
SYSTEM WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

SUPPORT SYSTEM FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Wojciech Adam Skiba

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: 0000-0003-3809-1035

Zastosowanie metodologii ICF w terapii osób z chorobą psychiczną jako przykład integracji działań z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i rehabilitacji, na przykładzie projektu Centrum Zdrowia Psychicznego¹

Streszczenie

Artykuł przedstawia zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w terapii osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach projektu Centrum Zdrowia Psychicznego+. Autor analizuje integrację działań z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i rehabilitacji, oceniając skuteczność wprowadzonego modelu. W oparciu o opinie specjalistów biorących udział w projekcie wskazano zarówno potencjalne korzyści, jak i wyzwania związane z praktycznym wykorzystaniem ICF.

Słowa kluczowe

rehabilitacja, polityka społeczna, zdrowie psychiczne, zarządzanie terapią, innowacje społeczne

¹ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Model wdrażania*, cz. 1: Opis, cz. 2: Procedury, [2017], <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/projekty/innowacje-spoeczne-rezultaty/deinstytucjonalizacja-w-psychiatrii/> [dostęp: 10.10.2020].

Application of the ICF Methodology in the Treatment of People with Mental Illness as an Example of Integrating Healthcare, Social Assistance, and Rehabilitation: The Case of the Mental Health Center+ Project

Abstract

The article explores the application of the International classification of functioning, disability and health (ICF) in the treatment of individuals with mental health disorders within the Mental Health Center+ project. It analyzes the integration of healthcare, social services, and rehabilitation, and evaluates the effectiveness of the implemented model. Based on professionals' feedback, the paper highlights both the potential benefits and challenges of using ICF in practice.

Keywords

rehabilitation, social policy, mental health, therapy management, social innovation

1. Wstęp

Jednym z głównych wyzwań dla polityki społecznej jest osiągnięcie zamierzonych efektów realizowanych interwencji. Problem ten dotyczy w szczególności rozwiązywania tych problemów społecznych, które ze względu na swoją złożoność wymagają współdziałania więcej niż jednego obszaru polityki społecznej. Przykładem może być obszar zdrowia psychicznego. Choroby i zaburzenia psychiczne są jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności. Oddziałują na całokształt życia dotkniętych nimi osób, powodując często ich całkowitą utratę możliwości pełnienia ról społecznych oraz brak możliwości samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb. Skutkuje to spełnieniem kryterium orzekania względem takich osób znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Jednocześnie dotychczas stosowane metody oddziaływania terapeutycznego w ramach systemu ochrony zdrowia i systemu rehabilitacji nie przynosiły w odniesieniu do tej kategorii osób zadowalających rezultatów. Wydaje się, że na taki stan rzeczy składało się kilka przyczyn, a jedną z nich, oprócz utrudnionego dostępu do leczenia w ramach systemu publicznego, jest brak integracji działań społecznych i zdrowotnych w podejściu terapeutycznym, które jest przecież charakterystyczne dla paradygmatu psychiatrii środowiskowej².

² Prot-Klinger K., *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria” 2013, t. 10, nr 3–4, s. 101–108.

W artykule omówiony zostanie sposób zastosowania ICF w projekcie realizowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi: Stowarzyszeniem Ostoja oraz Fundacją Nadzieja i Troska, a także Gminą Wrocław. Przedstawiona zostanie ocena rezultatów tego zastosowania na podstawie opinii sędziów kompetentnych.

2. Rola integracji działań polityki zdrowotnej, świadczeń społecznych w procesie kompleksowej rehabilitacji

Integracja działań polityki zdrowotnej z systemem świadczeń społecznych, w tym pomocy społecznej, stanowi fundamentalny element zwiększania efektywności terapii, szczególnie w kontekście leczenia osób chorych psychicznie. Model taki opiera się na założeniu, że zdrowie jednostki jest nie tylko wynikiem interwencji medycznych, ale także rezultatem jej warunków społeczno-ekonomicznych i dostępu do wsparcia w ramach szeroko pojętej polityki społecznej. Współpraca międzysektorowa, jak np. realizowane w tym projekcie zaangażowanie organizacji pozarządowych odpowiedzialnych za rehabilitację społeczną i zawodową, pozwala na skuteczniejsze wsparcie pacjentów, umożliwiając kompleksowe podejście do ich potrzeb. Zwraca na to uwagę m. in. J. Wciórka³, podkreślając, że terapia społeczna, a więc suma oddziaływań niezwiązanych stricte z medycyną, jest dziś terapią sensu stricto, która w wielu przypadkach jest podstawą oddziaływania terapeutycznego, a nie jego uzupełnieniem. Takie właśnie założenie stanowiło podstawę opracowania modeli psychiatrii środowiskowej i pilotażu w ramach konkursu na innowacje społeczne – opracowanie i przetestowanie modelu psychiatrii środowiskowej, w ramach którego należało zaprojektować nowe instrumenty i instytucje, komplementarne względem istniejących rozwiązań systemowych, a następnie rozwiązania prawne tworzące kształt systemu ochrony zdrowia psychicznego⁴. Wskazana komplementarność miała zapewnić przede wszystkim wzajemną integrację działań z dwóch, często niekomunikujących się podsystemów polskiego systemu polityki społecznej: ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

3. Zastosowanie metodologii ICF w projekcie

Z punktu widzenia psychiatrii środowiskowej ICF, jako narzędzie łączące podejście biomedyczne i społeczne w celu wyjaśniania przyczyn choroby i niepełnosprawności cechujące się kompleksowością i indywidualizacją podejścia, wydaje się być odpowiednim narzędziem wspierającym zmianę paradygmatu terapeutycznego. Bez takiej zmiany metodycznej, przy braku innych narzędzi

³ Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, Dz.U. 2018 poz. 852.

i powszechnej niewiedzy personelu medycznego na temat zasad tzw. psychiatrii środowiskowej, trudno byłoby przełamać stereotypowe podejście terapeutyczne, które zamyka się w zasadzie quatum produktów zdefiniowanych na poziomie rozporządzenia koszykowego: poradnia zdrowia psychicznego – poradnia środowiskowa – oddział dzienny – oddział psychiatryczny zamknięty. Innymi słowy, psychiatria środowiskowa na poziomie wskaźników pracy Centrów Zdrowia Psychicznego została sprowadzona do dotychczasowych wskaźników (produktów), będących podstawą rozliczania i oceny podmiotów realizujących zadania z tego zakresu świadczeń.

W opracowanym i testowanym przez Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOK modelu psychiatrii środowiskowej przewidziano kompleksowe wsparcie dla osób z problemami i chorobami psychicznymi. Jego zakres i intensywność, w założeniach Modelu, była funkcją zdiagnozowanych potrzeb pacjenta. Istotną innowacją, z punktu widzenia dotychczasowych praktyk terapeutycznych, było opracowanie i wdrożenie narzędzia w postaci indywidualnego zarządzania procesem terapeutycznym i rehabilitacją w oparciu o ICF. Jednym z podstawowych założeń modelu było poddanie każdego z trafiających do CZP+ pacjentów kompleksowej diagnozie wykonywanej przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny (ZT). W skład ZT wchodziła specjalistów różnych dziedzin: psychiatry, psychoterapeuci, psychologowie kliniczni, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki psychiatryczne, pracownicy socjalni. Minimalny skład ZT zakładał uczestnictwo psychologa klinicznego i przedstawiciela jednego z pozostałych zawodów oraz możliwość odbycia konsultacji z lekarzem psychiatrą. Efektem diagnozy na poziomie ZT było wskazanie bądź brak wskazania do objęcia pacjenta intensywnym zarządzaniem procesem terapeutycznym przy zastosowaniu ICF i przydzielenia pacjentowi opiekuna tego procesu – koordynatora procesu zdrowienia, którym w zakresie wymaganych kompetencji zawodowych był zawsze psycholog⁵.

3.1. Indywidualne zarządzanie procesem zdrowienia – dla kogo?

Objęcie pacjenta indywidualnym procesem zdrowienia, według schematu zarządzania procesem rehabilitacji w oparciu o ICF, jest czynnikiem zwiększającym koszty procesu terapeutycznego. Jednocześnie jest to metoda radykalnie zwiększająca efektywność tego procesu w przypadku kategorii pacjentów, którzy nie są w stanie w momencie podjęcia decyzji o terapii samodzielnie zarządzać tym procesem. Odsetek osób z doświadczeniem choroby psychicznej, które wymagają takiego wsparcia, jest istotnie większy niż w populacji wszystkich osób przewlekłe chorych/niepełnosprawnych, z uwagi na zaburzenia funkcji poznawczych i intelektualnych. Brak takiej zindywidualizowanej formy wsparcia powoduje, iż klasyczne formy terapii przynoszą mało satysfakcjonujące rezultaty i spychają osoby z takimi dysfunkcjami na margines życia społecznego, skutecznie izolując je od możliwości pełnienia ról społecznych charakterystycznych dla danego etapu życia, zwłaszcza aktywności zawodowej.

⁵ Porównaj: Skiba W., Siwicki D., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej*, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2023.

Decyzję o zaproponowaniu pacjentowi pełnego uczestnictwa w programie indywidualnego wsparcia w procesie zdrowienia podejmuje Zespół Terapeutyczny na podstawie diagnozy, przy pełnej akceptacji pacjenta. Wskazaniami do zaoferowania takiej formy wsparcia było m.in:

- wysokie prawdopodobieństwo utrzymania się bądź pogłębienia izolacji społecznej przy zachowaniu dotychczasowych form wsparcia,
- brak postępów bądź regres w procesie zdrowienia, przy stosowaniu dotychczasowych metod terapeutycznych,
- diagnoza wskazująca na występowanie u danego pacjenta nierozwiązywalnych problemów związanych z jego sytuacją psychospołeczną, relacjami z otoczeniem społecznym,
- egzystowanie w sytuacji zależnej: zależność od świadczeń z pomocy społecznej, świadczenia rentowego, wsparcia członków gospodarstwa domowego, inna zależność.

3.2. Stosowanie ICF w projekcie. Charakterystyka procedur projektu

Stosowanie ICF w projekcie, co do zasady, było zgodne z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia określonymi w polskim wydaniu podręcznika⁶ oraz wskazaniemi dla procesu zarządzania w oparciu o ICF w materiałach szkoleniowych. Zgodnie z tym opracowano wytyczne umieszczone w zbiorze procedur modelu. Obejmowały one charakterystykę kolejnych etapów procesu zarządzania przypadkiem w oparciu o ICF. W szczególności były to:

- Sporządzenie opisu i diagnozy, zawierającej dane medyczne, w postaci dokumentacji medycznej, gromadzone jako część diagnostyczna w narzędziu służącym wspieraniu (zarządzaniu) procesu zdrowienia, autodiagnoza, czyli opis z punktu widzenia pacjenta; jego celem jest przedstawienie własnej oceny stanu zdrowia i sytuacji społecznej. Opinia specjalisty ochrony zdrowia – sporządzona była, co do zasady, przez lekarza psychiatrę, a w przypadku braku potrzeby konsultacji psychiatrycznej przez psychologa klinicznego. W przypadku czynników z kategorii aktywność i uczestnictwo opisu dokonać może także pozostały personel, w szczególności koordynator procesu zdrowienia.
- Sporządzenie profilu kategoryjnego, zapewniającego całościowy opis stanu funkcjonowania pacjenta i wpływu czynników środowiskowych oraz osobistych na jego funkcjonowanie w określonym czasie. W przypadku schorzeń, dla których istnieją uznane przez WHO oficjalne arkusze kategoryjne (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa i depresja) wykorzystano w praktyce diagnostycznej. Odpowiedzialny za sporządzanie profilu pacjenta był koordynator procesu zdrowienia, przy konsultacji z zespołem terapeutycznym, w szczególności w zakresie określania poziomu upośledzenia/uszkodzenia funkcji i struktur ciała. Bezwzględnym wskazaniem do zaangażowania specjalisty właściwego do oceny danej funkcji/struktury jest brak narzędzi do dokonania takiej oceny przez koordynatora procesu zdrowienia.

⁶ World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva 2001.

- Opracowanie arkusza interwencji i wyznaczenie celów procesu zdrowienia. Cele procesu były wypracowane wspólnie przez Koordynatora procesu zdrowienia i uczestnika, przy współudziale innych członków zespołu terapeutycznego oraz otoczenia społecznego uczestnika, najczęściej rodziny. Współdziałanie otoczenia społecznego i zespołu terapeutycznego w tym działaniu zależało od zdiagnozowanych deficytów i wynikającej z nich konieczności grupowego uzgodnienia określonych działań, które będą niezbędne dla efektywnego rozwiązania problemów. Cele były hierarchizowane i wiązane w spójne, ustalone hierarchicznie cykle interwencji, a oddziaływanie miało charakter iteracyjny; realizacja celów danego cyklu warunkowała przejście do kolejnego, wyższego hierarchicznie cyklu interwencji, a w przypadku niezrealizowania celu cyklu wiązała się z koniecznością jego modyfikacji.

Realizacja poszczególnych zadań składających się na cel danego cyklu procesu zdrowienia wymagała przypisania konkretnemu członkowi personelu odpowiedzialności za realizację danego zadania. Odpowiedzialność ta wynikała z formalnych kompetencji dla realizacji poszczególnych zadań (np. leczenie psychiatryczne – lekarz psychiatra, psychoterapia – psycholog i psychoterapeuta), zakresów obowiązków poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, decyzji zespołu w sytuacjach niejednoznacznych.

- Sporządzenie tabeli interwencji ICF. Tabela zawierała kompletny wykaz oddziaływań terapeutycznych i innych działań związanych z realizacją celów i zadań ujętych w danym cyklu terapeutycznym. Za sporządzenie tabeli odpowiadał koordynator procesu zdrowienia. W tabeli interwencji określany był personel odpowiedzialny za realizację danego zadania oraz rodzaje interwencji składające się na realizację danego zadania (celu częściowego). Ponadto należało wskazać wartość początkową (wynikającą z diagnozy danej osoby) oraz wartość założoną dla danego celu interwencji. Koordynator procesu zdrowienia zobowiązany był do ciągłego monitorowania przebiegu procesu poszczególnych interwencji i zarządzania ryzykami występującymi w trakcie jego przebiegu.

4. Ocena zastosowania narzędzi opartych na ICF w terapii osób z doświadczeniem choroby psychicznej

Po zakończeniu realizacji projektu kadra terapeutyczna poproszona została o ocenę zastosowanej metodologii zarządzania procesem terapeutycznym; dotyczyła ona kilku wymiarów stosowania ICF. Badanie przeprowadzono przy użyciu ankiety eksperckiej wśród kadry projektu zaangażowanej w stosowanie ICF: lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, pracowników socjalnych i koordynatorów procesu zdrowienia. Z założenia badaniem objęto cały personel, ale udział był dobrowolny i anonimowy. Spośród 36 indagowanych ankietę ekspercką wypełniło 29 pracowników.

Ankieta ekspercka to metoda badawcza polegająca na uzyskaniu opinii specjalistów w danej dziedzinie w celu oceny, przewidywania lub analizy złożonych problemów. Jest stosowana w badaniach

naukowych, ewaluacji programów oraz analizach strategicznych. Pytania dotyczyły kilku aspektów stosowania ICF w projekcie.

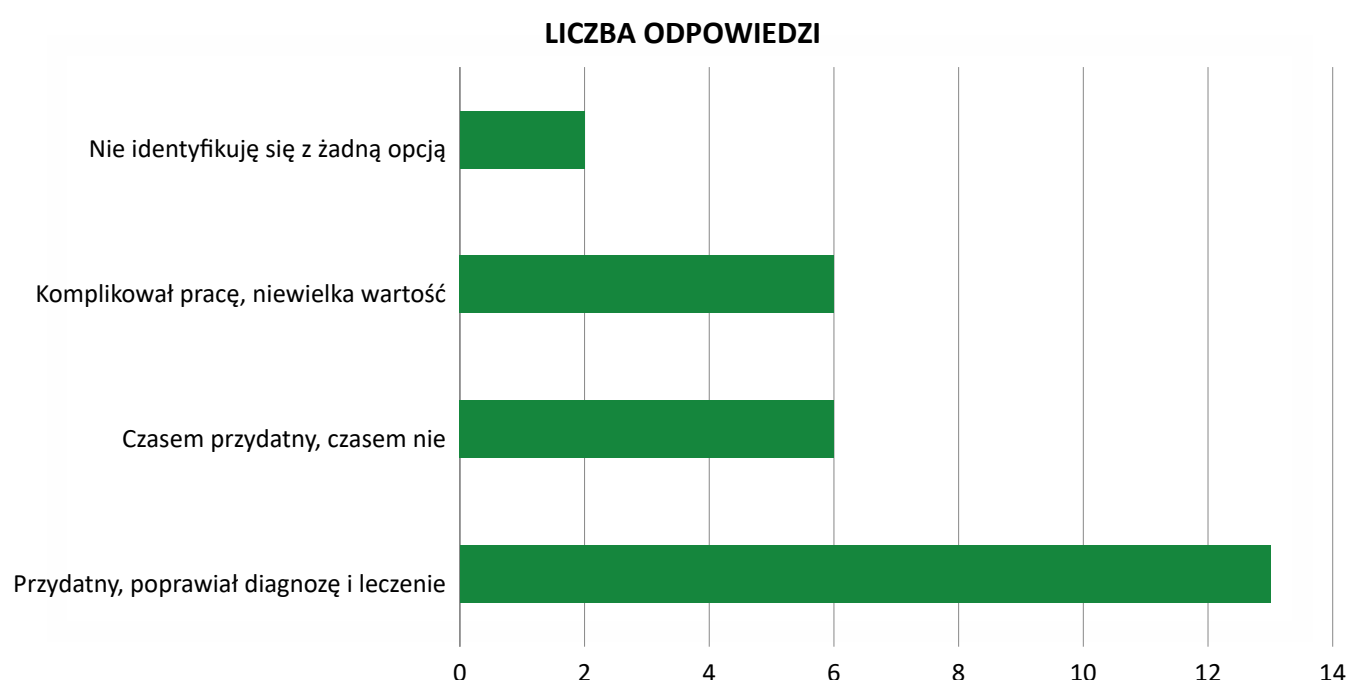
Pierwszy z tych aspektów dotyczył oceny zastosowania metodologii ICF w organizacji procesu terapeutycznego i zarządzania tym procesem. Personel poproszony został o wyliczenie zalet i wad tego rozwiązania oraz wskazanie ewentualnych wątpliwości. Wśród zalet dominowały opinie związane z uniwersalizacją procesu oceny stanu zdrowia i funkcjonowania pacjenta, na co wskazało 7 z 12 osób, wśród których przeprowadzono ocenę. Wskazywały one także na możliwość oceny nasilenia poszczególnych objawów w oparciu o kryteria ilościowe. 5 osób wskazało na wyczerpujący charakter klasyfikacji.

Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pan zastosowanie ICF w procesie zarządzania terapią pacjentów? Większość objętych badaniem pozytywnie lub raczej pozytywnie oceniła zastosowanie metodologii ICF w terapii osób, które na podstawie oceny wstępnej włączone zostały w tryb intensywnego zarządzania procesem terapeutycznym. Opinie takie wyraziło 19 na 27 osób. Poszczególne osoby zwracały uwagę na różne aspekty ICF, dzięki którym uznały przydatność tego narzędzia, dla 9 z nich wspólnym mianem był pozytywny wpływ na jakość diagnozy i możliwość zarządzania przypadkiem w sposób adekwatny dla zindywidualizowanych potrzeb danej osoby, a przez to pozytywny wpływ na perspektywę sukcesu terapeutycznego. Innym aspektem było zwrócenie uwagi na sfery często pomijane w diagnozie, jak szerszy kontekst środowiskowy, różne pozornie peryferyjne aspekty funkcjonowania, na które pacjent lub terapeuta inaczej nie zwróciliby uwagi. Kolejnym wspólnym mianownikiem dla pozytywnych ocen była uniwersalność języka oceny i jednoznaczność, przy właściwym stosowaniu narzędzia, danych diagnostycznych, możliwość włączania w diagnozę w uporządkowany sposób dodatkowych narzędzi, jak testy, które obiektywizowały stawiane rozpoznania. Część osób (również 5 wskazań) podnosiła jednakże dokładnie przeciwstawne argumenty, wskazując na subiektywizm narzędzia i brak możliwości obiektywnej interpretacji danych liczbowych (wartości kwalifikatorów) przypisywanych poszczególnym kodom w profilach kategoryalnych pacjentów. Wydaje się, że głównym czynnikiem, który wpłynął na te opinie, było niedostateczne przeszkolenie pracowników, którzy zostali później włączeni do zespołu (w miejsce pracowników, którzy odeszli z pracy), i nieobjęcia ich gruntownym kilkudniowym szkoleniem. Szkolenie to zastąpiono wewnętrznym szkoleniem stanowiskowym, które było krótsze i prowadzone nie przez zewnętrznego specjalistę, lecz innego członka zespołu. W efekcie nowi członkowie zespołu stosowali narzędzie „powierzchniowo”, co powodowało trudności w jego stosowaniu i skłonność do alternatywnego posługiwania się tradycyjnym opisem, do którego przywykli. Jednocześnie zwrotnie mogło to oddziaływać na jakość terapii pacjentów skierowanych do intensywnego zarządzania przypadkiem, poprzez niedostateczną identyfikację istotnych czynników wpływających na diagnozę, następnie planowanie terapii i rehabilitacji oraz zarządzanie tymi procesami. Wskutek tego osiągnane efekty mogły być gorsze, a czas terapii dłuższy.

4.1. Ocena zastosowania metodologii ICF w procesie terapeutycznym

Badani na ogół dostrzegali przydatność metodologii ICF w procesie zarządzania terapią osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Na użyteczność modelu jednoznacznie wskazało 13 badanych, zgadzając się ze stwierdzeniem, że podnosił on trafność diagnozy i poprawiał długoterminowe warunki leczenia. Na częściową przydatność wskazało dalsze 6 osób, łącznie więc ponad dwie trzecie badanych dostrzegало korzyści ze stosowania tej metodologii. Przeciwnego zdania było jedynie 6 badanych, którzy wskazywali, że niepotrzebnie komplikował pracę, wydłużał czas potrzebny na wsparcie jednej osoby, nie dając wiele w zamian. Dwójka z badanych osób nie potrafiła określić swojego stosunku do wskazanego problemu.

Wykres 1. Ocena zastosowania ICF w procesie zarządzania terapią pacjentów



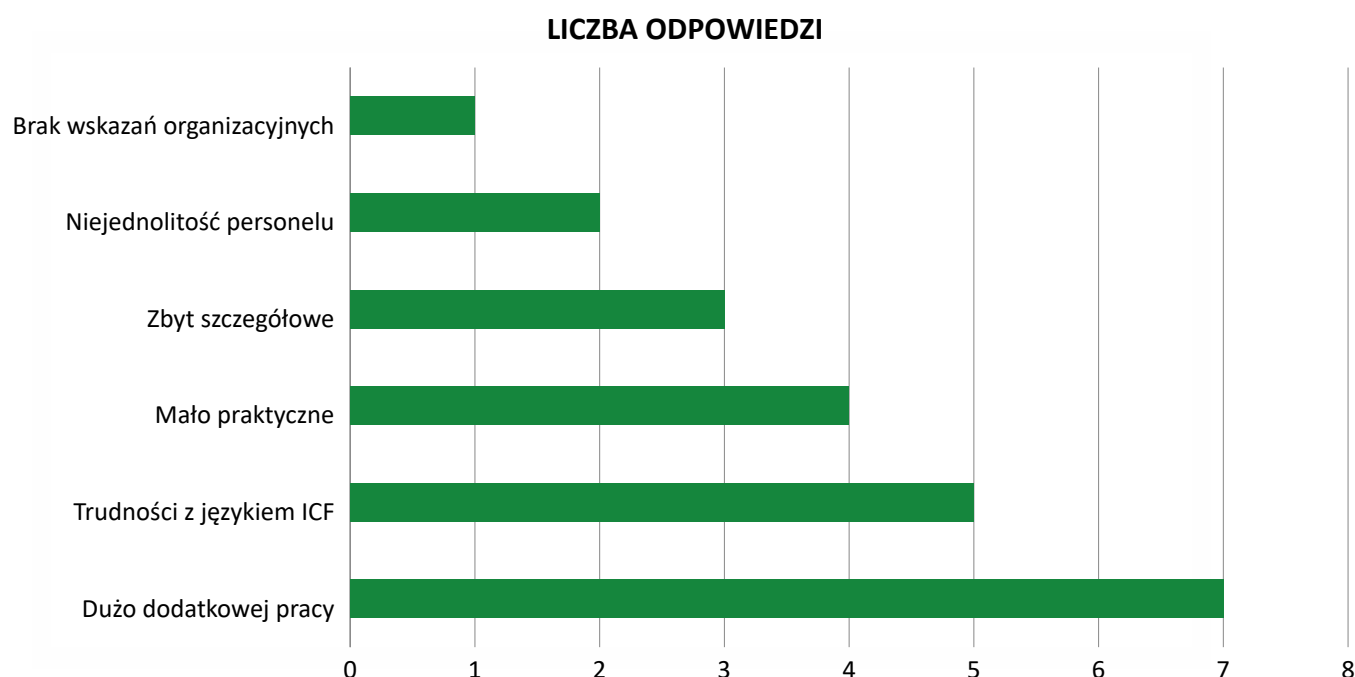
Źródło: opracowanie własne

4.2. Problemy związane ze stosowaniem ICF w opinii badanych

Analiza odpowiedzi respondentów wykazała, że największym problemem była konieczność sporządzania podwójnych opisów. W opinii autora źródłem tego problemu mógł być proces opisany w komentarzu do wykresu 1, a więc przede wszystkim pewne braki w procesie szkolenia z używania tego skompilowanego narzędzia. Dane zawarte w profilu kategoryjnym pacjenta były dla większości badanych zbyt ogólne, aby w pełni odzwierciedlały stan pacjenta, co w opinii ankietowanych powodowało konieczność podwójnych opisów. Wynikać to także mogło z czasochłonności prawidłowego sporządzenia dokumentacji w oparciu o ICF, konieczności poparcia danych liczbowych (kwalifikatorów) obiektywnym materiałem diagnostycznym w postaci przeprowadzonych dodatkowych

testów, pomiarów, arkuszy obserwacji itp. Wydaje się, że wspólnym mianownikiem dla większości zgłaszanych problemów były niedociągnięcia organizacyjno-zarządcze związane z wdrażaniem ICF oraz zbyt niska motywacja części personelu, zwłaszcza lekarskiego, do jego stosowania. Swoiste próby „sabotowania” ICF przez lekarzy, w powiązaniu z ich tradycyjnie wysoką pozycją w strukturze prestiżu personelu zespołów terapeutycznych w lecznictwie psychiatrycznym, powodują wielokrotnie oddziaływanie na pozostały personel na zasadzie „przykładu płynącego z góry”. W efekcie stosowanie narzędzia wymagało stałego monitoringu i stymulacji personelu ze strony kadry zarządzającej, co wiązało się z dodatkowym wysiłkiem i inicjowaniem dodatkowych interakcji – ciągłego zwracania uwagi na jeden z elementów procesu. Zauważono także, że efektywne stosowanie narzędzia wymagałoby odpowiedniego, dedykowanego oprogramowania komputerowego, umożliwiającego szybkie, intuicyjne stosowanie ICF. Stosowanie papierowej dokumentacji przy skali i złożoności narzędzia było wyzwaniem samym w sobie.

Wykres 2. Najczęściej zgłaszane problemy związane ze stosowaniem ICF w projekcie

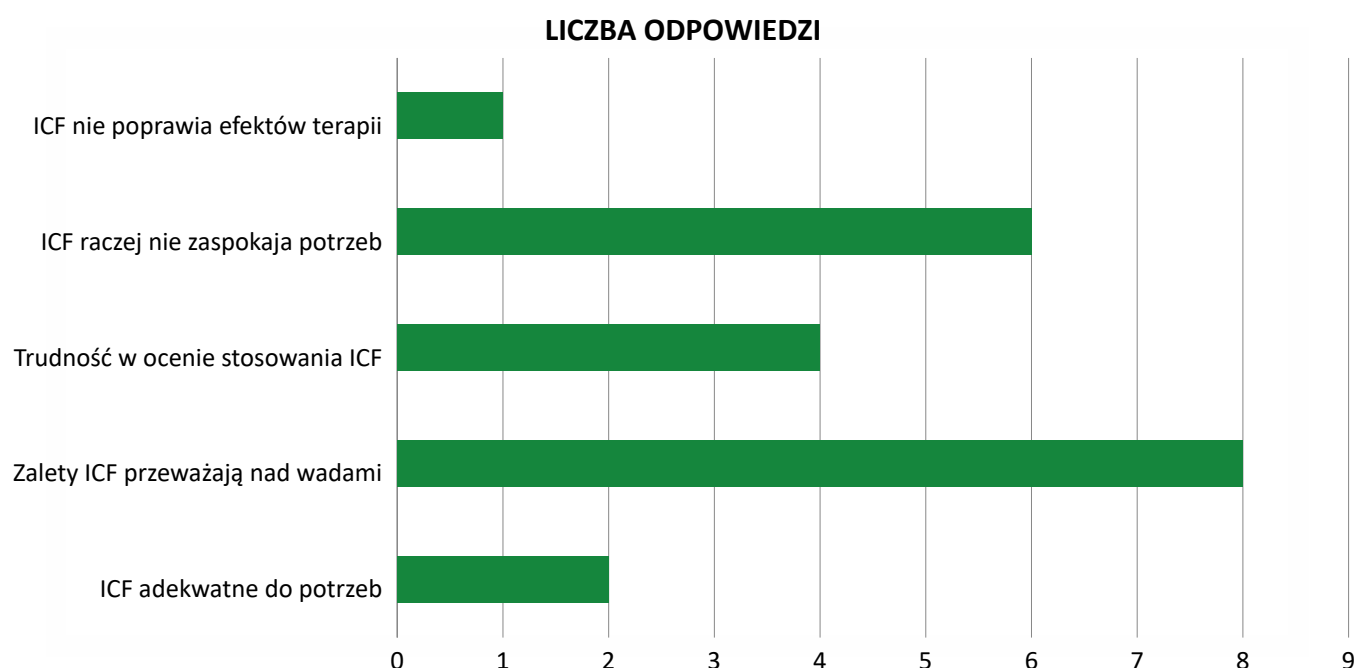


Źródło: opracowanie własne

4.3. Ocena adekwatności ICF w stosunku do potrzeb pacjentów

Kolejnym aspektem oceny stosowania ICF w terapii i rehabilitacji osób z chorobą psychiczną były opinie kadry na temat stopnia, w jakim ta metodologia stanowi adekwatną odpowiedź na potrzeby pacjentów. Opinie na ten temat okazały się dość mocno spolaryzowane, przy niewielkiej przewadze opinii raczej pozytywnych i dość znaczącym udziale negatywnych i ambiwalentnych. Opinie pozytywne koncentrowały się przede wszystkim na kwestii możliwości narzędzia, które – dzięki swojej

wielowymiarowości, obejmowaniu wszystkich aspektów zdrowia i codziennego funkcjonowania człowieka we wszystkich aspektach rzeczywistości – daje unikatową możliwość kompleksowego rozwiązania jego problemów, co znacznie zwiększa szansę na skuteczną terapię najtrudniejszych przypadków w takich schorzeniach jak schizofrenia czy ciężka depresja. Podkreślano także możliwość szybkiej i ciągłej ewaluacji dotychczasowej terapii, łatwe ustalenie jej słabych stron i możliwość korekty działań. Doceniając zalety narzędzia, jednocześnie niektórzy członkowie personelu podkreślali, że z ich perspektywy nie jest to samodzielne narzędzie, które może zastąpić dotychczasową formę dokumentacji, np.: „Wydaje się, że nie jest narzędziem niezbędnym, ani wnoszącym bardzo istotną wartość dla pacjenta. Może być jednak pewnego rodzaju wyznacznikiem obszarów funkcjonowania ważnych z punktu widzenia diagnozy klinicznej i funkcjonalnej. Sam ICF nie jest jednak w stanie zastąpić opisowego wywiadu zawierającego znacznie bardziej szczegółową i często opierającą się na niuansach informację”. Wydaje się, że tego typu ambiwalentne oceny wynikały przede wszystkim ze złego zrozumienia narzędzia. W istocie przecież pełny opis, zawierający wszystkie konieczne niuanse stanowić powinien część składową procesu stosowania metodologii ICF i jest konieczny do sporządzenia pełnego profilu danego pacjenta. Wśród ocen negatywnych dominowały opinie zwracające uwagę na nadmierny, nieadekwatny do potencjalnych korzyści, poziom skomplikowania narzędzia, duże ryzyko nieadekwatnej oceny pacjenta oraz skrajnie różnej oceny pacjentów w podobnym stanie klinicznym przez różne osoby stosujące to samo narzędzie. Wskazywany tu problem braku standaryzacji postępowania wydaje się również wynikać z braków wiedzy tych członków personelu co do właściwego sposobu używania tej metodyki postępowania, np. konieczności sporządzania dokładnego opisu, wywiadu z chorym czy członkami rodziny, a także stosowania dodatkowych testów, komplikujących i wydłużających proces diagnozy. Problem ten ilustruje jedna z opinii „Niejednokrotnie sytuacja pacjenta wymaga bardziej dogłębnego opisu, podania szczegółów, nie jest możliwe oparcie się tylko i wyłącznie o zakodowane w poszczególnych kategoriach informacje”. Jest to więc *de facto* opinia przeciwko posługiwaniu się wyłącznie samym profilem kategorialnym, bez dostępu do innych, niezbędnych elementów dokumentacji.

Wykres 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy ICF jest adekwatną odpowiedzią na potrzeby pacjentów?”

Źródło: opracowanie własne

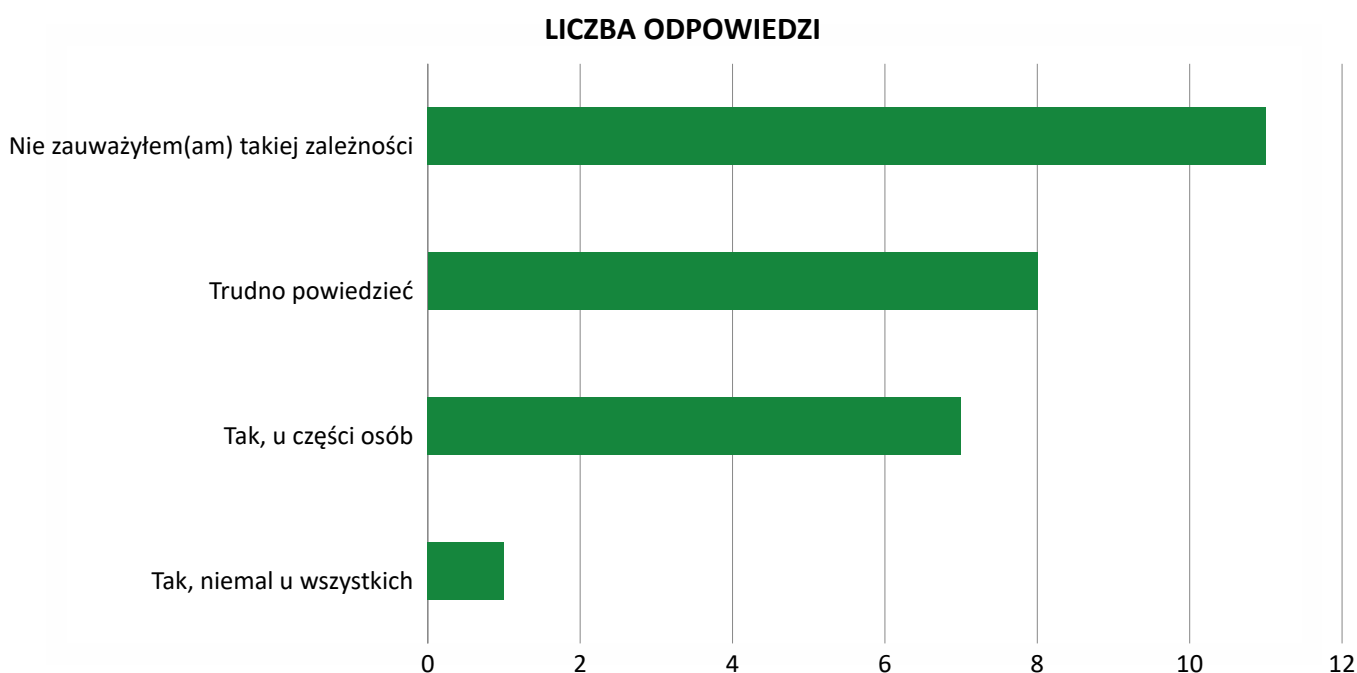
4.4. ICF jako potencjalna wartość dodana w terapii

Kolejną kwestią, będącą przedmiotem badania opinii specjalistów zaangażowanych w terapię osób z problemem psychicznym, była odpowiedź na pytanie, czy dzięki ICF w terapii pacjentów pojawia się swoista „wartość dodana”, a jeśli tak, to na czym ona polega. Większość odpowiedzi korelowała tu z wcześniej przedstawianymi informacjami dotyczącymi oceny adekwatności w stosunku do potrzeb pacjenta. Na pojawienie się pewnej, choćby ograniczonej, wartości dodanej wskazało 19 z 27 osób udzielających odpowiedzi na to pytanie. Najczęściej, w opinii badanych, wartość ta wiązała się ze wsparciem, jakim jest ICF, w procesie diagnozowania i zarządzania procesem terapeutycznym. W opiniach stwierdzano, że bez tego narzędzia wymuszającego wieloaspektową, holistyczną diagnozę, a następnie stały monitoring i ewaluację postępów, nie uzyskano by wielu informacji (diagnoza byłaby niepełna, a planowana ścieżka terapeutyczna nieadekwatna do faktycznych potrzeb). Jako istotną wartość wskazywano także możliwość kodowania danych w uniwersalny sposób: „Możliwość kodowania informacji jest dużą zaletą narzędzia i stanowi podstawę jego uniwersalności, co dodatkowo przekłada się na efektywne opracowywanie danych”. Pozostałych 8 uczestników badania nie wskazało żadnej wartości dodanej w terapii pacjenta.

4.5. Opinie o związku pomiędzy ICF a wynikami terapeutycznymi

W ocenie personelu terapeutycznego stosowanie ICF w zarządzaniu procesem zdrowienia przeważnie pozostawało bez istotnego związku z osiąganymi rezultatami. W opiniach podkreślano brak związku pomiędzy stosowaniem narzędzia oraz osiąganymi rezultatami. Jako powód podawano zwykle stosunkowo krótki czas stosowania narzędzia, a także liczne trudności z jego stosowaniem, brak odpowiedniej biegłości w używaniu narzędzia przez wszystkich członków zespołów terapeutycznych, a także przyzwyczajenia do stosowania dotychczasowych form prowadzenia dokumentacji. Część personelu wskazała na pozytywny wpływ ICF przy konsekwentnym stosowaniu u pacjentów z najcięższymi dysfunkcjami, takim jak schizofrenia czy ciężka lekooporna depresja. Dzięki użyciu ICF oraz indywidualnym zarządzaniem takimi przypadkami wielu uczestników projektu weszło na kolejne etapy ścieżki zdrowienia, podejmowało treningi usamodzielniające oraz rozpoczynało i kontynuowało z sukcesem rehabilitację zawodową w oparciu o model wspomaganego zatrudnienia, a nawet korzystając ze wsparcia systemu pośrednictwa pracy. W tych opiniach brak tego narzędzia z pewnością negatywnie wpłynąłby na możliwości terapii ww. kategorii pacjentów. W opinii większości badanych (18 osób) opracowane i udostępnione przez WHO ramowe profile kategorialne dla wybranych chorób istotnie ułatwiały pracę i pozytywnie wpływały na proces terapeutyczny. Część uwag ponownie wynikała z niedoskonałości procesu szkoleniowego i stosunkowo niskich kompetencji części osób w stosowaniu narzędzia (np. uwagi, że w niektórych przypadkach profilowanie powinno wyglądać nieco inaczej, choć stosowanie ramowych profili z góry zakłada ich elastyczne dostosowanie do indywidualnych potrzeb danego pacjenta).

Wykres 4. Opinie na temat wpływu stosowania ICF na wyniki terapeutyczne



Źródło: opracowanie własne

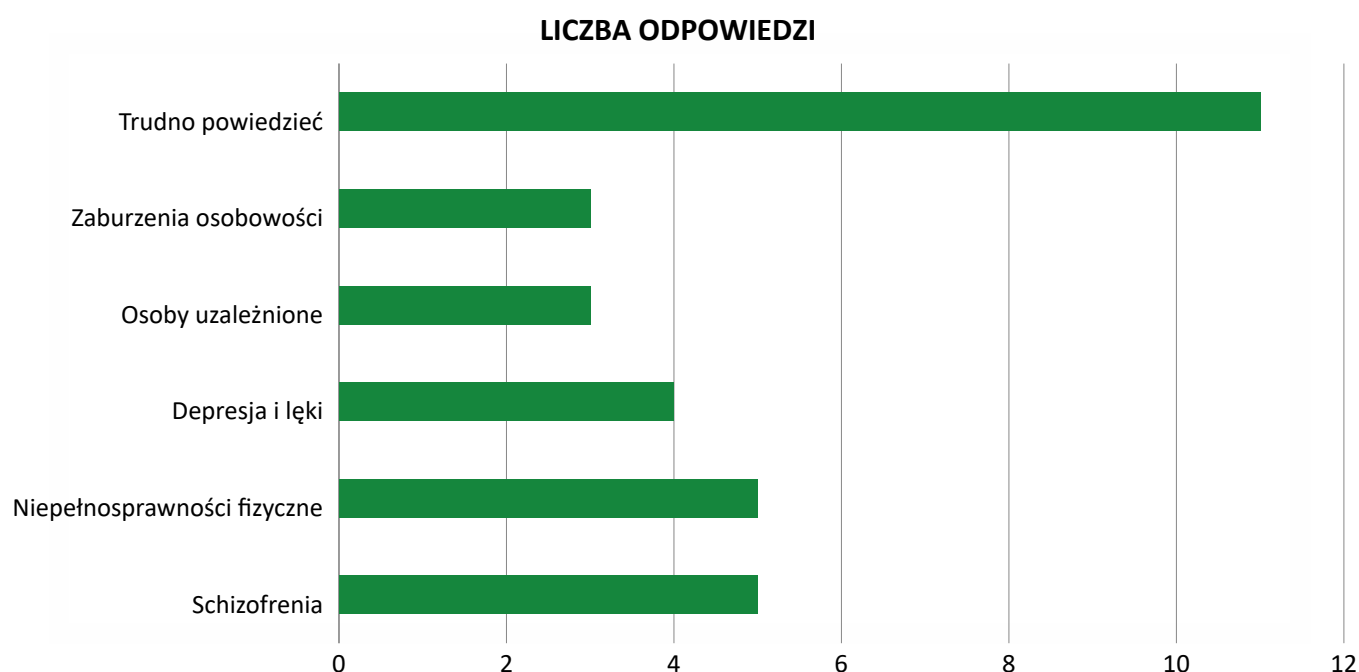
Pomimo dość krytycznych uwag personelu w kwestii obserwowanego wpływu na wyniki terapeutyczne pacjentów, pojawiły się dość liczne wskazania jednostek chorób i zaburzeń psychicznych, w terapii których ICF uznany został za przydatny.

Najliczniej wskazywano na schizofrenię, a także zaburzenia depresyjne i lękowe oraz zaburzenia osobowości.

Na liście wskazań pojawiły się także uzależnienia, które często współwystępują z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Pięć osób wskazało, że stosowanie ICF sprawdza się w przypadku niepełnosprawności fizycznej, a nie psychicznej, uznając narzędzie za mało przydatne w tego typu terapii i rehabilitacji. Z kolei 11 uczestników badania nie wskazało żadnej jednostki chorobowej.

Wykres 5. Kategoria schorzenia a ocena przydatności ICF

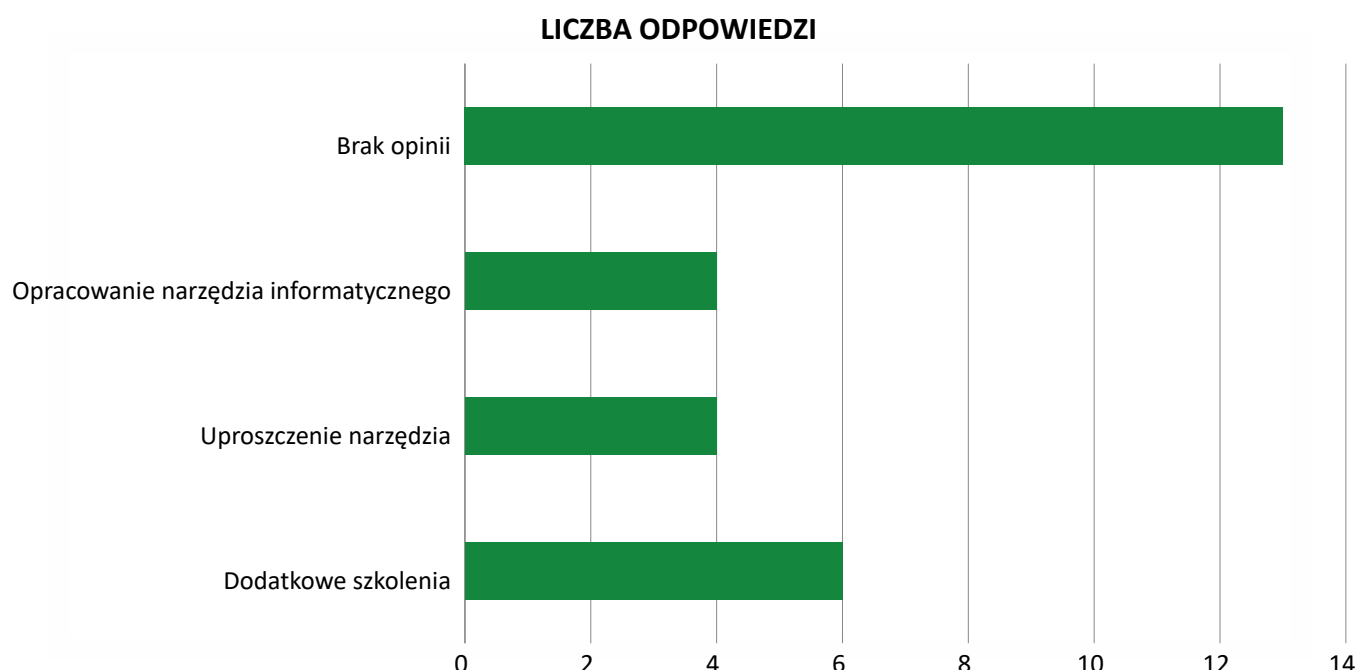


Źródło: opracowanie własne

Badani proszeni byli także o przedstawienie propozycji ewentualnych zmian, które podniosłyby efektywność stosowania ICF w zarządzaniu procesem terapeutycznym. Odpowiadając, uczestnicy badania wskazywali przede wszystkim nie na konieczność modyfikacji narzędzia, ale na elementy związane z procesem jego wdrażania i stosowania. W szczególności podnoszono kwestie wskazujące na mankamenty dotyczące organizacji pracy z tym narzędziem. Jako niedostateczne uznano przygotowanie personelu do stosowania tak skomplikowanego narzędzia. Szkolenie prowadzone przez ekspertów zewnętrznych miało miejsce tylko na początku realizacji projektu, później założono doszkalanie przy stanowisku pracy przez wcześniej przeszkolony personel. W związku z dużą fluktuacją kadr medycznych w projekcie, związaną z sytuacją na rynku pracy w tym sektorze (gwałtowne wzrosty wynagrodzeń), która sięgała 30–40% rocznie, nowo zatrudniani pracownicy mieli problemy z pełnym przyswojeniem sobie zasad korzystania z tak złożonego narzędzia. Kolejną kwestią podnoszoną przez znaczną część

kadry był brak narzędzia informatycznego wspomagającego pracę z ICF. W wyrażanych opiniach podkreślano, że w sytuacji braku takiego wspomaganie nawet dobra znajomość metodologii ICF, utrudnia, jeśli nie uniemożliwia, efektywne wykorzystywanie go w praktyce terapeutycznej i rehabilitacyjnej. Oddaje to jedna z wypowiedzi: „Konieczne jest usprawnienie oprogramowania, które połączy opcję opisową z kodową i w sposób automatyczny będzie umożliwiało tworzenie opisów przypadków”. W oprogramowaniu powinny być zaszyte sugerowane profile kategoryjne dla poszczególnych chorób czy zaburzeń. W ich ramach podpięte powinny być także testy diagnostyczne pozwalające sprawnie ustalić poziom funkcjonowania pacjenta dla poszczególnej kategorii ICF, tak żeby ocena była zobiektywizowana”.

Wykres 6. Opinie o możliwych modyfikacjach stosowania ICF



Źródło: opracowanie własne

5. Zakończenie

Wdrożenie zarządzania przypadkiem na podstawie metodologii ICF w ramach zintegrowanego modelu terapeutycznego dla pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi przyniosło pewne, aczkolwiek ograniczone, korzyści. Personel medyczny wskazał konkretne jednostki kliniczne, w których stosowanie tego podejścia, w jego opinii, przyniosło korzyści terapeutyczne. Jednocześnie wydaje się, że na wyniki badania największy wpływ mogło mieć niedostateczne przygotowanie personelu do stosowania tak złożonego narzędzia, jakim jest ICF. Wprowadzanie metodologii ICF do zarządzania procesem terapii i rehabilitacji powinno być wspomagane przez narzędzie informatyczne, najlepiej powiązane z szeregiem narzędzi diagnostycznych pozwalających ustalić stopień uszkodzenia struktur bądź funkcji ciała zgodnie z procedurami stosowanymi w medycynie i rehabilitacji.

Bibliografia

1. Cechnicki A., Kaszyński H., *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, t. 9, nr 3, s. 427–434.
2. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokwiszewski J., Rabczenko D., Kessler R. C., *The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study*, „Psychiatria Polska” 2015, t. 49, nr 1, s. 15–27.
3. Ministerstwo Zdrowia, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022*, Warszawa 2017.
4. Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Psychiatrii w Polsce na lata 2021–2025*, Warszawa 2021.
5. Pfeiffer S., Gabriel A., Wciórka J., *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*, „Psychiatria Polska” 2018, t. 52, nr 5, s. 783–797.
6. Prot-Klinger K., *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria” 2013, t. 10, nr 3–4, s. 101–108.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, Dz.U. 2018 poz. 852.
8. Skiba W., Siwicki D., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej*, [w:] W. Skiba (red.), *Instytut Socjologii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2023*.
9. Skiba W., *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” 2017, nr 37(2), s. 94–103.
10. Sterna W., *Problemy środowiskowych domów samopomocy*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, t. 9, s. 435–441.
11. Uffing H. T., Ceha M. M., Saenger G. H., *The development of de-institutionalization in Europe*, „Psychiatric Quarterly” 1992, t. 63, nr 3, s. 265–278.
12. Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000.
13. Wciórka J., Wciórka B., *Stigma and discrimination: their nature and impact on psychiatric care*, „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 1, s. 5–11.
14. World Health Organization, *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*, Geneva 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707> [dostęp: 9.04.2025].
15. World Health Organization, *Improving health systems and services for mental health*, Geneva 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf [dostęp: 25.05.2021].
16. World Health Organization, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva 2001.
17. Załuska M., Paszko J., *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska” 2002, t. 36, nr 6, s. 953–966.

Wskazówki dla Autorów

Kwartalnik „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”

Poniższe wskazówki obowiązują Autorów publikacji

od nr III-IV/2021(40-41)

I. Redakcja przyjmuje do recenzji i ewentualnej publikacji materiały do następujących Działów:

- Medyczne aspekty niepełnosprawności
- Rehabilitacja
- Społeczno-ekonomiczne aspekty niepełnosprawności
- System wsparcia osób niepełnosprawnych
- Technika i technologia
- Zatrudnianie
- Sprawozdania, recenzje, prognozy, analizy oraz teksty mające charakter udziału w debacie na temat sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce.

Materiały należy nadsyłać na adres mailowy Redakcji: kwartalnik@pfron.org.pl

II. Recenzowanie – informacje dla Autorów

- Do oceny każdej publikacji powołuje się dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki, w której afiliowany jest Autor.
- Autorzy i recenzenci przed zakończeniem procedury recenzowania nie znają swoich tożsamości.
- Każda recenzja ma formę pisemną i kończy się jednoznacznym wnioskiem co do do- puszczania artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.
- Po otrzymaniu recenzji Autorzy dokonują poprawek oraz odpowiadają pisemnie na przedstawioną recenzję.
- W przypadku braku uwag i poprawek, Autorzy odpowiadają pisemnie na recenzję i tekst kierowany jest do korekty.

III. Wskazówki techniczne dotyczące przygotowania materiałów dla Wydawnictwa

- minimum 15 stron, preferowane są artykuły o objętości przynajmniej jednego ar- kusza wydawniczego, 22 strony (maksymalnie 44). W przypadku recenzji, sprawoz- dań, raportów, objętość może być mniejsza
- w lewym górnym rogu: imię i nazwisko Autora/Autorów, afiliacja (Instytucja)
- rekomendujemy, aby Autor/Autorzy podawali identyfikator ORCID (ORCID, czyli Open Researcher and Contributor ID to międzynarodowy system identyfikacji au- torów prac naukowych. ORCID jest unikalnym identyfikatorem cyfrowym, dzięki któremu możliwe jest

rozróżnienie autorów o tym samym nazwisku i odpowiednie przypisanie publikacji do osoby w bazach naukowych)

- tytuł artykułu, referatu, raportu itp. (pogrubiony), nagłówek poziomu pierwszego (H1) zrobiony przy pomocy narzędzia „Style”, czcionka Calibri
- abstrakt/streszczenie w języku polskim i angielskim
- słowa kluczowe (nie mniej niż 5 i nie więcej niż 8)
- podtytuły (pogrubione, z zachowaniem hierarchii nagłówków, H2, H2, H4 itd., zrobione przy pomocy narzędzia „Style”)
- papier formatu A4
- Przyjmujemy wyłącznie pliki edytowalne przygotowane w edytorze Microsoft Word: pliki tekstowe w formacie *.doc (Word 97 lub wyższy + fonty specjalne, wprowadzone przez Autora)
- czcionka 12 punktów Calibri
- interlinia 1,5 wiersza
- lewy margines 3 cm, pozostałe ok. 2,5 cm
- druk jednostronny
- przypisy tekstowe i bibliograficzne – czcionka 10 punktów z odnośnikami w indeksie górnym
- ujednolicona i ciągła numeracja stron (paginacja)
- podział na akapity z wcięciem – przynajmniej 2-3 na stronie, aby zachować klarowność treści
- przypisy bibliograficzne (i inne) powinny się znajdować na dole strony
- teksty powinny być przysyłane bez formatowania typu ręczne, twarde przenoszenie pojedynczych liter z końca wiersza w Wordzie.

IV. Wskazówki terminologiczne dotyczące przygotowania materiałów dla Wydawnictwa to określenie jest promowane w numerze Nr IV/2013(9) przez Dariusza Galasińskiego i w obecnym stosowane

Autorzy tekstów naukowych nadsyłanych do Wydawnictwa powinni unikać stosowania autorskich lub „modnych” określeń, takich jak „osoba z niepełnosprawnością” i stosować w całym tekście spójną i zgodną z polskimi aktami prawnymi terminologię dotyczącą niepełnosprawności. Zalecana jest lektura artykułu prof. dr hab. Anny Wilimowskiej-Pietruszyńskiej i doc. Dionizego Bilskiego pt. „O potrzebie jednoznacznego i jasnego precyzowania określeń stosowanych w polityce zabezpieczenia społecznego” opublikowanego w Kwartalniku Nr IV/2013(9).

V. Wskazówki metodyczne dotyczące przygotowania materiałów dla Wydawnictwa

- stosowanie podstawowej struktury artykułu naukowego, jakim jest – Wprowadzenie, Rozwinięcie, Zakończenie z konkluzjami,
- uzasadnienie podjętych badań,

- kontekst teoretyczny,
- wyraźne wskazywanie celu(-ów) artykułu/analizy,
- wyraźne stawianie pytań i problemów badawczych,
- wyraźne formułowanie hipotez/tez,
- opis metod analizy i technik badawczych zastosowanych na potrzeby analizy i pró- by weryfikacji przyjętych założeń w podsumowaniu,
- powoływanie się na aktualną literaturę.

VI. Wskazówki dotyczące dostępności

W Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych materiały w formie elektronicznej powinny spełniać zasady dostępności. Wymóg taki wynika z ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz z ustawy o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

O dostępności decydują trzy podstawowe zasady: techniczna zgodność ze standardami, np. WCAG, czytelność oraz zrozumiałość.

Sposoby przygotowania dostępnych materiałów

Dokumenty tekstowe tworzone w programie Word

Akapity

Podstawową częścią dokumentów tekstowych są akapity. Należy pamiętać, aby stosować wyrównanie tekstu do lewej strony. Pełne justowanie jest trudne w odbiorze dla osób z niektórymi niepełnosprawnościami. Jeśli zachodzi potrzeba zastosowania między akapitami odstępu większego niż jeden wiersz, wówczas nie należy wielokrotnie wciskać klawisza „Enter”. Odstęp należy uzyskać poprzez parametr „Odstępy – Po” w opcjach „Akapit”. Należy również unikać stosowania podkreśleń do wyróżniania fragmentu tekstu. W standardzie sieciowym podkreślenie jest zarezerwowane dla łączy internetowych.

Nagłówki

Bardzo ważnym elementem struktury dokumentu są nagłówki. To one pomagają osobom niewidomym w sprawniejszym zapoznawaniu się z tym, co chcemy przekazać. Dzięki nim mogą dotrzeć do tej treści, która ich interesuje. Natomiast najczęściej popełnianym błędem w tworzeniu nagłówków jest robienie ich ręcznie. Wówczas twórca dokumentu pogrubia i powiększa fragment tekstu, tak aby wyglądał jak nagłówek. Jednak to w niczym nie pomaga osobom niewidomym. Ich czytnik ekranu „nie wie”, że to jest nagłówek. Prawdziwe nagłówki robi się przy pomocy stylów tekstu. Trzeba też pamiętać, aby były one ułożone w logicznej kolejności oraz aby były krótkie i komunikatywne.

Teksty alternatywne

Autorzy tekstów naukowych nadsyłanych do Wydawnictwa zobowiązani są przygotowywać materiały z ułatwieniami dostępu dla osób niepełnosprawnych. Oznacza to bezwzględną konieczność zapewnienia tekstu alternatywnego dla każdej informacji nietekstowej w materiale (tj. grafiki, zdjęcia, wykresy, ryciny, ilustracje, etykiety, linki, teksty będące częścią obrazów itd.), jednak tylko tam, gdzie jest on potrzebny i niesie istotną, użyteczną informację dla zrozumienia treści materiału lub jej przeznaczenia. Dzięki zastosowaniu do treści nietekstowej tekstu alternatywnego wszelkie elementy niebędące w materiale czystym tekstem mogą zostać przetworzone przez oprogramowanie użytkownika końcowego i zapewnić mu komplet informacji, nawet gdy użytkownik nie ma możliwości zobaczenia elementu nietekstowego. W tekście alternatywnym należy krótko opisać szczegóły, jakie przedstawia ilustracja lub inny element nietekstowy w zależności od kontekstu, zwięźle opisać dany obraz, a także wspomnieć o występującym na nim tekście i jego przeznaczeniu. Zawsze warto się zastanowić, czy dana informacja jest potrzebna do prawidłowego odbioru treści materiału.

Listy punktowane, listy numerowane

Listy te, podobnie jak nagłówki, należy wykonywać przy pomocy narzędzia programu Word. Ręczne wykonanie listy przy pomocy znaku „-” spowoduje, że czytniki ekranu nie przekażą odpowiedniej informacji osobie niewidomej. Przyciski „Zwiększ wcięcie” i „Zmniejsz wcięcie” pozwalają na właściwe tworzenie list wielokrotnie złożonych. Należy jednak ograniczać liczbę stopni do dwóch. Większa liczba utrudnia właściwy odbiór treści dokumentu.

Tabele

Ten typ zawartości powinien być używany wyłącznie do przedstawiania danych. Nie może on być wykorzystywany do formatowania dokumentu, nawet jeśli krawędzie zostaną ukryte. W tabelach pierwszy wiersz powinien zostać oznaczony jako nagłówek. Taka opcja znajduje się we „Właściwościach tabeli” w zakładce „Wiersz”. Należy tam zaznaczyć „Powtórz jako wiersz nagłówek na początku każdej strony”. Tabele powinny mieć prostą strukturę, bez scalania komórek i ich zagnieżdżania (czyli wstawiania komórki tabeli do już istniejącej).

Linki (łącza internetowe)

Linki w materiale powinny być ujęte w odpowiedni tekst jasno określający, dokąd dany link prowadzi i co wydarzy się po jego wybraniu. Warto pamiętać, aby linki miały zrozumiałą treść. Linki „Tutaj”, „Pobierz” nie spełniają tego warunku. Link w formie długiego hiperłącza również nie będzie czytelny, niezależnie od potrzeb odbiorcy.

Oznaczanie języka fragmentu tekstu

Osobom niewidomym treść dokumentu czyta syntezytor mowy. Jeśli napotka on fragment treści np. w języku angielskim, a język główny oznaczony jest jako polski, to ta część będzie przeczytana nieprawidłowo. Takie fragmenty trzeba zaznaczyć i zmienić ich język. Na dolnym pasku programu

Word należy kliknąć w oznaczenie języka, a następnie w oknie wyboru należy wybrać odpowiedni język. W przypadku, gdy na dolnym pasku nie ma możliwości wyboru języka, to należy wybrać na wstążce zakładkę „Recenzja”, a następnie zakładkę „Język”.

Tytuł dokumentu (metatag)

Do osiągnięcia dostępności dokumentów cyfrowych należy również określić tytuł dokumentów w jego właściwościach (metatag: Title). Tytuł dokumentu należy uzupełnić w polu, które znajduje się w sekcji „Właściwości” dokumentu (menu „Plik”, pozycja „Informacje”). Tytuł pliku powinien być czytelny i w sposób konkretny opisujący zawartość pliku.

Dokumenty tworzone w programie Excel

Program Excel nie ma wielu narzędzi do tworzenia dostępnych dokumentów. Są jednak zasady, które należy stosować, aby zapewnić najwyższy możliwy zakres dostępności. Dokumenty Excel to układ komórek, który aby mógł być odczytany jako tabela, musi być tak oznaczony. Trzeba najpierw zaznaczyć zakres komórek, które stanowią spójne dane i wtedy ze wstążki „Wstawianie” wybrać „Tabela”. Tam należy wybrać opcję: „Moja tabela ma nagłówki”.

Kontrast

Możliwość łatwego odróżnienia treści od tła, to jeden z kluczowych elementów dostępności cyfrowej. Aby zapewnić dobrą widoczność dla osób z dysfunkcjami wzroku lub z innymi niepełnosprawnościami, które wpływają na percepcję kolorów, należy zapewnić minimalny kontrast pomiędzy tekstem lub grafikami tekstowymi a tłem.

Wartości minimalnego kontrastu treści do tła wynoszą:

4,5:1 – dla tekstu;

3:1 – dla dużego tekstu lub tekstu pogrubionego;

3:1 – dla istotnych treści graficznych (np. ramka pola formularza, słupki wykresu, ikona będąca przyciskiem).

Im mniejsza wartość przed dwukropkiem tym kontrast jest słabszy. Gdy współczynnik wynosi 1:1 jest to kontrast najslabszy i jest to biały tekst na białym tle. Największy kontrast to czarny tekst na białym tle i wynosi on 21:1.

Poziom kontrastu można sprawdzić za pomocą odpowiednich narzędzi, w większości darmowych i łatwo dostępnych w Internecie, takich jak: WebAIM Color Contrast Checker, Color Contrast Analyzer.

Podsumowanie

Przed wysłaniem materiału do Wydawcy zaleca się zidentyfikować i rozwiązać ewentualne problemy z ułatwieniami dla osób niepełnosprawnych, np. poprzez skorzystanie z funkcji „Sprawdzanie ułatwień dostępu”, w przypadku dokumentów stworzonych w programie Word, dostępnej na pasku „Recenzja”. **Materiały z rażącymi brakami w zakresie dostępności, w szczególności bez tekstów alternatywnych do informacji nietekstowych, będą odsyłane do Autora/Autorów.**

ILUSTRACJE

- ryciny przeznaczone do publikacji muszą mieć dobrą jakość, ujednoliconą formę i opisy, dotyczy to szczególnie wielostronicowych wklejek o bardzo różnorodnym materiale ilustracyjnym, do którego wglądówki są podstawą redakcji technicznej i przyspieszają prace nad materiałami
- każda ilustracja powinna być dostarczona w postaci odrębnego pliku z podaniem jego nazwy (wszystkie pliki zebrane w jednym folderze) i wydruku w tekście lub na osobnej stronie
- fotografie – pliki *.tif o rozdzielczości nie mniejszej niż 300 dpi przy wymaganych wymiarach reprodukcji lub oryginały dobrej jakości, umożliwiające wykonanie skanu
- wykresy – wykonane w Corel Draw lub Microsoft Excel (jeśli muszą być w trakcie prac poddawane edycji)
- rysunki – w postaci plików *.cdr lub kontrastowe, dobrej jakości oryginały do reprodukcji

ABSTRAKTY

Autorzy publikacji proszeni są o przesyłanie wraz z tekstem – streszczenia swojej publikacji naukowej, w którym w formie maksymalnie skondensowanej, z jak największą liczbą słów kluczowych, zawarte są podstawowe informacje o tezie artykułu, metodyce przeprowadzonych badań, najważniejszych wynikach oraz wnioskach. Abstrakt liczy zwykle od 150 do 600 słów. Nie może zawierać cytatów i przypisów.

Autorzy publikacji przesyłają tłumaczenie na język angielski: tytułu, streszczenia i słów kluczowych.

OPIS BIBLIOGRAFICZNY – INSTRUKCJA DLA AUTORÓW

UWAGI OGÓLNE DOTYCZĄCE PRZYPISÓW:

- należy zaznaczać, czy cytujemy, czy parafrazujemy opracowanie – jeśli jest to cytat, przytaczamy dzieło, z którego pochodzi, jeśli zaś parafraza (użycie pewnych informacji), wówczas adres bibliograficzny poprzedzamy skrótem „zob.” lub „por.”; należy konsekwentnie stosować skróty łacińskie; jeśli Autor decyduje się na „op. cit.” i „ibidem”, powinien również pisać „idem”, „eadem”, „loc. cit.”, „passim” etc.; można również stosować polską terminologię („tamże”, „tegoż”, „też”, „dz. cyt.” itp.), ważne jest natomiast, by nie mieszać terminów polskich i łacińskich;
- adres bibliograficzny dzieła wspomnianego po raz pierwszy w przypisie musi być pełny – należy pamiętać o nazwie wydawnictwa, roku wydania, tomie, stronie, ale też, w przypadku dzieła obcojęzycznego, o tłumaczu (którego wpisuje się bezpośrednio po tytule, ze skrótem „tłum.” / „przeł.”); jeśli Autor artykułu tłumaczy tekst obcojęzyczny samodzielnie, powinien to zaznaczyć na końcu opisu bibliograficznego, w nawiasie – (tłum. Autora);
- strony internetowe w przypisach (jak i w bibliografii) muszą mieć zapisaną dzienną datę dostępu.

Przypisy: Czasopisma

- 1) pierwsza(-e) litera(-y) imienia/imion autora i nazwisko; jeżeli liczba autorów nie przekracza trzech, podaje się wszystkie nazwiska, jeśli autorów jest więcej niż trzech, należy zacytować trzech i dodać „i in.”,

- 2) tytuł pracy w pełnym brzmieniu kursywą (pismem pochyłym),
- 3) tytuł czasopisma pismem prostym, w cudzysłowie,
- 4) rok,
- 5) tom,
- 6) strona

Przykłady:

H. Żuraw, *Analiza stylów życia jako podstawa wnioskowania o jakości egzystencji osób niepełnosprawnych*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1998, Nr 3/4, s. 195–220

A. Olszak, J. Kirenko, *Niektóre uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, „Szkoła Specjalna” 1997, Nr 1, s. 13–19

Przypisy: Książki i monografie

- 1) pierwsze litery imion autora(-ów) i nazwisko(-a). Jeżeli liczba autorów nie przekracza trzech, podaje się wszystkie nazwiska, jeśli autorów jest więcej niż trzech, należy zacytować trzech i dodać „i in.”,
- 2) tytuł pracy w pełnym brzmieniu pismem pochyłym (kursywą),
- 3) jeśli praca jest częścią książki zbiorowej, należy zastosować zapis [w:] i podać pismem pochyłym tytuł książki, a następnie inicjał imienia i nazwisko redaktora poprzedzone skrótem „red.”,
- 4) miejsce wydania,
- 5) wydawnictwo,
- 6) rok,
- 7) strony

Przykłady:

A. Krause, *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Kraków, Impuls, 2004, s. 274

D. Kowalska, B. Miklaszewska, T. Nowacka i in., *System szkolnictwa we Włoszech*, [w:] *Systemy oświatowe w krajach europejskich*, red. K. Polanecki, Wrocław, Wydawnictwo Oświatowe, 2005, s. 12–13

Przypisy: Strony internetowe

- 1) w przypadku, gdy znany jest autor artykułu: pierwsze litery imion autora(-ów) i nazwisko(-a) cytowanego artykułu. Jeżeli liczba autorów nie przekracza trzech, podaje się wszystkie nazwiska, jeśli autorów jest więcej niż trzech, należy zacytować trzech i dodać „i in.”,
- 2) tytuł artykułu w pełnym brzmieniu pismem pochyłym (kursywą),
- 3) strona internetowa, z której pochodzi cytat,
- 4) dzienna data dostępu (w nawiasie okrągłym lub kwadratowym – zapis konsekwentny w całym tekście), poprzedzona sformułowaniem: „dostęp z dnia:...” „stan na dzień...”, „dostęp online” (konsekwentnie w całym tekście).

Przykłady:

Monitoring realizacji zadań wynikających z Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2007–2013 „Częstochowa Niepełnosprawnym”, http://www.czestochowa.pl/data/other/monitoring-osoby_niepelnosprawne.pdf, [dostęp z dnia: 30.04.20]

Rędzia, *Między wolnością a bezpieczeństwem*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/91557>, [dostęp z dnia: 5.06.2014]

LITERATURA (ALFABETYCZNIE), NA KOŃCU ARTYKUŁU

– Bibliografia zawarta na końcu artykułu powinna być uporządkowana alfabetycznie z podziałem na ew. akty prawne, raporty, strony internetowe

Przykłady:

Kowalska C. D., Miklaszewska B., Nowacka T. i in., *System szkolnictwa we Włoszech*, [w:] *Systemy oświatowe w krajach europejskich*, red. Polanecki K., Wrocław, Wydawnictwo Oświatowe, 2005

Krause A., *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Kraków, Impuls, 2004

Olszak A., Kirenko J., *Niektóre uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, „Szkola Specjalna” 1997, Nr 1

Żuraw H., *Analiza stylów życia jako podstawa wnioskowania o jakości egzystencji osób niepełnosprawnych*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1998, Nr 3/4

Instructions to Authors

submitting manuscripts for the quarterly journal
“Disability – Issues, Problems, Solutions”. The following guidelines apply
to the Authors of publications from No. III-IV/2021(40-41)

I. The Editor accepts manuscripts for review and possible publication in the following sections:

- Medical aspects of disability
- Rehabilitation
- Socio-economic aspects of disability
- Support system for people with disabilities
- Engineering and technology
- Employment
- Reports, reviews, predictions, analyses, as well as texts with the character of participation in the debate concerning the situation of disabled people in Poland.

Manuscripts should be sent to the Editor via the following e-mail address: kwartalnik@pfron.org.pl

II. Reviewing – information for Authors

- Each publication is reviewed by two independent reviewers from outside the unit in which the Author is affiliated.
- The Authors and the reviewers, until the end of the reviewing process, do not know their own identity.
- Each review is given in a written form and it ends with a clear recommendation for approval for or rejection of the article from publication.
- After receiving the review, the Authors are asked to make corrections to the manuscript as well as to respond to the review in a written form.
- In case of no remarks or corrections, the Authors respond to the review in writing, and then the manuscript is sent for proofreading.

III. Technical instructions concerning preparing the materials for the Publisher

- 15 pages minimum, preferably articles of at least one sheet length that is 22 pages, (44 pages maximum). Reviews or reports may be shorter
- in the left top corner: name and surname of the Author/Authors, affiliation (Institution)
- The Author / Authors are recommended to provide the ORCID iD (The ORCID iD, Open Researcher and Contributor ID: a unique, persistent identifier free of charge to researchers to uniquely identify authors and contributors of scholarly communication)

- the title of the article, paper, report, etc. (bold), Level 1 Headings added with the MS Word “Heading Styles” tool, font Calibri
- abstract/summary in Polish and in English
- keywords (not less than 5 and not more than 8)
- subtitles (bold, with clear and well-formatted Heading styles, matching the hierarchy of Headings, i.e.: Level 2 Headings, Level 3 Headings, Level 4 Headings, etc., added with the “Heading Style Box” in Word)
- A4 paper format
- The Editor accepts the Microsoft Word editable files only: text file in the *.doc format (Word 97 or later + special fonts introduced by the Author)
- font 12 Calibri
- interline 1,5 line
- left margin 3 cm, others about 2,5 cm
- one-sided printing
- text and bibliographical footnotes – font 10, with references in the top index
- uniform and continuous page numbering (pagination)
- division into indent paragraphs – at least 2-3 per page, to preserve the clarity of the content
- bibliographical and other footnotes should be put at the bottom of the page
- texts should be sent without manual formatting, such as inserting a non-breaking space (also called hard space) between individual letters at the end of a line in Word.

IV. Methodical guidelines for the preparation of materials for the Publisher

- applying the basic structure of the scientific article, which should consist of: Introduction, Main Body, Ending with conclusions,
- justification for the research that has been undertaken,
- theoretical context,
- clear indication of the article’s/analysis’s objective(s),
- clear asking of questions and formulation of research problems,
- precise formulation of hypotheses/theses,
- description of the methods of analysis and research techniques used for the analysis and attempts to verify assumptions adopted in the summary,
- reference to current literature.

V. Accessibility guidelines

At the State Fund for Rehabilitation of Disabled People, electronic materials should comply with the principles of accessibility. This requirement results from the Accessibility Act for Persons with Special Needs and the Act on Digital Accessibility of Websites and Mobile Applications of public entities.

Accessibility is determined by three basic principles: technical compliance with standards, such as WCAG, readability, and understandability.

Preparing available materials

Text documents created in Word

Paragraphs

Paragraphs are the central part of text documents. Please remember to align your text to the left. Full justification is difficult to read for people with specific disabilities. If you need more than one space line between paragraphs, do not repeatedly press the „Enter” key.

It would be best to achieve spacing via the „Spacing After” parameter in the „Paragraph” options. You should also avoid using underlining to highlight a section of text. In the web standard, underlining is reserved for web links.

Headings

Headings are an essential component of a document’s structure. They help visually impaired people to read what we want to show more effectively. Thanks to headings, they can get to the content they are interested in. However, the most common mistake in creating them is making them manually. The document creator boldens and enlarges a piece of text to make it look like a headline. However, this does not help blind people at all. Their screen reader „doesn’t know” that it is a heading. Actual headlines are made using text styles. You should remember to put them in a logical order and keep them short and communicative.

Alternative texts

Authors of scientific texts submitted to the Publisher are obliged to prepare materials with accessibility facilitation for persons with disabilities. It means that it is vital to provide **alternative text** for any non-text information in the material (i.e., graphics, photographs, diagrams, figures, illustrations, labels, links, texts that are part of images, etc.), but only where it is necessary and carries relevant, helpful information for the understanding of the content of the material or its purpose. By applying alternative text to non-text content, any elements that are not pure text in the material can be processed by the end-user’s software and provide a complete set of information, even if the user cannot see the non-text element. The alternative text should briefly describe the details provided by the illustration or other non-text parts, depending on the context, briefly describe the image in question, and mention the text present and its purpose. It is always advisable to consider whether the information is necessary for the correct reception of the material’s content.

Bulleted and numbered lists

These lists, like headings, should be made using the Word tool. Making a list manually using the „-” sign will result in screen readers not conveying the correct information to a blind person. The „Increase

indent” and „Decrease indent” buttons allow you to create multiple folded lists properly. However, you should limit the number of steps to two. A higher number makes it difficult to read the document’s content appropriately.

Tables

You should only use tables to represent data, not format the document, even if the edges are hidden. In tables, the first row should be marked as a header. This option can be found in the „Table properties” on the „Row” tab. There, you should check „Repeat as header row at the beginning of each page.” Tables should have a simple structure, without cell merging or nesting (i.e., inserting a table cell into an existing one).

Links (weblinks)

Weblinks should be included as an appropriate text that clearly states where the link leads and what will happen when you select it. It is worth remembering that web links should have understandable content. Links like „Here” or „Download” do not meet these criteria. A link in the form of a long hyperlink will also not be readable, regardless of the recipient’s needs.

Marking the language of a text fragment

A speech synthesizer reads aloud the content of a document for people who are blind. If it encounters a fragment of content, e.g., in English, and the primary language is marked as Polish, it will misread it. Such fragments must be marked, and their language changed. Click on the language indicator in the bottom bar of Word and then select the appropriate language in the selection window. If the language selection is not available on the bottom bar, select the „Review” tab and then the „Language” tab.

Document title (metatag)

To make digital documents accessible, it is also necessary to specify the title of the documents in their properties (metatag: Title). The document title should be filled in the field located in the „Properties” section of the document (File menu, Information item). The file title should be legible and describe the file’s content in a specific way.

Documents created in Excel

Excel does not have many tools for creating accessible documents. However, some rules must be followed to ensure the highest possible range of accessibility. Excel documents are an arrangement of cells that must be tagged to be read as a table. You must first select the range of cells that make up the consistent data, and then from the ‚Insert’ menu, select ‚Table’. Then select the option: „My table has headers”.

Contrast

Being able to easily distinguish content from the background easily is one of the key elements of digital accessibility. To ensure good visibility for people with visual impairments or other disabilities that affect colour perception, a minimum contrast should be provided between text or text graphics and the background.

The minimum contrast values for content to background are:

1:1 – for text;

3:1 – for large text or bold text;

3:1 – for significant graphic content (e.g., form field border, chart bars, icon that is a button).

The smaller the value before the colon, the weaker the contrast. When the ratio is 1:1 this is the weakest contrast and is a white text on a white background. The highest contrast is a black text on a white background and is 21:1.

The level of contrast can be checked with the appropriate tools, mostly free and readily available on the Internet, such as the WebAIM Color Contrast Checker, Color Contrast Analyzer.

Summary

Before submitting material to the Publisher, you are advised to identify and resolve any accessibility issues for people with disabilities, e.g., by using the „Check Accessibility” function, for documents created in Word, available on the Review bar. **Materials with glaring accessibility deficiencies, particularly without alternative text to non-textual information, will be returned to the Author(s).**

ILLUSTRATIONS

- figures for publication must be of good resolution, uniform, and have descriptions. This especially concerns multi-page paste-ins of very diverse illustrating material, to which contact prints are the basis of technical edition and which accelerate the work on the manuscript
- each figure should be submitted as a separate file, with a given filename (all the files in one folder), it should also be printed in the text or on a separate page
- photographs – *.tif files with a resolution not lower than 300 dpi with the required size of the reproduction, or in originals of good quality that allows scanning
- graphs – prepared in Corel Draw or Microsoft Excel (if they have to be edited during the editorial work)
- drawings – as *.cdr files or contrast, originals of good quality suitable for reproduction

ABSTRACTS

The Authors of the publications are kindly requested to send a summary of their scientific paper together with the manuscript. Abstract, in a possibly concise form, with the largest number of keywords, should present basic information about the article's thesis, the methods of research, as well as the most important results and conclusions. Abstracts usually contain 150 to 600 words to 600 words. It should not include quotations and footnotes. The Authors of the publication send to the Editor a translation into English of the title, abstract, and key words of their article.

BIBLIOGRAPHICAL DATA – INSTRUCTION FOR AUTHORS

GENERAL REMARKS CONCERNING FOOTNOTES

- quotation or paraphrasing of the paper should be indicated: if it is a quotation, it is necessary to quote the work, out of which it comes, whereas in the case of a paraphrase (use of certain information), the bibliographical address is preceded by the abbreviation “see” or “cf”;
- Latin abbreviations should be consistently used; if the Author decides to use “op. cit.” and “ibidem”, then they should also use “idem”, “eadem”, “loc. cit.”, “passim” etc.;
- The bibliographical address of a work that is mentioned for the first time in a footnote must be presented in detail – one should remember the name of the publisher, year of publication, volume, page, but, also, in case of a work written in a foreign language – about the translator (whose name should be mentioned immediately after the title, with the abbreviation “transl.”). If the Author of the article is translating the foreign text on his own, he or she should indicate it at the end of the bibliographical description, in brackets – (transl. by the Author);
- For Internet websites that are cited in footnotes (as well as in bibliography), the date of access should be indicated.

FOOTNOTES: JOURNALS

- 1) the first letters of the name (-s) and the surname of the author: If there are three or less authors, all surnames should be indicated. If there are more than three authors, first three of them should be mentioned followed by “et al.”
- 2) the full title of the work, in italics
- 3) the journal’s title, normal roman text, in quotation marks
- 4) year
- 5) volume
- 6) page

Examples:

H. Żuraw, *Analiza stylów życia jako podstawa wnioskowania o jakości egzystencji osób niepełnosprawnych*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1998, Nr 3/4, s. 195–220

A. Olszak, J. Kirenko, *Niektóre uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, „Szkoła Specjalna” 1997, Nr 1, s. 13–19

FOOTNOTES: BOOKS AND MONOGRAPHS

- 1) the first letters of the name (-s) and the surname (-s) of the author: If there are three or less authors, all surnames should be indicated. If there are more than three authors, first three of them should be mentioned followed by “et al.”,

- 2) the full title of the work, in italics,
- 3) if the manuscript is a part of a collective book, [in:] notation should be used, and the title of the book written in italics, should also be given, along with the initial of the name and the surname of the Editor, preceded by "ed.",
- 4) place of publication,
- 5) publishing house,
- 6) year,
- 7) pages

Examples:

A. Krause, *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Kraków, Impuls, 2004, s. 274
 D. Kowalska, B. Miklaszewska, T. Nowacka i in., *System szkolnictwa we Włoszech*, [w:] *Systemy oświatowe w krajach europejskich*, red. K. Polanecki, Wrocław, Wydawnictwo Oświatowe, 2005, s. 12–13

FOOTNOTES: WEBSITES

- 1) if you the author of the article is known: the first letters of the name(s) and the surname(s) of the author(s) of the article cited. If there is no more than three authors, all names should be given, if there are more than three authors, please cite three and add „et al.”,
- 2) the title of the article in full text in italics,
- 3) the website from which the text is cited,
- 4) the day of the access (in parentheses or square – the record consistent throughout the whole text), preceded by the phrase: „Access date ...”, „as at ...”, „online access” (consistently throughout the whole text).

Examples:

Monitoring realizacji zadań wynikających z Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2007–2013 „Częstochowa Niepełnosprawnym”,
http://www.czystochowa.pl/data/other/monitoring-osoby_niepelnosprawne.pdf, [dostęp z dnia: 30.04.20]
 B. Ręziak, *Między wolnością a bezpieczeństwem*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/91557>, [dostęp z dnia: 05.06.2014]

LITERATURE (IN ALPHABETICAL ORDER) AT THE END OF THE ARTICLE

- Literature given at the end of the article should be organized in alphabetical order and divided into possible legal acts, reports, internet websites.

Examples:

Kowalska C. D., Miklaszewska B., Nowacka T. i in., *System szkolnictwa we Włoszech*, [w:] *Systemy oświatowe w krajach europejskich*, red. Polanecki K., Wrocław, Wydawnictwo Oświatowe, 2005

Krause A., *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Kraków, Impuls, 2004
Olszak A., Kirenko J., *Niektóre uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*, „Szkoła Specjalna” 1997, Nr 1

Żuraw H., *Analiza stylów życia jako podstawa wnioskowania o jakości egzystencji osób niepełnosprawnych*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1998, Nr 3/4