom niepełnosprawnym ruchowo, także poruszającym się na wózkach inwalidzkich:   1. dostępu do obiektu ORK i pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji, gabinetów, pomieszczeń hotelowych oraz stołówki za pomocą platformy lub podjazdu spełniającego normy budowlane, bez konieczności opuszczania obiektu ORK, 2. co najmniej 2 pokoi dwuosobowych dostosowanych do ich potrzeb. |
| **1.2.4.** | Zapewnienie właściwych, wynikających z odpowiednich przepisów warunków sanitarnych w pomieszczeniach przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji medycznej, gabinetach, salach szkoleniowych i warsztatowych, pomieszczeniach hotelowych oraz stołówce. |
| **1.2.5.** | Zapewnienie:  Tryb stacjonarny   1. ręczników kąpielowych oraz ich wymiany co najmniej raz na tydzień, 2. wymiany bielizny pościelowej, co najmniej raz na dwa tygodnie, 3. prześcieradeł do zabiegów fizykalnych, 4. zapewnienie sprzątania pokoi przynajmniej raz na tydzień.   Tryb niestacjonarny   1. prześcieradeł do zabiegów fizykalnych, |
| **1.2.6.** | dysponowanie w udostępnionym obiekcie:   1. stołówką, 2. pomieszczeniem do samodzielnego przygotowywania posiłków, 3. pomieszczeniem do samodzielnego prania i suszenia, 4. salą rekreacyjną umożliwiającą wypoczynek, wyposażoną m.in. w fotele, ławę, telewizor, 5. bezpłatnym parkingiem. |
| 1.3. | **standardy wyżywienia** | **1.3.1.** | Dla osób korzystających z ORK w trybie stacjonarnym zapewnienie całodziennego wyżywienia od pierwszego dnia pobytu do ostatniego dnia pobytu, przy czym przez „całodzienne wyżywienie” należy rozumieć co najmniej 3 posiłki oraz napoje ciepłe i zimne, które muszą odpowiadać normom Instytutu Żywności i Żywienia oraz uwzględniać diety zgodnie ze wskazaniami medycznymi i preferencjami uczestników (diety musi potwierdzić lekarz). Posiłki powinny być podawane w obiekcie, w którym aktualnie przebywają Uczestnicy.  Osobom korzystającym z ORK w trybie niestacjonarnym, gdy w trakcie dnia wsparcie przekracza 4 godziny przysługuje przerwa kawowa (napoje ciepłe i zimne), zaś gdy wsparcie jest świadczone w wymiarze powyżej 6 godzin dziennie - obiad. |
| **1.3.2.** | zapewnienie „osobom skierowanym” możliwości przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów w przerwach pomiędzy posiłkami. |
| 2. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE | | | |
| 2.1. | **baza hotelowa** | **2.1.1.** | kwaterowanie w jednym obiekcie lub wydzielonej części obiektu |
| **2.1.2.** | udostępnienie pokoi jednoosobowychz pełnym węzłem sanitarnym, przy czym, co najmniej 2 łóżka w pokojach rodzinnych |
| **2.1.3.** | 1. powierzchnia udostępnionych pokoi, z wyłączeniem powierzchni łazienki, przedpokoju, aneksów, tarasów itp., a w przypadku skosów, mierzona zgodnie z prawem budowlanym, powinna wynosić co najmniej: 2. 8 metrów kwadratowych w pokojach jednoosobowych, 3. 10 metrów kwadratowych w pokojach rodzinnych i dla osób poruszających się na wózkach, 4. pokój powinien być wyposażony w: 5. łóżko albo łóżka jednoosobowe o wymiarach 90x200cm – dotyczy powierzchni do spania, tj. materaca, 6. stół, 7. krzesła – jedno na osobę, 8. czajnik elektryczny, kubki (co najmniej jeden na osobę) 9. co najmniej jedno gniazdko elektryczne na osobę przedpokój lub aneks wyposażony w szafę ubraniową; dopuszcza się umieszczenie szafy w pokoju, o ile nie utrudni to swobodnego poruszania się osobie niepełnosprawnej pomiędzy sprzętami, w które pokój jest wyposażony 10. lokal powinien posiadać bezpośrednie oświetlenie światłem dziennym co najmniej w przypadku pomieszczeń mieszkalnych; w przypadku, gdy mieszkańcem jest osoba/osoby z niepełnosprawnością ruchową (w tym w szczególności poruszające się na wózku inwalidzkim), mieszkanie oraz budynek, w którym ono się znajduje, są dostępne architektonicznie. |
| 2.2. | **Zaplecze socjalne** | **Pomieszczenia, urządzenia i sprzęt w udostępnionym obiekcie:** | |
| **2.2.1.** | Pomieszczenie do samodzielnego przygotowywania posiłków wyposażonego m.in. w:   1. zlewozmywak, 2. szafki kuchenne, kuchenkę, 3. mikrofalówkę, lodówkę, 4. zestaw garnków, talerze, sztućce |
| **2.2.2.** | Pomieszczenie umożliwiające pranie i suszenie wyposażone m.in. w:   1. w pralkę, 2. suszarki wolnostojące na pranie (co najmniej 3 szt.), 3. deski do prasowania (co najmniej 2 szt.) 4. żelazka (co najmniej 2 szt.), 5. odkurzacz |
| **2.2.3.** | Zapewnienie sali rekreacyjnej umożliwiającej wypoczynek jednocześnie co najmniej 30 osobom, wyposażonej m.in. w:   1. fotele, 2. ławę, 3. telewizor |

1. Wykonawca odpowiada za zapewnienie noclegu oraz pełnego wyżywienia w ośrodku dla członków rodziny Uczestnika korzystającego z trybu stacjonarnego. Wizyty będą odbywać się nie częściej niż 1 raz w miesiącu (1 osoba wizytująca), należy przyjąć nie więcej niż 6 wizyt na pobyt. Na wizytę należy przyjąć 2 dni i 1 nocleg.
2. W przypadku Uczestnika przebywającego w ORK z dziećmi:
   1. do lat 7, Wykonawca zapewnia opiekę żłobkową lub przedszkolną oraz wieczorną w czasie, w którym rodzic (Uczestnik) bierze udział w zajęciach rehabilitacji kompleksowej.
   2. od 7 lat, Wykonawca zapewnia możliwość uczęszczania do szkoły podstawowej właściwej dla siedziby ORK, zapewnia transport do szkoły oraz opiekę po zajęciach szkolnych, w czasie w jakim rodzic (Uczestnik) bierze udział w zajęciach rehabilitacji kompleksowej.
   3. dla dzieci Uczestników w trybie stacjonarnym, Wykonawca zapewnia nocleg wraz z rodzicem i pełne wyżywienie,
   4. dla dzieci Uczestników w trybie niestacjonarnym, Wykonawca zapewnia obiad w dni, w których rodzic bierze udział w zajęciach rehabilitacji kompleksowej.
   5. Dla potrzeb wyceny należy przyjąć dla Uczestników w trybie stacjonarnym 9 dzieci w wieku do 7 lat oraz 6 dzieci w wieku ponad 7 lat przebywających w ORK przez okres 9 miesięcy (jednorazowo 3 dzieci młodszych i 2 dzieci starszych).

### 5.2.7. Koszty zwrotne

Wykonawca jest obowiązany do obsługi Uczestników przebywających w ORK w trybie stacjonarnym w zakresie wypłaty kosztów dojazdów do ORK z miejsca zamieszkania i z powrotem w dni wolne od zajęć. Zasady rozliczania kosztów dojazdu zostały ujęte w Regulaminie rozliczania kosztów dojazdu dostępnym w Załączniku *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów.* Zwrot kosztów dojazdu przysługuje również dzieciom przebywającym z rodzicami/opiekunami w ORK.

1. Wykonawca jest obowiązany do obsługi Uczestników przebywających w ORK w trybie niestacjonarnym w zakresie wypłaty kosztów dojazdów do ORK z miejsca zamieszkania i z powrotem. Zasady rozliczania kosztów dojazdu zostały ujęte w Regulaminie rozliczania kosztów dojazdu dostępnym w Załączniku *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów*.
2. Wykonawca odpowiada za przekazywanie Uczestnikom stypendiów na zasadach określonych w ***Regulaminie rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji*** dostępnym w Załączniku *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów.*
3. Koszty zwrotne nie są ujmowane w cenie oferty. Zamawiający przewiduje pulę środków przekazywanych Wykonawcy na pokrycie kosztów zwrotnych na zasadach określonych w projekcie umowy (Załącznik nr 9 do siwz).

# 6. PODSTAWOWE ZASADY REALIZACJI USŁUG W ORK

1. Podstawowe zasady realizacji usług obejmują 2 etapy:
   1. Przygotowanie do realizacji zamówienia – w okresie tym zrealizowane będą:
      1. Audyt wstępny
      2. Szkolenie zespołu ORK
   2. Realizację procesu rehabilitacji kompleksowej

### 6.1. Przygotowanie do realizacji zamówienia

**6.1.1. Audyt wstępny**

1. Przed przystąpieniem do realizacji świadczeń rehabilitacji kompleksowej ORK będzie zobowiązane do poddania się Audytowi wstępnemu, podczas którego zostanie zweryfikowany stan przygotowania danego ORK do przyjęcia Uczestników oraz realizacji dla nich wsparcia w ramach procesu rehabilitacji kompleksowej.
2. Audyt zostanie przeprowadzony przez pracowników PRFON oraz ekspertów zewnętrznych. W ramach Audytu zostaną sprawdzone warunki lokalowe ORK (czy odpowiadają wymaganiom przedstawionym w OPZ) oraz zweryfikowane dysponowanie zespołem rehabilitacyjnym.
3. W terminie 60 dni od podpisania Umowy (jednak nie później niż do 30 czerwca 2019 r.) ORK zgłasza gotowość do Audytu wstępnego. W terminie 21 dni od zgłoszenia gotowości Zamawiający przystąpi do przeprowadzenia Audytu.
4. W ciągu 7 dni od przeprowadzenia Audytu ORK otrzyma protokół dopuszczający do rozpoczęcia realizacji usług. W wypadku zgłoszenia uwag przez Zamawiającego, dopuszczenie może zawierać warunki niezbędne do spełnienia przed przyjęciem Uczestników wraz z terminem ich realizacji.
5. W wypadku negatywnej opinii w ramach Audytu i niedopuszczenia do rozpoczęcia realizacji usług przez ORK, PFRON w protokole wyznacza termin na wprowadzenie wymaganych zmian oraz termin ponownego Audytu.

**6.1.2. Szkolenie zespołu ORK**

1. Przed skierowaniem pierwszych Uczestników zostanie ustalony termin szkolenia dla kadry ORK tj. zespołu rehabilitacyjnego oraz obsługi administracyjnej projektu. Szkolenie zostanie przeprowadzone na terenie Ośrodka, ORK ma obowiązek udostępnić sale szkoleniowe. Wynagrodzenie prowadzących oraz ich dojazd i zakwaterowanie pokrywa CIOP-PIB. Przewidywany czas szkolenia to 28 godzin (4 dni szkoleniowe). Szkolenie ma na celu zapoznanie kadry ORK z zasadami funkcjonowania ORK oraz zasadami realizacji poszczególnych procesów świadczenia usług na rzecz odbiorców w formule rehabilitacji kompleksowej oraz sposobem dokumentowania działań. Dokładny program szkolenia zostanie przekazany po podpisaniu umowy z wybranym Wykonawcą.

### 6.2. Realizacja procesu rehabilitacji kompleksowej

1. Wykonawca jest zobowiązany do prowadzenia rehabilitacji kompleksowej uczestników Projektu i zapewnienia im świadczeń, zgodnie z zapisami IPR.
2. Wykonawca będzie świadczył usługi rehabilitacji kompleksowej od poniedziałku do piątku w godz. 8.00- 18.00, przy czym wsparcie dla jednego Uczestnika nie może przekraczać 8 godzin dziennie. Godzina warsztatów i szkoleń w ramach modułu zawodowego i psychospołecznego to godzina lekcyjna (45 minut), pozostałe wsparcie liczone będzie w godzinach zegarowych (spotkania indywidualne w ramach modułu zawodowego i psychospołecznego, medycznego, spotkania zespołów).
3. Wykonawca zobowiązany do odpowiedniej organizacji świadczeń, tak by zapewniona była ich ciągłość zgodna z IPR, bez zbędnych przerw, które mogłyby utrudnić lub zaburzyć proces rehabilitacji. Zakłada się, że jeden Uczestnik będzie brał udział w zajęciach z różnych modułów każdego dnia zajęć. Sumaryczny czas wszystkich zajęć nie powinien przekraczać 8 godzin dziennie.
4. Usługi rehabilitacji kompleksowej będą świadczone w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym w zależności od preferencji uczestników, przy założeniu, że w tym samym czasie w ośrodku w trybie stacjonarnym przebywać może maksymalnie 30 osób. Ośrodki te będą funkcjonowały w sposób otwarty, a osoby uczestniczące w kompleksowej rehabilitacji będą mogły dokonać wyboru i np. korzystać z rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.
5. Przewidywany czas wsparcia w ORK będzie określony w IPR, jednak nie może przekroczyć 12 miesięcy (średnio 9 miesięcy). Zespół rehabilitacyjny może podjąć decyzje o wydłużeniu pobytu Uczestnika w ORK, jeżeli będzie to miało wpływ na pozytywne zakończenie rehabilitacyjne i zostanie umotywowane w IPR. Pobyt może być wydłużony maksymalnie do 15 miesięcy. Propozycja zespołu rehabilitacyjnego musi uzyskać pisemną akceptację Zamawiającego (Kierownika Projektu PFRON). Niemniej jednak pobyt stacjonarny w ORK powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, Uczestnik jak najszybciej powinien wrócić do środowiska lokalnego i tam otrzymywać dalsze wsparcie.
6. Uczestnicy będą kierowani do ORK co do zasady w grupach. Jednorazowo grupa może liczyć około 50 osób, przy czym w ORK może przebywać:
   1. nie więcej niż 30 Uczestników w trybie stacjonarnym,
   2. 20 Uczestników w trybie niestacjonarnym, chyba że ORK zgłosi gotowość do przyjęcia większej liczby Uczestników.
7. Ostatnia grupa Uczestników może być skierowana do ORK nie później niż 1 września 2021r.
8. Zajęcia dla uczestników mogą się odbywać w nie więcej niż dwóch lokalizacjach w ciągu dnia (jedna z nich to miejsce noclegu). Wykonawca zapewnia transport pomiędzy lokalizacjami, czas przejazdu nie może być dłuższy niż pół godziny, a odległość większa niż 20 km liczone po drogach publicznych. Za zgodą Zamawiającego możliwa jest realizacja świadczeń (w szczególności kursów zawodowych) w miejscach bardziej oddalonych od ORK.
9. W stanach nagłych zachorowań uczestnik będzie korzystał ze świadczeń lekarza POZ zgodnie z rejonem ORK. ORK powinien nawiązać współpracę z ośrodkiem POZ w stanach nagłych zachorowań uczestników programu.
10. Wykonawca odpowiada za zapewnienie odpowiedniego zarządzania procesem rehabilitacji kompleksowej, co wymaga współpracy osób zaangażowanych w realizację umowy na wszystkich poziomach: kierownictwa ośrodka, kierownika zespołu rehabilitacyjnego oraz specjalisty ds. zarzadzania rehabilitacją. Zarządzanie procesem rehabilitacji na poziomie kierownictwa ORK obejmuje wszelkie aspekty organizacyjno-prawne niezbędne do realizacji kompleksowej rehabilitacji. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, będący kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego, koordynuje jego działania. Koordynator/specjalista ds. zarządzania rehabilitacją ma za zadanie koordynację działań rehabilitacyjnych w ORK, organizację współpracy z rodziną Uczestnika, aktualnym lub potencjalnym pracodawcą, instytucjami społecznymi i państwowymi.
11. Wykonawca zapewni obsługę administracyjno - księgową niezbędną do prowadzenia rozliczeń związanych z dokumentacją księgową, ewidencyjną, podatkową.
12. Wykonawca jest zobowiązany do używania wzorcowych dokumentów wdrożeniowych stanowiących Załączniku *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów.*
13. Wykonawca odpowiada za prowadzenie dokumentacji wymaganej przepisami prawa oraz określonej w Umowie (niniejszym OPZ). Dokumentacja, w zależności od możliwości ORK oraz wymagań wynikających z przepisów prawa, będzie prowadzona w formie elektronicznej lub/i w formie papierowej.

# 7. MINIMALNE WYMAGANIA W ZAKRESIE WYPOSAŻENIA ORK I POMIESZCZEŃ

1. Wykonawca odpowiada za zapewnienie odpowiednich pomieszczeń i ich wyposażenia. Pomieszczenia lub zespół pomieszczeń powinny znajdować się w jednej lokalizacji lub umożliwiać funkcjonalną realizację świadczeń kompleksowej rehabilitacji.
2. W tabeli poniżej przedstawiono **minimalne wymagania** w zakresie warunków lokalowych i wyposażenia dla jednego ORK.
3. Oprócz wymagań zawartych w tabeli Wykonawca będzie zobowiązany zapewnić w ORK pomieszczenia z podstawowym wyposażeniem (biurka, krzesła, szafki), zestawy komputerowe wraz z drukarkami oraz oprogramowaniem w zakresie programów biurowych. ORK powinien także zapewnić pomieszczenie do archiwizowania dokumentów, wyposażone w odpowiednie szafy (zamykane, bez przeszkleń) oraz dostęp do dokumentacji jedynie osobom uprawnionym.
4. Ośrodek będzie musiał posiadać wydzieloną część hotelową, umożliwiającą samodzielne funkcjonowanie Uczestnika, w tym samodzielne przygotowywanie posiłków oraz organizowanie przez niego czasu wolnego. Obiekt musi być pozbawiony barier architektonicznych oraz dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wszystkie pomieszczenia, w których odbywają się zajęcia muszą być w pełni dostępne dla osób z niepełnosprawnościami.
5. Ośrodek będzie musiał posiadać pomieszczenia spełniające wymogi higieniczno-sanitarne umożliwiające wydawanie posiłków (w tym stosowanie zróżnicowanej diety) i zapewnienie warunków do higienicznego przechowywania żywności uczestników rehabilitacji. Posiłki powinny być wydawane w tym samym obiekcie, w którym nocują Uczestnicy z wyjątkiem sytuacji, gdy zajęcia odbywają się w innej lokalizacji tam też mają być serwowane posiłki.
6. Na terenie ORK Wykonawca jest zobowiązany do zapewnienia uczestnikom bezpłatnego dostępu do szerokopasmowego Internetu.
7. Ponadto Wykonawca będzie zobowiązany do współpracy ze wskazanymi przez Zamawiającego osobami, w tym CIOP-PIB. ORK zapewni na czas prowadzonych przez nie na terenie ORK badań dostęp do 4 pomieszczeń o powierzchni minimum 16 mkw. Każde z pomieszczeń powinno być wyposażone w 2 biurka oraz 3 krzesła; pomieszczenie do oceny sensorycznej powinno mieć możliwość zasłaniania okien, np. wertykale, rolety.

**Tabela 9. Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie warunków lokalowych oraz wyposażenia jednego ORK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj pomieszczenia | liczba | Świadczona usługa | Kluczowe parametry | Wyposażenie | | |
| Nazwa | Liczba | Kluczowe parametry |
| Moduł zawodowy | | | | | | | |
| 1 | pokoje do spotkań indywidualnych –w zakresie doradztwa zawodowego | 2 | doradztwo i pośrednictwo - spotkania indywidualne | pokój powinien zapewnić możliwość swobodnej rozmowy pomiędzy uczestnikiem a doradcą lub pośrednikiem pracy | minimalne niezbędne do wykonywania usług |  |  |
| 2 | sala do spotkań grupowych - w zakresie doradztwa i pośrednictwa pracy | 1 | doradztwo i pośrednictwo, spotkania grupowe | sala powinna zapewnić możliwość swobodnej rozmowy dla co najmniej 10 osób oraz pracownika sekcji | minimalne niezbędne do wykonywania usług |  |  |
| 3 | sala szkoleniowa dla minimum 10 osób | 3 | kształcenie zawodowe |  | zestawy komputerowe | 10 | obsługa programów biurowych i Internetu, możliwość instalacji oprogramowania szkoleniowego |
| fotele biurowe | 10 |  |
| rzutnik i tablica multimedialna | 1 kpl |  |
| oprogramowanie do nauki przedmiotów zawodowych - licencje |  | w zależności od rodzaju szkolenia |
| Moduł psychospołeczny | | | | | | | |
| 4 | gabinet psychologa (pokój terapii indywidualnej) | 2 | realizacja czynności zgodnie z kompetencjami | z oknem, powierzchnia pokoju min. 10 m2  pomieszczenia mogą być wykorzystywane wymiennie przez fizjoterapeutę, psychologa i logopedę | testy do przeprowadzenia diagnostyki i prowadzenia terapii (wykaz wg sugestii zespołu),  testy do przeprowadzenia diagnostyki i prowadzenia terapii logopedycznej | 1 | testy psychologiczne do badania poziomu umysłowego, sprawności analizatorów,  testy do badania osobowości i sfery emocjonalno motorycznej |
| fotele | 3 | 3 szt. na gabinet, w tym 1 szt. z możliwością regulacji ustawienia i podparcia głowy |
| leżanka z regulowaną wysokością | 1 | 1 szt. na 2 gabinety |
| 5 | sala do prowadzenia psychoedukacji i spotkań grupowych | 1 | psychoterapia, psychoedukacja, terapia grupowa | z oknem, powierzchnia pokoju min. 30  m2 | zestaw komputerowy z rzutnikiem multimedialnym | 1 |  |
| ekran | 1 |  |
| krzesła z tackami do notowania | 21 |  |
| nagłośnienie | 1 |  |
| flipchart | 1 |  |
| 6 | pokój do prowadzenia treningów relaksacyjnych | 1 | terapia relaksacyjna | z oknem, powierzchnia pokoju min. 30  m2, ciche otoczenie | sprzęt audio z nagłośnieniem | 1 |  |
| materac | 10 |  |
| fotel | 1 |  |
| stolik podręczny | 1 |  |
| Moduł medyczny | | | | | | | |
| 7 | gabinet lekarski | 2 | realizacja czynności zgodnie z kompetencjami |  | leżanka z regulowaną wysokością | 1 |  |
| aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi | 1 |  |
| negatoskop | 1 |  |
| 8 | gabinet pielęgniarski | 1 | czynności pielęgniarskie i lekarskie |  | leżanka z regulowaną wysokością | 1 |  |
| defibrylator | 1 |  |
| zestaw do resuscytacji na miejscu | 1 |  |
| aparat EKG | 1 |  |
| pulsoksymetr | 1 |  |
| aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi | 1 |  |
| 9 | gabinet fizjoterapii | 1 | badanie fizjoterapeutyczne i zabiegi kinezyterapii | pomieszczenie może być wykorzystywane wymiennie przez fizjoterapeutę, psychologa, logopedę | stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości | 1 |  |
| dynamometr ręczny | 1 |  |
| 10 | sala do terapii zajęciowej dla minimum 6 osób | 1 | terapia zajęciowa |  | krzesło z regulowaną wysokością z oparciem pleców i przedramion | 7 |  |
| stół do terapii zajęciowej | 1 | dla min. 6 osób |
| zestaw przyrządów do ćwiczeń manualnych | 6 |  |
| 11 | sala/sale (gabinety do kinezyterapii indywidualnej i grupowej | 1 | kinezyterapia | zgodnie z obowiązującymi przepisami | stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości | 2 | standardowej szerokości |
| stół rehabilitacyjny minimum 3 częściowy | 1 |  |
| rotor do ćwiczeń kończyn górnych | 1 |  |
| rotor do ćwiczeń kończyn dolnych | 1 |  |
| UGUL lub inny system spełniający jego rolę z oprzyrządowaniem | 1 |  |
| bieżnie ruchome | 1 |  |
| cykloergometr | 2 |  |
| lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej | 1 |  |
| schody do nauki chodzenia dwustronne | 1 |  |
| krzesła z oparciem z kółkami blokowanymi | 2 |  |
| stołki do terapii z kółkami blokowanymi | 4 |  |
| półwałki | 5 |  |
| piłki rehabilitacyjne (różne rozmiary) | 5 |  |
| tuby/taśmy elastyczne | 50 |  |
| kliny | 5 |  |
| kostki i poduszki rehabilitacyjne | 5 |  |
| trampolina lub inny przyrząd spełniający te funkcje | 1 |  |
| aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi | 1 |  |
| 12 | gabinet (sala) kinezyterapii grupowej | 1 | kinezyterapia |  | drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje przyrządy | 5 |  |
| mata lub materace do kinezyterapii | 7 |  |
| lustro do ćwiczeń reedukacji posturalnej | 1 |  |
| kije do terapii, kije do treningu marszowego (np. Nordic Walking) | 10 kpl. |  |
| belki balansowe | 3 |  |
| półwałki | 4 |  |
| piłki rehabilitacyjne (różne rozmiary) | 10 |  |
| 13 | sala do hydroterapii | 1 | hydroterapia |  | wanna do masażu wirowego kończyn górnych | 1 |  |
| wanna do masażu wirowego kończyn dolnych | 1 |  |
| 14 | gabinet fizykoterapii z wydzielonymi stanowiskami | 1 | fizykoterapia |  | wielofunkcyjny zestaw do elektroterapii terapii fala ultradźwięków wraz z sprzętem | 1 |  |
| lampa do naświetlań promienio-waniem widzialnym, podczerwo-nym lub ultrafioletowym | 1 |  |
| zestaw do magnetoterapii | 1 |  |
| zestaw do biostymulacji laserowej | 1 |  |
| zestaw do kriostymulacji parami ciekłego azotu | 1 |  |
| 15 | gabinet masażu leczniczego | 1 | masaż ręczny i mechaniczny |  | stół do masażu | 1 |  |
| aquavibron | 1 |  |
| krzesło z oparciem z kółkami blokowanymi | 1 |  |
| stołek do terapii z kółkami blokowanymi | 1 |  |
| Pozostałe | | | | | | | |
| 16 | pokoje dla specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją | 2 | spotkania z uczestnikami, spotkania Zespołu rehabilitacyjnego |  | wyposażenie niezbędne do realizacji czynności biurowych, w tym jeden pokój umożliwiający pracę Zespołu rehabilitacyjnego (około 10 osób) | | |
| 17 | pokój administracyjny | 1 | pokój dla specjalisty ds. pilotażu |  | wyposażenie niezbędne do realizacji czynności biurowych | | |

# 8. MINIMALNE WYMAGANIA W ZAKRESIE KADRY OŚRODKÓW

1. Do realizacji kompleksowej rehabilitacji Wykonawca jest zobowiązany skierować interdyscyplinarny zespół specjalistów o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach. Minimalne wymagania w zakresie personelu (dla jednego ORK) przedstawiono w tabeli poniżej.
2. Osoby wymienione w tabeli 10 (z wyjątkiem lekarzy) mają być dostępne w wymiarze niezbędnym do płynnego świadczenia usług.
3. Obecność lekarza lub lekarza specjalisty powinna być zapewniona w każdym dniu świadczenia usług.

**Tabela 10. Minimalne warunki realizacji kompleksowej rehabilitacji w zakresie dotyczącym personelu (dla jednego ORK)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Formalne wykształcenie (poziom, kierunek, uprawnienia zawodowe) | Wymagania uzupełniające formalne kształcenie (specjalizacja, certyfikaty, kursy, studia podyplomowe, dodatkowe uprawniania zawodowe) | Doświadczenie zawodowe na danym stanowisku | Wymiar zaangażowania | Zakres obowiązków (zadania do wykonania) |
| Staż pracy |  |
| 1 | doradca zawodowy | wykształcenie wyższe |  | co najmniej 5 letnie doświadczenie w pracy jako doradca zawodowy,  co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością | 2 osoby | udział w ocenie kompetencji zawodowych i tworzeniu IPR,  przygotowanie i ewentualna korekta oferty szkoleń ORK,  typowanie zawodów o wysokim poziomie uniwersalności zatrudnienia,  monitorowanie procesów szkolenia oraz ich efektu |
| 2 | pośrednik pracy | wykształcenie wyższe |  | co najmniej 5 letnie doświadczenie w pracy jako pośrednik pracy, co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością | 2 osoby | identyfikacja barier i dodatkowych potrzeb w wykonywaniu pracy zawodowej,  kontakt z ostatnim pracodawcą uczestnika oraz potencjalnymi pracodawcami,  w przypadku podjęcia zatrudnienia lub powrotu do pracy - analiza proponowanego stanowiska pracy. |
| 3 | psycholog | wyższe psychologiczne  (5-letnie jednolite studia magisterskie)  psycholog |  | udokumentowane 5 lat doświadczenia w zawodzie (praca z  osobami niepełnosprawnymi) | 2 osoby | udział w ocenie kompetencji zawodowych i tworzeniu IPR,  realizacja procedur psychospołecznych określonych w IPR. |
| 4 | lekarz specjalista | wyższe lekarskie  lekarz medycyny | specjalizacja w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej | 2 lata w specjalizacji | 1 osoba | realizacja czynności zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.),  diagnozowanie wg klasyfikacji ICF, udział w tworzeniu IPR,  kierowanie pracą zespołu rehabilitacyjnego. |
| 5 | lekarz | wyższe lekarskie  lekarz medycyny | specjalizacja w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej,  lub  lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej  lub  lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej. | 2 lata jako lekarz | 1 osoba | realizacja czynności zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r.  o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.),  diagnozowanie wg klasyfikacji ICF, - udział w tworzeniu IPR,  uczestnictwo w  pracy zespołu rehabilitacyjnego. |
| 6 | fizjoterapeuta | wyższe  fizjoterapia |  | 1 rok jako fizjoterapeuta | 4 osoby | udział w tworzeniu IPR,  realizacja procedur fizjoterapeutycznych: kinezyterapeu-tycznych fizykoterapeutycznych i masażu leczniczego określonych w IPR |
| 7 | terapeuta zajęciowy | policealne  terapia zajęciowa  terapeuta zajęciowy |  | 1 rok jako terapeuta zajęciowy | 2 osoby | udział w tworzeniu IPR,  realizacja procedur z zakresu terapii zajęciowej określonych w IPR |
| 8 | pielęgniarka | średnie,  pielęgniarstwo |  | 2 lata jako pielęgniarka | 1 osoba | opieka pielęgniarska, - czynności wykonywane zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 z późn. zm),  prowadzenie dokumentacji |
| 9 | dietetyk | wyższe,  dietetyk | studia podyplomowe z zakresu dietetyki | 2 lata jako dietetyk | dostępność | udział w działaniach podejmowanych przez zespół rehabilitacyjny w zależności od potrzeb, porada dietetyczna |
| 10 | logopeda | wyższe | studia podyplomowe z zakresu logopedii | 2 lata jako logopeda | dostępność | udział w ocenie kompetencji zawodowych, w tworzeniu IPR,  realizacja procedur logopedycznych określonych w IPR |
| 11 | specjalista ds. zarządzania rehabilitacją | wyższe |  | doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, min 1 rok | 3 osoby | zarządzanie procesem rehabilitacji uczestników Projektu,  prowadzenie uczestnika przez wszystkie etapy rehabilitacji, prowadzenie rehabilitacji społecznej i wsparcie uczestnika w poszukiwaniu pracy. |
| 12 | specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników | wyższe |  | 3 letnie doświadczenie z zakresu prowadzenia badań społecznych lub monitorowania lub ewaluacji projektów w zakresie interwencji społecznych | 1 osoba | współpraca z obsługa przyjęć do ORK (monitorowanie terminów przyjęć, rejestracja, przydzielanie pokoi),  przygotowywanie sprawozdań z realizacji umowy z PFRON,  zbieranie danych niezbędnych do wypełniania i przetworzenie, formularza sprawozdawczego,  prowadzenie badań satysfakcji klientów i personelu, zespołem PFRON prowadzącym wizyty monitorujące w ORK,  analiza wyników działań monitorujących, inicjowanie działań naprawczych i udoskonalających  prowadzenie dokumentacji dla tych działań. |
| 13 | sekretarka medyczna | średnie | bardzo dobra znajomość obsługi komputera, w tym oprogramowania biurowego, do formułowania i edycji pism oraz arkusza kalkulacyjnego oraz urządzeń biurowych | 1 rok na stanowisku | 1 osoba | prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją rehabilitacji kompleksowej (w szczególności jej scalanie i archiwizowanie),  obsługa korespondencji, gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o uczestnikach programu (w tym raportowanie w ramach monitoringu) |

# 9. ZASADY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – OBOWIĄZKI I PRAWA UCZESTNIKÓW

1. Prawa i obowiązki Uczestników określa ***Regulamin rekrutacji i udziału w kompleksowej rehabilitacji***. Regulamin jest dostępny w Załączniku *Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów.*
2. Wykonawca opracuje ***Regulamin pobytu w ORK***, zapewniający Uczestnikom komfort pobytu oraz korzystania z usług oraz zabezpieczający zachowanie standardów życia społecznego. ***Regulamin pobytu w ORK*** musi gwarantować warunki życia, które będą:
   1. zindywidualizowane (dostosowane do potrzeb i możliwości danej osoby);
   2. możliwie zbliżone do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym, w tym ;
   3. umożliwiały osobom kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą;
   4. zapewniały brak izolacji od otoczenia (społecznego), zaś uczestnicy nie są zmuszani do mieszkania razem;
   5. gwarantowały, że wymagania organizacyjne nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami uczestników projektu,
   6. jednocześnie prawa jednostki nie mogą ograniczać praw pozostałych Uczestników.

Regulamin akceptowany jest przez PFRON na etapie audytu wstępnego. Wszyscy Uczestnicy rozpoczynający kompleksową rehabilitację będą zobowiązani do zapoznania się i zaakceptowania zapisów **Regulaminu pobytu w ORK**.

1. W wypadku każdego złamania ***Regulamin rekrutacji i udziału*** lub ***Regulamin pobytu w ORK*** przez Uczestnika, ORK ma obowiązek poinformowania o tym fakcie PFRON. W wypadku drastycznego złamania regulaminu albo jego nagminnego nieprzestrzegania ORK ma prawo wystąpić do PFRON o przerwanie procesu rehabilitacji i obciążenie Uczestnika dotychczasowymi kosztami udziału.
2. ORK jest zobowiązany do bieżącego monitorowania zmian w sytuacji Uczestników (np. podjęcie zatrudnienia, utrata ważności orzeczenia o niepełnosprawności, pogorszenie stanu zdrowia itp) i informowania o nich PFRON.

# 10. WYMAGANIA W ZAKRESIE MONITORINGU I SPRAWOZDAWCZOŚCI

1. Na potrzeby oceny pilotażu Wykonawca będzie prowadził bieżący monitoring.
2. **Narzędziami systemu monitorowania** są:
   1. Formularze sprawozdawcze z działalności ośrodka przekazywane do PFRON w cyklu kwartalnym,
   2. Ankiety satysfakcji uczestników,
   3. Ankiety satysfakcji personelu ośrodków.
3. Zakres powyższych narzędzi jest omówiony poniżej, natomiast formularze odpowiednich narzędzi są zamieszczone w Załącznikach do OPZ.
4. Ponadto ORK będą podlegały wizytom monitorującym ze strony Zamawiającego.
5. **Formularz sprawozdawczy z działalności Ośrodka.** 
   1. Formularz wypełniany miesięcznie przez ORK ma format arkusza MS Excel z zakładkami zawierającymi informacje co do różnych aspektów i wymiarów procesu kompleksowej rehabilitacji:
      1. podstawowe dane o ośrodku kompleksowej rehabilitacji,
      2. zbiorcze dane liczbowe o uczestnikach i ich podstawowych danych demograficznych,
      3. wykaz kadry ORK w podziale na podstawowe kategorie,
      4. dane o uczestnikach rehabilitacji kompleksowej w podziale na moduł zawodowy, psychospołeczny i medyczny,
      5. dane o produktach (procedurach/działaniach) rehabilitacji kompleksowej w podziale na trzy powyższe moduły oraz wielkości planowane/wykonane w okresie sprawozdawczym i narastająco – od początku realizacji działań w ORK.
   2. Formularz będzie przygotowywany przez Specjalistę ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników w ORK na podstawie danych uzyskiwanych z innych wewnętrznych systemów ORK lub informacji od personelu ośrodka.
   3. Poszczególne kolumny arkusza będą pozwalały na ocenę stanu wykonania poszczególnych danych liczbowych w danym okresie rozliczeniowym (kwartalnym) w relacji do wielkości zaplanowanych oraz narastająco – od rozpoczęcia procesu rehabilitacji.
   4. Formularz powinien być przesłany Zamawiającemu w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca.
6. **Ankiety satysfakcji**
   1. Celem ankiet jest zbadanie poziomu satysfakcji interesariuszy Modelu i poprzez uzyskanie informacji zwrotnej umożliwienie weryfikacji Modelu w trakcie procesu wdrażania.
   2. **Ankieta dla uczestnika** rehabilitacji kompleksowej zawiera pytania co do oczekiwań związanych z udziałem w projekcie, oceny przebiegu kwalifikacji do rehabilitacji kompleksowej, funkcjonowania ORK, diagnozowania kompetencji zawodowych, sposobu opracowywania i realizacji IPR oraz efektów rehabilitacji kompleksowej (zamknięte oraz otwarte), a także część demograficzną.
   3. **Ankiety dla personelu ORK** prowadzącego kompleksową rehabilitację (oddzielne ankiety dla lekarzy, doradcy zawodowych, fizjoterapeutów, nauczycieli zawodu, pośredników pracy, psychologów, terapeutów zajęciowych oraz specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją) jest zbudowana wg podobnej struktury i zawiera także pytania co do oceny oczekiwań i celu rehabilitacji kompleksowej uczestnika projektu. Celem ankiety jest uzyskanie opinii na temat komunikacji, przeszkolenia, elementów rehabilitacji, pracy ośrodka, itp. – co pozwoli na ocenę nowego modelu rehabilitacji ze strony Wykonawców.
   4. Za organizację procesu przygotowywania, dystrybucji, generowania wyników zbiorczych i analizy wyników badania będzie odpowiedzialny Specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników.
   5. Ankiety dla uczestników i specjalistów będą przeprowadzane w cyklu kwartalnym, są anonimowe, a wyniki będą generowane tylko na poziomie zbiorczym. Organizacja badania powinna zapewnić poziom zwrotności w wysokości co najmniej 80% uczestników obecnych w ORK w danym okresie sprawozdawczym oraz analogiczny poziom dla personelu.
   6. Wypełnione ankiety wraz z ich analizą powinny być przesyłane Zamawiającemu w terminie 5 dni od dnia zakończenia każdego kwartału kalendarzowego.
7. **Procedura monitorowania**
   1. Przed rozpoczęciem realizacji usług podmiot podejmujący się realizacji zadań ORK przygotuje procedurę monitorowania i przedłoży ją do akceptacji PFRON. Procedura powinna uwzględniać następujące elementy:
      1. odpowiedzialność za proces monitorowania w ośrodkach w ramach zakresu obowiązków Specjalisty ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników oraz ew. innych stanowisk,
      2. częstotliwość pomiaru – zgodnie z założeniami przyjętymi powyżej dla poszczególnych narzędzi,
      3. metody i formy komunikacji wewnętrznej (w ramach ośrodka) i zewnętrznej (PFRON i inni interesariusze),
      4. zasady gromadzenia, przetwarzania, udostępniania, przechowywania i archiwizacji informacji z systemu monitorowania,
      5. reagowanie na problemy wynikające z wizyt monitorujących i analizy ankiet satysfakcji uczestników i personelu.

**W wypadku uruchomienia przez PFRON bazy monitoringu projektu Wykonawca będzie zobowiązany do umieszczania wszystkich informacji o prowadzonych działaniach w bazie. Przed przystąpieniem do korzystania z bazy PFRON przewiduje przeprowadzenie szkolenia dla zespołu ORK.**

# Wykaz skrótów

|  |  |
| --- | --- |
| CIOP | Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy |
| GUS | Główny Urząd Statystyczny |
| ICF | Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (z ang. International classification of functioning, disability and health) |
| IPR | Indywidualny Program Rehabilitacji |
| ISSA | Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego (z ang.International Social Security Association) |
| KPON | Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych |
| KRUS | Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego |
| MON | Ministerstwo Obrony Narodowej |
| MOP | Międzynarodowa Organizacja Pracy |
| MSWiA | Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji |
| NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia |
| OKZ | Ocena kompetencji zawodowych |
| ORK | Ośrodek Rehabilitacji Kompleksowej |
| PFRON | Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych |
| PO WER | Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 |
| POZ | Podstawowa Opieka Zdrowotna |
| RK | Rehabilitacja Kompleksowa |
| RTW | Powrót do pracy (z ang. Return To Work) |
| UE | Unia Europejska |
| WHO | Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (z ang. World Health Organization) |
| WTZ | Warsztat Terapii Zajęciowej |
| ZPCh | Zakład Pracy Chronionej |
| ZAZ | Zakład Aktywizacji Zawodowej |
| ZUS | Zakład Ubezpieczeń Społecznych |

# Wykaz załączników do OPZ

Załącznik A Model Rehabilitacji Kompleksowej. Mapa Drogowa – Wzory Dokumentów.

1. Dane BAEL GUS – I kw. 2018 [↑](#footnote-ref-2)
2. Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych, MSK na zlecenie PFRON, maj 2017 r. [↑](#footnote-ref-3)