Anna Wilmowska-Pietruszyńska
Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego
Krzysztof Czechowski
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Rehabilitacja kompleksowa osób niepełnosprawnych

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie założeń rehabilitacji kompleksowej, na którą składa się rehabilitacja: medyczna, psychologiczno-społeczna i zawodowa. Autorzy opracowania omawiają cel rehabilitacji kompleksowej, którym jest przywrócenie osoby niepełnosprawnej do maksymalnie samodzielnego życia w społeczeństwie, w tym aktywności zawodowej, twórczej i społecznej. Rekomendują również przywrócenie tzw. Polskiej Szkoły Rehabilitacji i w jak największym stopniu wykorzystanie jej założeń w systemie rehabilitacji.

Słowa kluczowe:

rehabilitacja kompleksowa, osoby niepełnosprawne, Polska Szkoła Rehabilitacji, Ośrodki Kompleksowej Rehabilitacji

Comprehensive Rehabilitation of Disabled People

Summary

The aim of the work is to present the assumptions of comprehensive rehabilitation, which consists of: medical, psycho-social and vocational rehabilitation. The authors of the study discuss the goal of comprehensive rehabilitation, which is to restore a disabled person to a maximally independent life in society, including professional, creative and social activity. They also recommend restoring the so-called Polish School of Rehabilitation and using its assumptions in the rehabilitation system as much as possible.

Keywords:

comprehensive rehabilitation, people with disabilities, Polish School of Rehabilitation, Centers for Comprehensive Rehabilitation

Niepełnosprawność

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może zakończyć się powrotem do zdrowia, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej (niepełnosprawność, niesamodzielność).

„Niepełnosprawność" według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalne dla człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego

lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych. Są to osoby, które wskutek utraty sprawności fizycznej i/lub psychicznej w następstwie uszkodzenia narządów lub układów organizmu nie mogą pokonać barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych w taki sposób jak inni ludzie.

Pojęcie „osoba niepełnosprawna" pojawiło się naszym kraju w roku 1982 w uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych[1]. Aktualna definicja zawarta jest w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[2]. Zgodnie z tą ustawą niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej.

Według Światowego Raportu Niepełnosprawności (WHO, Bank Światowy, 2012) na świecie żyje ponad miliard ludzi niepełnosprawnych, w tym 190 mln boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu. Według szacunków WHO w latach 70. poprzedniego stulecia osoby niepełnosprawne stanowiły 10% ogółu ludności świata. Jednak liczba osób niepełnosprawnych wciąż rośnie i obecnie stanowi 15% wszystkich ludzi. Zmiana ta jest spowodowana wydłużeniem trwania życia, występowaniem chorób przewlekłych (choroby serca, cukrzyca itp.), a także urazami (wypadki drogowe, klęski żywiołowe).

Globalny raport WHO na temat równości w zdrowiu osób niepełnosprawnych (WHO, 2023) szacuje, że 1,3 miliarda ludzi doświadcza znacznej niepełnosprawności, co stanowi 16% światowej populacji[3].

Zgodnie z informacją zawartą na stronie gov.pl w 2019 roku w Polsce osób z niepełnosprawnościami, które mają prawne potwierdzenie niepełnosprawności jest ponad 3 mln. W rzeczywistości jest ich dużo więcej[4]. Według Informacji Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2019 r. na rzecz realizacji postanowień Uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych wyniki reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskazują, że populacja osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej w Polsce w 2019 r. liczyła 3038 tys., co stanowiło 10,0% ogółu populacji osób w tym wieku objętej zakresem BAEL[5]. Na podstawie wyników uzyskanych z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS 2019) przeprowadzonego przez GUS w 2019 r. niepełnosprawność w ujęciu prawnym lub biologicznym (z poważnymi ograniczeniami) dotknęła 13% osób w naszym kraju[6].

[1] Uchwała Sejmu z 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, MP 1982 nr 22, poz. 188

[2] Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu niepełnosprawnych, Dz. U. Nr 123, poz. 776

[3] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

[4] Portal gov.pl

[5] Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2019 r. na rzecz realizacji postanowień uchwały sejmu RP z dn. 1 sierpnia 1997 r.

[6] Stan Zdrowia Ludności Polski, GUS, 2019

Rehabilitacja

Bardzo istotne znaczenie dla zmniejszenia liczby osób niepełnosprawnych i umożliwienia im udziału w życiu społecznym i zawodowym ma możliwość poddania tych osób kompleksowej rehabilitacji.

Termin „rehabilitacja" został wprowadzony przez Douglasa McMurtie – dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku, gdzie byli rehabilitowani inwalidzi po I wojnie światowej. Wskazywał on lecznicze, społeczne i ekonomiczne efekty rehabilitacji. Jeszcze przed I wojną światową efekty ekonomiczne rehabilitacji dostrzegł Paul Pastur, który przekonał władze miasta Charlerois w Belgii, że znacznie lepsze efekty dla osób niepełnosprawnych daje nauczanie zawodu niż pobyt w placówkach opiekuńczych.

Pierwszy oddział kliniczny rehabilitacji utworzył w roku 1946 w Bellevue Hospital Center w Nowym Jorku Howard Rusk. W 1948 r. Wiktor Dega utworzył w Poznaniu pierwszy w Polsce oddział rehabilitacji. Był on też pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, zrzeszającego osoby reprezentujące różne zawody, zainteresowane problematyką niepełnosprawności i rehabilitacji. Howard Rusk i Wiktor Dega są uznawani za twórców współczesnej rehabilitacji.

Epidemia choroby poliomyelitis w Polsce w 1951 r. spowodowała konieczność dalszego rozwoju placówek rehabilitacyjnych – ambulatoryjnych i stacjonarnych (10 zakładów leczniczo-wychowawczych na terenie Polski). Podjęto kształcenie specjalistów rehabilitacji (specjalność kliniczna dla lekarzy). Powołano kliniki i zakłady rehabilitacji w akademiach medycznych. Magistrów rehabilitacji kształcono w akademiach wychowania fizycznego. Uczelnie wyższe kształcą obecnie magistrów fizjoterapii.

Duży wkład w rozwój rehabilitacji w Polsce wniósł również Marian Weiss – twórca i wieloletni dyrektor Stołecznego Centrum Rehabilitacji w Konstancinie, gdzie rehabilitacji kompleksowej uczyli się specjaliści nie tylko z Polski, ale też z wielu krajów świata.

Dobrze rozwijająca się w naszym kraju rehabilitacja, m.in. pod kierunkiem Wiktora Degi, stała się wzorem dla innych. Już blisko 50 lat temu tzw. Polska Szkoła Rehabilitacji została rekomendowana przez WHO jako wzór postępowania dla innych krajów. Koncepcja ta zakładała, że rehabilitacja powinna być wczesna, powszechna, kompleksowa i ciągła. Mimo że minęło wiele lat, te założenia są nadal aktualne. Wczesność zakłada stosowanie rehabilitacji już od początku choroby, co stwarza większe szanse na odtworzenie utraconych w wyniku choroby lub urazu funkcji i zmniejsza liczbę ewentualnych powikłań. Powszechność zgodnie z założeniami prawa krajowego i międzynarodowego nakłada na państwo obowiązek umożliwienia wszystkim potrzebującym korzystania z rehabilitacji. Kompleksowość warunkuje zastosowanie wszelkich dostępnych i nowoczesnych form rehabilitacji przy uwzględnieniu pracy całego zespołu, w którego skład wchodzą lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, masażysta, pielęgniarka, psycholog, logopeda, pedagog specjalny, ergoterapeuta, pracownik socjalny, technik ortopeda i inni. Należy pamiętać, że rehabilitacja nie może się kończyć w momencie wypisania pacjenta ze szpitala. Dlatego zachowanie ciągłości rehabilitacji jest konieczne m.in. dla utrzymania uzyskanych efektów leczenia jak i spowolnienia postępu choroby w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym. Istotne jest także ścisłe powiązanie rehabilitacji

medycznej z rehabilitacją społeczną i zawodową. Tak rozumiana rehabilitacja jest uznana za integralną część leczenia pacjentów i ma zastosowanie w wielu dziedzinach współczesnej medycyny. Jest ona złożonym procesem medyczno-społecznym, który leczy i usprawnia człowieka, a nie skupia się tylko na chorobie.

Jakość i efekty rehabilitacji są zależne od działań zespołu rehabilitacyjnego. Tylko taki zespół współpracujących ze sobą i z pacjentem specjalistów może realizować program rehabilitacji. Pacjent musi także uzyskać odpowiednie informacje dotyczące dalszego postępowania rehabilitacyjnego, edukacji, nauki zawodu, przekwalifikowania i ewentualnego zatrudnienia.

„Rehabilitacja" według Światowej Organizacji Zdrowia to kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu usprawniania osób z naruszoną sprawnością organizmu i uzyskania możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego.

Efektywność procesu rehabilitacji zależy od podjęcia usprawnienia jak najwcześniej (od początku choroby). Wcześnie rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstawaniu lub utrwaleniu niepełnosprawności.

W programie rehabilitacji kompleksowej uwzględniamy rehabilitację:

- leczniczą – nowoczesny program leczenia mający na celu przywrócenie w jak najkrótszym czasie sprawności pozwalającej na uczestnictwo w życiu społecznym, a w przypadku uszkodzeń morfologicznych – wykształcenie i utrwalenie mechanizmów zastępczych,
- społeczną – przygotowującą osobę niepełnosprawną do czynnego udziału w życiu społecznym (nauka pokonywania barier środowiskowych i technicznych oraz uodpornienie psychiczne),
- zawodową – przywrócenie zdolności do pracy, przekwalifikowanie zawodowe, a także stworzenie warunków do podjęcia pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Wiktor Dega wskazywał: „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny".

W naszym kraju rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). NFZ finansuje rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[7]. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowiskowe. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach lub oddziałach dziennych i stacjonarnych.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej jest realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Obecnie tą formą rehabilitacji objęte są osoby ze schorzeniami układu krążenia i układu ruchu (stanowiącymi około 50% przyczyn niezdolności do pracy), a także układu oddechowego, schorzeniami onkologicznymi i psychosomatycznymi. Przez 20 lat skorzystało z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ponad milion osób ubezpieczonych.

[7] Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135

Także KRUS prowadzi rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności.

Głównym źródłem finansowania rehabilitacji społecznej i zawodowej jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Rehabilitacja społeczna zgodnie z art. 9 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[8] ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym i jest realizowana poprzez:

- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych,
- likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i w dostępie do informacji oraz edukacji,
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy.

Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie oceny zdolności do pracy,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenie środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby – przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp.

Instytucje ubezpieczenia społecznego ZUS i KRUS są zobowiązane do prowadzenia zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej i zgodnie z ustawą z 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym[9] wprowadzono nowe świadczenie – rentę szkoleniową. Ma ona na celu umożliwienie przekwalifikowania zawodowego osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w wyuczonym zawodzie. W 2005 r. wprowadzono także możliwość przyznawania renty szkoleniowej rolnikom ubezpieczonym w KRUS[10].

Obok funkcjonującej już od lat 90. poprzedniego stulecia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest to kolejna forma działań rehabilitacyjnych stwarzająca osobom ubezpieczonym możliwość powrotu do aktywności zawodowej. Przekwalifikowanie zawodowe powinno więc pełnić istotną rolę w systemie zabezpieczania społecznego w naszym kraju. Mimo rangi tego świadczenia jest ono relatywnie rzadko przyznawane.

[8] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. 1997, Nr 123, poz. 776

[9] Ustawa z 28 czerwca 1996 r. o zmianach niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. Nr 100, poz. 461

[10] Ustawa z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. z 2008 r., Nr 50, poz. 291

Program rehabilitacji kompleksowej funkcjonuje już od lat 90. ubiegłego wieku. Pozwoliłby on na lepsze wykorzystywanie możliwości, jakie daje osobom ubezpieczonym renta szkoleniowa, gdyby było możliwe odtworzenie specjalnych ośrodków rehabilitacji kompleksowej.

W Niemczech funkcjonuje prawie 30 takich ośrodków, a na Litwie – kilkanaście.

Dla prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju konieczny jest rozwój rehabilitacji kompleksowej.

Również akty prawa międzynarodowego podkreślają konieczność kompleksowej rehabilitacji:

- Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1967 r. stanowi, że każde państwo członkowskie związane konwencją powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne mające na celu przygotowanie inwalidów w każdym przypadku, gdzie jest to możliwe, do powrotu do poprzednio wykonywanej pracy lub do innej pracy, która odpowiada najlepszym ich uzdolnieniom, a także podjąć środki ułatwiające inwalidom podjęcie zatrudnienia[11].
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r.[12] również dotyczy świadczeń z tytułu inwalidztwa łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarobkowania. Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej.
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych[13] (2006 r.), ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. stanowi: *Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa-Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:*
  1. *były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,*
  2. *wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.*

[11] Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy, http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k128.html

[12] Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ

[13] Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2012 r., poz. 1169

- Powszechna deklaracja praw człowieka ONZ[14]. Zapisano w niej m.in., że osoba niepełnosprawna nie powinna być przez całe życie traktowana jako przedmiot opieki. Osoba taka jest obywatelem o specjalnych potrzebach wynikających z konkretnej niepełnosprawności. Potrzeby te powinny być spełniane na gruncie społecznym w kontekście „normalności". Zasadnicze znaczenie ma uczestnictwo, a głównym jego warunkiem jest dostęp do społeczeństwa.
- Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych ONZ[15]: *Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, które jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe jak i środowiskowe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (WHO). Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia.*

Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021[16] stanowi, że niepełnosprawność jest globalnym problemem zdrowia publicznego, ponieważ osoby niepełnosprawne przez całe swoje życie zmagają się z pokonywaniem występujących barier w dostępie do świadczeń zdrowotnych i powiązaną z nimi rehabilitacją; edukacji; zatrudnienia; mieszkalnictwa i transportu. Celem planu jest:

- usunięcie barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- wzmacnianie i rozwój rehabilitacji i technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej,
- wzmocnienie zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

Międzynarodowa Organizacja Rehabilitacji (*Rehabilitation International*, RI) poprzez współpracę z różnymi organizacjami i ekspertami w ponad 100 krajach od ponad 100 lat wspiera osoby niepełnosprawne. Zabiega m.in. o ich lepszy dostęp do edukacji, rehabilitacji, opieki zdrowotnej, zatrudnienia, wymiaru sprawiedliwości. Na Światowym Kongresie w Seulu w 2012 r. z okazji 90-lecia działalności RI podkreślono rolę rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności i zmniejszaniu jej stopnia.

Joachim Breuer, wiceprezydent RI Europe, mówił: *Zaproszono mnie, abym poruszył kwestię rehabilitacji jako inwestycji, ze szczególnym naciskiem na zdemaskowanie mitu głoszącego, że rehabilitacja, powrót do pracy, zarządzanie niepełnosprawnością oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością to przede wszystkim koszt dla społeczeństwa. Od wielu lat jestem gorącym zwolennikiem rehabilitacji. Moje przekonanie,* że *przynosi ona korzyści społeczeństwu i gospodarce, wyrosło z doświadczenia w zajmowaniu się odszkodowaniami*

[14] Powszechna deklaracja praw człowieka, http://www.unesco.pl

[15] Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, http://www.tus.org.pl

[16] *Projekt globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" 2014, Nr IV(13), s. 42–72

oraz rehabilitacją osób, które doznały wypadku w pracy lub które dotknęła choroba zawodowa. Wciąż brakuje świadomości potencjału tkwiącego w rehabilitacji – zwłaszcza w kwestii zmiany percepcji, jaką może spowodować rehabilitacja (tzn. skupieniu się na sprawności zamiast na niepełnosprawności)[17].

Raport sporządzony przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy wykazał, że Polska znajduje się w IV (ostatniej) grupie państw, które mają ograniczone ramy prawne w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy. Brak międzyresortowych, koordynowanych działań w zakresie rehabilitacji medycznej, psychospołecznej i zawodowej prowadzi do ograniczenia możliwości powrotu lub wejścia na rynek pracy. Z powyższych względów coraz większe znaczenie nabiera koncepcja Powrotu do Pracy – ang. *Return to Work* (RTW), obejmująca wszystkie procedury i inicjatywy mające na celu ułatwienie powrotu do pracy osób, u których stwierdza się niepełnosprawność w stopniu powodującym niezdolność do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie w następstwie choroby lub urazu.

Bez rehabilitacji nie istnieje uwieńczony powodzeniem powrót do pracy i czynnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Aby utrzymać miejsce pracy, rehabilitację należy rozpocząć wcześnie i w stosownym momencie, bezpośrednio po utracie zatrudnienia przez osobę niepełnosprawną.

W naszym kraju konieczne jest natychmiastowe utworzenie systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej, który ułatwiałby powrót osobom niepełnosprawnym do pracy i czynnego udziału w życiu społecznym. Sprawnie działający system zapobiegnie przedłużającej się hospitalizacji, da szanse powrotu do pracy i uczestnictwa w życiu społecznym. Konieczne jest także podjęcie działań mających na celu zmianę organizacji udzielania świadczeń w zakresie:

- leczenia (wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i skrócenia okresu czasowej niezdolności do pracy),
- wczesnej rehabilitacji kompleksowej dostosowanej do stanu funkcjonalnego ON zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Aktualnie w Polsce czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego i fizycznego pacjenta. Rehabilitacja powinna stać się w naszym kraju, podobnie jak w innych krajach ważnym elementem polityki społecznej.

Głównym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenia życia zgodnego z ich życzeniem przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności wynikających z uszkodzeń będących skutkiem choroby lub urazu. Cel ten można osiągnąć przez połączenie następujących działań:

- likwidacja lub redukcja dysfunkcji,
- likwidacja lub redukcja barier dla uczestnictwa w środowisku, w którym żyje osoba niepełnosprawna,
- wspieranie reintegracji społecznej.

[17] Idem, *Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy integrujących społecznie*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania" 2012, Nr 5, s. 42–48

W działaniach zogniskowanych na potrzeby pacjenta właściwe jest dążenie do optymalizacji zarówno aktywności, jak i uczestnictwa.

Dr Howard Rusk z Wydziału Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku mówił: „Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy", „Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało".

Duża liczba osób, które z powodu chorób, urazów i ich następstw stają się niepełnosprawne, tworzy konieczność podjęcia aktywnych działań mających na celu przywrócenie lub poprawę sprawności tych osób i umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Wiktor Dega, współtwórca polskiej szkoły rehabilitacji, mówił: „Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie. Tymczasem właśnie wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja zmniejsza cierpienie, poprawia sprawność i jakość życia człowieka"[18].

Skala niezdolności do pracy z powodu następstw chorób lub urazów w Polsce

Ponad milion osób każdego roku pobiera świadczenia z ubezpieczenia społecznego z powodu czasowej, długotrwałej lub trwałej niezdolności do pracy w następstwie chorób lub urazów.

85 tysięcy pracowników doznaje urazów powodujących czasową lub długotrwałą niezdolność do pracy. Tylko 27% osób niepełnosprawnych jest aktywnych zawodowo.

W 2020 r. wydatki na świadczenia pieniężne związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS, w tym łącznie ze środków budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców, wyniosły łącznie **42 509,7 mln** zł. W stosunku do roku 2019 r. ich wzrost wyniósł blisko 10,0%.

Tabela 1. Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w latach 2016–2020

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020
Renty z tytułu niezdolności do pracy					
Wydatki w tys. zł	15 007 081,9	14 608 136,0	13 689 477,0	13 585 937,9	13 678 237,7
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	933,8	843,9	750,2	699,6	657,1
Renty socjalne					
Wydatki w tys. zł	2090 128,0	2497 901,6	2760 861,6	3265 051,5	3582 207,7
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	264,2	266,4	268,3	270,8	274,2
Świadczenia rehabilitacyjne					
Wypłaty w tys. zł	1525 158,0	1665 471,5	1728 042,9	1853 913,2	2253 234,4
Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w tys.	82,8	87,4	86,0	86,7	93,8

[18] [Za:] M. Lubecki, *Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku*, „Hygeia Public Health" 2011, Nr 2, s. 249–255

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020
Absencja chorobowa finansowana z FUS i funduszów zakładów pracy					
Wypłaty w tys. zł	16 282 733,1	17 650 500,4	18 443 634,3	19 748 163,8	22 932 379,1
Liczba dni absencji chorobowej w tys.	220 176,0	229 578,0	226 757,9	226 088,2	246 501,1
Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS					
Koszt rehabilitacji	176 441,1	182 422,6	190 293,5	201 847,2	63 648,1
Liczba osób poddanych rehabilitacji leczniczej w tys.	85,4	88,8	90,6	86,4	28,0

Źródło: https://psz.zus.pl/ (portal statystyczny ZUS)

Tabela 2. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2020 r. według grup chorobowych będących przyczyną niezdolności do pracy i płci świadczeniobiorców

Grupy chorobowe	Razem		Mężczyźni		Kobiety	
	Kwota wypłat					
	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %
OGÓŁEM (A00–Z99)	**42 509 707,0**	**100,0**	**21 612 556,3**	**100,0**	**20 897 150,7**	**100,0**
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze (A00–B99)	299 780,3	0,7	153 133,3	0,7	146 647,0	0,7
Nowotwory (C00–D48)	1 815 498,5	4,3	922 040,2	4,3	893 458,3	4,3
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (D50–D89)	87 160,5	0,2	42 749,0	0,2	44 411,5	0,2
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (E00–E90)	422 713,9	1,0	264 624,8	1,2	158 089,1	0,7
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)	7 253 292,5	17,1	3 640 226,4	16,8	3 613 066,1	17,3
Choroby układu nerwowego (G00–G99)	3 425 984,3	8,0	1 928 305,8	8,9	1 497 678,5	7,2
Choroby oka i przydatków oka (H00–H59)	714 959,4	1,7	451 076,1	2,1	263 883,3	1,3
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego (H60–H95)	459 761,9	1,1	361 771,3	1,7	97 990,6	0,5
Choroby układu krążenia (I00–I99)	3 647 459,6	8,6	2 836 345,3	13,1	811 114,3	3,9
Choroby układu oddechowego (J00–J99)	3 809 513,3	9,0	1 705 568,1	7,9	2 103 945,2	10,1
Choroby układu trawiennego (K00–K93)	984 271,5	2,3	617 788,2	2,9	366 483,3	1,7
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00–L99)	323 998,5	0,8	204 290,2	0,9	119 708,3	0,6
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99)	6 200 962,8	14,6	3 650 625,3	16,9	2 550 337,5	12,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00–N99)	768 246,5	1,8	294 748,7	1,4	4734 97,8	2,3
Ciąża, poród i połóg (O00–O99)	5 275 466,6	12,4	-	-	5 275 466,6	25,2
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00–P96)	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-

Źródło: https://psz.zus.pl/, (portal statystyczny ZUS)

Tabela 3. Ranking wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2020 r. według wybranych grup chorobowych i płci świadczeniobiorców

Grupy chorobowe	Udział w wydatkach ogółem			
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM (A00–Z99)	**100,0**	**100,0**	**50,8**	**49,2**
w tym:				
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)	17,1	**100,0**	50,2	49,8
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00–M99)	14,6	**100,0**	58,9	41,1
Ciąża, poród i połóg (O00–O99)	12,4	**100,0**	-	100,0
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00–T98)	11,5	**100,0**	74,6	25,4
Choroby układu oddechowego (J00–J99)	9,0	**100,0**	44,8	55,2
Choroby układu krążenia (I00–I99)	8,6	**100,0**	77,8	22,2
Choroby układu nerwowego (G00–G99)	8,0	**100,0**	56,3	43,7
Nowotwory (C00–D48)	4,3	**100,0**	50,8	49,2
Choroby układu trawiennego (K00–K93)	2,3	**100,0**	62,8	37,2
Choroby układu moczowo-płciowego (N00–N59)	1,8	**100,0**	38,4	61,6

Źródło: https://psz.zus.pl/, (portal statystyczny ZUS)

W przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy najwyższe koszty wystąpiły w związku z chorobami układu krążenia – 17,4%, urazami, zatruciami – 15,9%, chorobami układu kostno-stawowego – 15,7% oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – 15,6%.

W wydatkach na renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy dominowały wydatki związane z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – 23,3%.

W strukturze wydatków na świadczenia rehabilitacyjne największy udział wydatkowanych kwot na te świadczenia odnotowano w związku z niezdolnością do pracy spowodowaną chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 31,3%, zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – 17,0%, urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami działania czynników zewnętrznych – 16,5%, chorobami układu krążenia – 9,5% i nowotworami – po 9,3%.

Projekt rehabilitacji kompleksowej

Jedną z odpowiedzi na powyższe wyzwania jest projekt europejski **„Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”**, realizowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w partnerstwie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym. Należy podkreślić, iż ma on charakter pilotażowy, a głównym celem działania Ośrodków Rehabilitacji Kompleksowej jest pilotaż nowego podejścia do zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Celem projektu jest przygotowanie i przetestowanie modelu RK, pozwalające na podjęcie lub powrót do aktywności zawodowej osób, które w następstwie choroby lub urazu – utraciły zdolność wykonywania dotychczasowego zawodu, ale mogłyby po przekwalifikowaniu podjąć inną pracę, adekwatną do ich zainteresowań i stanu funkcjonalnego oraz osób niepełnosprawnych, które z powodu upośledzenia funkcji organizmu nie pracowały, ale mają motywację do zdobycia zawodu i podjęcia pracy odpowiedniej do ich możliwości funkcjonalnych.

Projekt ma na celu podniesienie jakości i skuteczności rehabilitacji osób zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy, tak aby mogły aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i zawodowym.

Zgodnie z wypracowanym przez grupę ekspertów modelem, rehabilitacja kompleksowa jest prowadzona równolegle w trzech modułach:

- zawodowym: mającym na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania nowego zawodu i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia;
- psychospołecznym: mającym na celu zmotywowanie uczestnika projektu do powrotu do pracy i przygotowanie go do uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym;
- medycznym: mającym na celu przywrócenie lub odtworzenie utraconych funkcji w jak największym, możliwym do osiągnięcia stopniu.

Stanowi zespołowe działanie na rzecz osoby niepełnosprawnej fizycznie lub psychicznie (lub z deficytem w w/w obszarach), aby mogła ona powrócić do życia społecznego oraz zawodowego. Rehabilitacja medyczna jest integralną częścią procesu terapeutycznego, na równi z innymi metodami leczenia, współdecydującą o jego ostatecznej efektywności.

Zakres i formy prowadzonych działań rehabilitacji kompleksowej jest ustalany indywidualnie dla każdego uczestnika programu i dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości, przy jego czynnym udziale.

Efektem jest uzyskanie przez uczestników programu nowego zawodu i zatrudnienia, w dotychczasowym bądź nowym zakładzie pracy oraz ich uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym, a także poprawa jakości ich życia.

Dotychczas ponad czterysta osób ukończyło rehabilitację kompleksową w ośrodkach rehabilitacji kompleksowej.

Efektywność modelu rehabilitacji kompleksowej jest weryfikowana poprzez ewaluację zewnętrzną (I cykl badania 07.08.2022, n=134, badanie ilościowe). Wyniki ewaluacji cząstkowej wskazują, że ponad 2/3 uczestników ocenia, że po projekcie ich życie zmieniło się na lepsze. Do pozytywnego odbioru efektów projektu mogła się przyczynić profesjonalna analiza sytuacji uczestników i zindywidualizowane wsparcie. Niemal 80% uczestników wskazuje, że działania realizowane w projekcie były dopasowane do ich potrzeb.

75% uczestników, którzy pracują po ukończeniu projektu uważa, że udział w rehabilitacji kompleksowej pomógł im podjąć pracę zarobkową. Dla uczestników jednym z najważniejszych efektów w zakresie zatrudnienia były zdobyte formalne uprawnienia zawodowe (np. certyfikat).

Dotychczasowe wyniki są obiecujące. Dzięki wsparciu, jakie otrzymują uczestnicy w ośrodkach rehabilitacji kompleksowej, zdobywają poszukiwane przez pracodawców kwalifikacje, które gwarantują im zatrudnienie na otwartym rynku pracy (ponad 55 proc. osób, które ukończyło projekt już pracuje).

Według Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju: „W przypadku osób niepełnosprawnych, należy koncentrować się na tworzeniu warunków do ich wczesnego powrotu do pracy i utrzymania się w zatrudnieniu m.in. poprzez stymulację motywacji, rehabilitację medyczną, uzupełnianie kwalifikacji czy likwidację barier mentalnych i środowiskowych. W tym celu należy stworzyć sieć synergicznych powiązań pomiędzy różnymi instytucjami (np. ZUS, KRUS, PFRON, NFZ, placówki medyczne). Istnieje także konieczność podejmowania kompleksowych i wielowymiarowych działań z zakresu rehabilitacji medycznej (w tym psychologicznej), społecznej i zawodowej, prowadzących do pełnego włączenia społecznego”[19].

Podsumowanie

W naszym kraju w 2020 r. ponad 1 000 000 osób pobierało świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego z tytułu czasowej, długotrwałej lub trwałej niezdolności do pracy w następstwie chorób lub urazów. Wiele z tych osób mogłoby powrócić do czynnego życia społecznego i zawodowego po wprowadzeniu systemu rehabilitacji kompleksowej (medycznej, społecznej i zawodowej).

Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami jest jednym z najlepszych sposobów na wyjście z izolacji społecznej, nierzadko również biedy oraz wpływa 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 aktywnemu funkcjonowaniu w społeczeństwie, z drugiej zaś – stanowi także korzyść dla gospodarki. Przywrócenie zdolności i umożliwienie podjęcia lub powrotu do pracy osobom z niepełnosprawnościami jest więc istotne zarówno ze społecznego jak i ekonomicznego punktu widzenia.

Rehabilitacja powinna stać się w naszym kraju, podobnie jak w innych krajach, ważnym elementem polityki społecznej. Dla realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących osobom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia spójnego Narodowego Programu Rehabilitacji. Prawidłowo prowadzona, wczesna rehabilitacja może przyczynić się do skrócenia czasu pobytu chorych w oddziałach szpitalnych, które mogłyby wtedy objąć leczeniem większą liczbę chorych. Kompleksowa rehabilitacja osób niepełnosprawnych jest warunkiem integracji społecznej i realizowania praw osób niepełnosprawnych. Dostęp do rehabilitacji należy do podstawowych praw człowieka. Rehabilitacja kompleksowa to społeczna i ekonomiczna konieczność.

Konieczność jakościowej zmiany podejścia do aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych niezwykle celnie ujął Piotr Pawłowski, niekwestionowany i nieodżałowany autorytet w tej dziedzinie, w artykule „Sprawni w pracy” w magazynie „Integracja”:

„[…] Umiejętności każdej osoby w dużym stopniu powinny świadczyć o jej zdolnościach i kwalifikacjach. Cały czas odczuwamy brak przygotowanych osób z niepełnosprawnością, które odnalazłyby się na atrakcyjnych stanowiskach i w prestiżowych zawodach. Brak specjalistycznego kształcenia naszego środowiska sprawia, że większą wartość dla wielu

[19] Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) Dokument przyjęty uchwałą Rady Ministrów w dniu 14 lutego 2017 r., s. 166-167

pracodawców stanowi stopień niepełnosprawności niż kwalifikacje. A za zachodnią granicą, oprócz zdiagnozowania możliwości każdej osoby, szkoli się ją, patrząc przez pryzmat potrzeb rynku pracy i poszukiwanych kwalifikacji. Po szkoleniu bez problemu można znaleźć pracę.

Na koniec rzecz fundamentalna. Czy jako społeczeństwo wyrażamy zgodę, aby przebywały na zasiłkach i rentach osoby, które mogą w pełni lub w ograniczonym zakresie podjąć pracę? Czy nie warto zrobić wszystkiego, aby każdy, kto czuje taką potrzebę, miał stworzone warunki do jej realizacji? […]".

Bibliografia

Dega W., *Koncepcja rehabilitacji*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. Milanowska K., Dega W., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1998

Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy integrujących społecznie, „Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania" 2012, Nr 5

Hulek A., *Podstawy rehabilitacji inwalidów*, Warszawa, Wyd. PZWL, 1964

Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2019 r. na rzecz realizacji postanowień uchwały sejmu RP z dn. 1 sierpnia 1997 r.

Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2012 r., poz. 1169

Kwolek A., *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku*, Zamość, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, 2003

Kwolek A., *Rehabilitacja medyczna*, Wrocław, Elsevier Urban & Partner, 2012

Lubecki M., *Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku*, „Hygeia Public Health" 2011, Nr 2

Pawłowski P., *Sprawni w pracy*, „Integracja" 3/2018, http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/663226

Portal statystyczny ZUS, https://psz.zus.pl

Projekt globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" 2014, Nr IV(13)

Rejzner C., Szczygielska-Majewska M., *Wybrane zagadnienia z rehabilitacji*, Warszawa, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, 1992

Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) Dokument przyjęty uchwałą Rady Ministrów w dniu 14 lutego 2017 r., s. 166-167

Światowy Raport o Niepełnosprawności, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" 2014, Nr I(10)

Uścińska G., Wilmowska-Pietruszyńska A., red. nauk. (2014), *Rehabilitacja zawodowa. Stan aktualny i proponowane zmiany*, IPiSS, PFRON, Warszawa