

Comète France: francuska sieć na rzecz wczesnej reintegracji zawodowej osób po przebytej ciężkiej chorobie lub urazie

Streszczenie

W Europie istnieje wiele programów szkolenia zawodowego i reintegracji zawodowej. W niniejszym krótkim artykule przedstawiamy francuską sieć na rzecz reintegracji zawodowej Comète France, którą utworzono w celu uzupełnienia obecnie funkcjonujących publicznych systemów administracyjnych. Comète France jest prywatnym stowarzyszeniem finansowanym i nadzorowanym przez instytucje publiczne, takie jak Ministerstwo Zdrowia oraz dwa Urzędy ds. Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych. Program stowarzyszenia opiera się na czterech głównych koncepcjach: wczesnej interwencji w trakcie rehabilitacji pacjentów hospitalizowanych lub ambulatoryjnych; podejściu holistycznym, systemowym i ukierunkowanym na ICF; podejściu interdyscyplinarnym; programach dostosowanych do potrzeb. Sieć Comète France obejmuje 450 specjalistów zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin w formie 43 zespołów działających w 56 francuskich publicznych i prywatnych ośrodkach rehabilitacyjnych. Jej działania obejmują 4 następujące etapy: identyfikację i ocenę, opracowanie planu reintegracji zawodowej, wdrożenie, działania następcze. W sumie każdego roku ocenianych i/lub leczonych przez Comète France jest ponad dziesięć tysięcy przypadków. Biorąc pod uwagę wyniki, program ukończyło 83% z 1746 uczestników: u schyłku roku 68,5% było na stałe zatrudnionych, 9,5% podjęło się przekwalifikowania zawodowego, a 5% wznowiło studia. W przypadku pozostałych 12% program został wdrożony zbyt późno i prawdopodobnie większość z tych osób znalazłaby pracę w następnym roku. Funkcjonowanie niniejszego programu obrazują dane dotyczące kwestii rezygnowania z nauki w 2020 r. oraz dwa studia przypadków.

Słowa kluczowe:

reintegracja zawodowa, rehabilitacja zawodowa, powrót do pracy, Comète France, ICF

Wprowadzenie

Praca jest jedną z najważniejszych aktywności człowieka. Sytuacja zawodowa jest głównym elementem dobrostanu i zadowolenia z życia u osób dorosłych, którego poziom u osób niepełnosprawnych jest znacznie niższy w porównaniu z osobami w pełni sprawnymi¹. Osoby niepełnosprawne są rzadziej zatrudniane, mają pracę

¹ I. B. Bränholm, M. Eklund, K. Fugl-Meyer, A. Fugl-Meyer, *On work and life satisfaction*. J Rehabil Sciences 1991; 4-2:29-34

cięższą, wymagającą niższych kwalifikacji zawodowych i w mniejszym stopniu pewną w porównaniu do osób w pełni sprawnych. Jednocześnie otrzymują niższe wynagrodzenie i mają mniejsze szanse na awans.

Reintegracja zawodowa jest czynnikiem wpływającym na odzyskanie poczucia własnej wartości, niezależności finansowej, uczestnictwa w społeczeństwie (w rozumieniu ICF) i poprawę jakości życia po przebyciu ciężkiej choroby lub po przebytych urazach. Jednak znalezienie pracy lub powrót do niej nie są łatwe: 42,2% osób niepełnosprawnych jest zatrudnionych w porównaniu do 64,5% osób w pełni sprawnych². Dlatego też reintegracja zawodowa stanowi logiczny i końcowy etap procesu rehabilitacji osób dorosłych³, a w całej Europie rozwinęły się szkolenia zawodowe i/lub programy pomagające osobom niepełnosprawnym w powrocie do pracy po rehabilitacji⁴.

Obecny francuski model rehabilitacji zawodowej został już wcześniej opisany w innym artykule⁵. Opiera się on w dużej mierze na placówkach i usługach publicznych. Jednak wielu lekarzy i członków zespołów rehabilitacyjnych było zaniepokojonych notorycznymi wadami systemu, który był zbyt powolny, zbyt późno wdrażany, biurokratyczny, a pomiędzy rehabilitacją medyczną a reintegracją zawodową istniała luka. W 1992 r. dr Busnel wraz z kilkoma współpracownikami zdecydował się na alternatywne rozwiązanie i utworzył Comète France, tj. sieć, która miała na celu wczesną i holistyczną reintegrację zawodową pacjentów hospitalizowanych poddawanych rehabilitacji po ciężkiej chorobie lub przebytych urazach. W niniejszym, krótkim opracowaniu przedstawiamy główne założenia Comète France oraz jej organizację i funkcjonowanie.

Główne założenia Comète France

Pośród innych, wcześniejszych francuskich systemów pomocy dorosłym osobom niepełnosprawnym w powrocie do pracy, Comète-France czerpie swoją specyfikę z filozofii i aksjologii. Nasz program opiera się na czterech głównych koncepcjach: wczesnej interwencji, podejściu holistycznym, systemowym i ukierunkowanym na ICF podejściu interdyscyplinarnym oraz programach dostosowanych do potrzeb.

Po pierwsze, wczesna interwencja jest bardzo specyficznym kierunkiem działania programu Comète France. Korzyści wynikające z rozpoczęcia reintegracji zawodowej

² 2 OECD. *Sickness, disability and work: breaking the barriers—a synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing 2010

³ C. Gutenbrunner, A. Ward, M. A. Chamberlain. *White book on physical and rehabilitation medicine in Europe*. J Rehabil Med 2007; S45

⁴ M. A. Chamberlain, V. Fialka Moser, K. Schüldt Ekholm et al. *Vocational rehabilitation: an educational review*. J Rehabil Med 2009; 41: 856–869

⁵ J. M. André, C. Le Chapelain, J. Paysant. *The French model of vocational rehabilitation. Existing legal plans of action for reimbursement for the deficiency. Plans of action enabling preparation for job retention*. In: C. Gobelet, F. Franchignoni eds. *Vocational rehabilitation*, Paris: Springer-Verlag 2006: 283–308

wkrótce po przebyciu ciężkiej choroby lub urazu zostały już udowodnione w literaturze naukowej^{6,7} i opisane w dokumencie „Zalecenia dotyczące najlepszych praktyk: proces wczesnej reintegracji w rehabilitacji medycznej” (ang. *Recommendations for Best Practice: Early Reintegration Process in Physical Medicine and Rehabilitation*), opublikowanym w 2011 r. przez Francuski Instytut Zdrowia we współpracy z Comète France i towarzystwami naukowymi⁸. Reintegracja zawodowa osób dorosłych jest dla nich kwestią priorytetową równie ważną jak opieka medyczna i rehabilitacja, dlatego należy mieć ją na uwadze i podejmować ją tak szybko, jak to możliwe, podczas rehabilitowania pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych. Zdajemy sobie sprawę, że późniejsze interwencje wdrożone w miejscu pracy wywierają pozytywny wpływ na wyniki zatrudnienia⁹, ale istotną ich słabością jest zwykle długi czas, jaki upływa od zakończenia rehabilitacji do rozpoczęcia reintegracji zawodowej. Czas ten wypełniony jest beczynnością, nudą i niepokojem o przyszłość, często podzielanym przez opiekunów, a kiedy wykonywanie wcześniejszych zadań zawodowych wydaje się być problematyczne, osoby niepełnosprawne mają jedynie mgliste wyobrażenia na temat tego, kiedy i w jaki sposób będzie możliwe ponowne podjęcie pracy. Wtedy też powrót do pracy może być postrzegany jako „kolejne traumatyczne doświadczenie”. Zatem wdrożenie programów reintegracji zawodowej w trakcie rehabilitacji medycznej może pomóc niepełnosprawnym pracownikom uniknąć psychologicznych i społecznych luk pomiędzy rehabilitacją a powrotem do pracy.

Po drugie, Comète France rozwija holistyczne, kompleksowe i systemowe podejście zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania ICF¹⁰. ICF jest użytecznym narzędziem służącym do zrozumienia funkcjonowania człowieka i dokonania oceny pod kątem znalezienia pracy lub rehabilitacji zawodowej¹¹. Chociaż większość systemów reintegracji skupia się głównie na następstwach medycznych i możliwościach fizycznych w odniesieniu do wymagań zawodowych, ICF przypomina nam o znaczeniu uwzględnienia czynników osobistych i środowiskowych, jak również zaburzeń i ograniczeń aktywności fizycznej. Najważniejsze czynniki osobiste według ICF, które należy wziąć pod uwagę, obejmują wiek, płeć, stan psychiczny i nastroj,

⁶ A. Westman, S. Linton, T. Theorell et al. *Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation: a 5-year follow-up study*. *Disabil Rehabil* 2006; 28(7):437-446

⁷ I. Z. Schultz, J. Crook, J. Berkowitz et al. *A prospective study of effectiveness of early intervention with high-risk back injured workers. A pilot study*. *J Occup Rehabil* 2008; 18: 140-151

⁸ Haute Autorité de Santé. *Démarche précoce d'insertion socio-professionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant du champ de compétences de la médecine physique et de réadaptation*. <https://www.has-sante.fr/jcms/recommandations-de-bonne-pratique> (2011). Access 08/08/2021

⁹ M. van Vilsteren, S. H. van Oostrom, H. C. W. de Vet et al. *Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave*. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 10:CD006955

¹⁰ World Health Organization & The World banks. *World report on disability*. Geneva: World Health Organization 2011

¹¹ D. B. Homa. *Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement*. *Work* 2007; 29: 277–286. 99

doświadczenie zawodowe, oczekiwania i życzenia. Czynniki środowiskowe mogą stanowić dla danej osoby ułatwienie lub barierę. Ważną rolę odgrywa kontekst miejsca pracy i potrzeb zawodowych. Bariery fizyczne, takie jak schody lub inne przeszkody uniemożliwiające dostęp do miejsca pracy, transport, prowadzenie i parkowanie samochodu to kwestie najbardziej oczywiste i łatwe do oceny. ICF podkreśla również rolę systemów administracyjnych, praw socjalnych, ubezpieczeń i odszkodowań, a w ramach modułu „Postawy”, czynników ludzkich i relacji. Istotną rolę w powrocie do pracy odgrywają opinie i wyobrażenia współpracowników i menadżerów osób niepełnosprawnych. Pod uwagę powinny być również brane uczucia i wyobrażenia członków rodziny, ponieważ mają one duży wpływ na zachowanie, życzenia i oczekiwania niepełnosprawnego pracownika. Na przykład wielu partnerów i rodziców osoby niepełnosprawnej obawia się tego, by ich krewny uczył się nowej i nieznannej pracy.

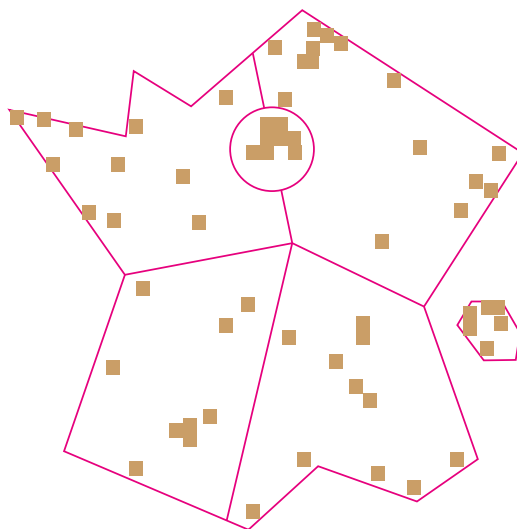
Po trzecie, opracowanie takich planów reintegracji wymaga podejścia wielodyscyplinarnego. Staramy się promować i koordynować w zespole wszystkich specjalistów przygotowujących do reintegracji zawodowej: medycznych, fizycznych, zawodowych, psychologicznych, technicznych i społecznych, a także osoby ze służb społecznych i świata pracy.

Ostatnim założeniem, któremu poświęcamy nasze działania, jest tworzenie projektów dostosowanych do potrzeb. Ponieważ pracownik niepełnosprawny jest wyjątkowy, standardowe lub zbyt administracyjne podejście, w którym taka osoba pozostanie bierna, nie jest odpowiednie. Stąd też plan powinien być dostosowany do czynników osobistych, życzeń i oczekiwań danej osoby, w taki sposób, aby mogła w nim aktywnie uczestniczyć.

Organizacja i funkcjonowanie

Comète France to prywatne stowarzyszenie finansowane i nadzorowane przez trzy instytucje publiczne: Ministerstwo Zdrowia, Urząd ds. Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych AGEFIPH oraz Publiczne Służby Zatrudnienia. Nasza sieć obejmuje 43 zespoły działające w 56 francuskich publicznych lub prywatnych ośrodkach rehabilitacyjnych (Ryc. 1). Większość z naszych 450 specjalistów jest zatrudniona w pełnym wymiarze godzin, co odpowiada co najmniej 2,7 etatu na zespół. Jednak gros zespołów składa się z przeważającej liczby specjalistów, takich jak: specjaliści rehabilitacji medycznej, neuropsycholodzy, psychologzy pracy, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni, fizjoterapeuci, ergonomiści, doradcy integracyjni oraz sekretarze/sekretarki. Największą wagę przykładamy do serdeczności, wspólnych wartości i satysfakcji ze wspólnej pracy, organizując co roku dwa ogólnokrajowe spotkania w formie konferencji kształcenia ustawicznego oraz miło spędzając czas podczas rekreacji.

Rycina 1. Rozmieszczenie zespołu Comète France



56 publicznych i prywatnych francuskich ośrodków rehabilitacji. 11 w regionie północno-zachodnim: Bois-Guillaume (Rouen), Brest i Roscoff, Granville, Lannion, La Membrolle-sur-Choizille, Le Mans, Nantes, Ploemeur, Rennes, St Nazaire, 9 w regionie południowo-zachodnim: Albi, Bagnères-de-Bigorre, Bordeaux, Niort, Limoges i Noth, Toulouse (3 lokalizacje), 8 w regionie paryskim: Bobigny, Bouffémont, Chatillon, Coubert, Garches, Paris (3 lokalizacje), 14 w regionie północno-wschodnim: Beauvais, Berck, Charleville-Mézières, Dijon, Fouquières (Lens) and Arras, Héricourt, Lille (3 lokalizacje), Mulhouse (2 lokalizacje), Nancy, Strasbourg, 11 w regionie południowo-wschodnim: Clermont-Ferrand, Hyères, Lyon (2 lokalizacje), Marseille, Montpellier, Perpignan, St-Etienne, St-Vallier i Valence, Vallauris, 5 na wyspie Reunion na Oceanie Indyjskim. Łączna liczba przekracza 56, ponieważ część z nich rozmieszczona jest w wielu miejscach.

Źródło: sprawozdanie roczne z działalności Comète

Nasz proces reintegracji składa się z czterech faz.

Faza 1. Identyfikacja i ocena

Organizacja Comète France jest dobrze znana większości współpracowników oddziałów intensywnej opieki medycznej i rehabilitacji, ponieważ nasze zespoły działają we własnych szpitalach i ośrodkach rehabilitacyjnych lub w pobliskich placówkach. Dlatego łatwo jest im wskazać tych pacjentów, którym działania Comète France przyniosą korzyści w czasie trwającej hospitalizacji.

Następnie działania i procesy Comète France są wyjaśniane danej osobie, a po wyrażeniu przez nią zgody przeprowadza się kompleksową ocenę. Uwzględniane są wszystkie aspekty ICF związane z reintegracją zawodową. W pierwszej kolejności specjalista rehabilitacji medycznej zbiera dane dotyczące czynników osobistych i pełnej

historii medycznej, w tym informacje o wszelkich przebytych wcześniej urazach oraz daty i charakter przeprowadzonych interwencji chirurgicznych i szczegółów leczenia. Następnie ocenia się stopień upośledzenia funkcji i struktur ciała, w zależności od charakteru zaburzenia. Ból, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego i stawów, układu ruchu oraz funkcjonowanie neurologiczne oceniane są przez fizjoterapeutów, którzy mogą mieć dostęp do zaawansowanych technologicznie badań, takich jak analiza chodu czy równowagi, przeprowadzana przez współpracowników. Neuropsycholodzy i logopedzi oceniają możliwości poznawcze i mowę, a psycholog – niezależnie od psychologa pracy – stan psychiczny (niepokój, nastrój, lęki, strategie radzenia sobie z problemami i uczucia). Ograniczenia aktywności według ICF: niezależność w życiu codziennym, chodzenie, wchodzenie po schodach, podnoszenie ciężkich przedmiotów, korzystanie z transportu publicznego i, w zależności od przypadku, korzystanie z narzędzi, komputerów lub skomplikowanych urządzeń, są oceniane przez terapeutów zajęciowych. W zespołach Comète France szczególny nacisk kładzie się na umiejętność prowadzenia samochodu, z pełną oceną obejmującą testy drogowe diagnozowane jednocześnie przez terapeutę zajęciowego i instruktora nauki jazdy. Pracownicy socjalni udzielają informacji na temat ograniczeń prowadzenia życia osobistego, spędzania wolnego czasu, statusu społecznego, finansowego i administracyjnego oraz czynników środowiskowych, w tym czynników ekonomicznych i ubezpieczeniowych, a także warunków lokalnego rynku pracy. Odbывают się również spotkania z członkami rodziny. Status zatrudnienia jest dokumentowany przez pracowników socjalnych, psychologów pracy i doradców integracyjnych oraz obejmuje kwalifikacje, doświadczenie, poprzednie miejsca pracy, czynniki środowiskowe w ostatnim miejscu pracy, ograniczenia fizyczne, postawy i wsparcie ze strony współpracowników/przełożonego. Ponieważ faza oceny trwa wystarczająco długo, wszyscy członkowie zespołu mają wiele okazji do przeprowadzenia wnikliwej dyskusji z daną osobą oraz wymiany poglądów, dzięki czemu mogą wydać udokumentowaną opinię na temat tego, kim naprawdę jest dana osoba, jakie są jej mocne i słabe strony w odniesieniu do poprzedniego miejsca zatrudnienia i wymagań środowiska pracy, co jeszcze może zrobić, a czego nie może już wykonywać, a przede wszystkim czego pragnie i jakie są jej oczekiwania.

Faza 2. Sporządzenie planu reintegracji

Ideą jest zmierzenie się z 3 wymiarami, takimi jak:

- czego dana osoba chce i co pragnie robić,
- co potrafi (zdolność do pracy),
- co jest realne do zrobienia w kontekście obecnych warunków na rynku pracy i ofert pracy, w celu nakreślenia pierwszego i całościowego kierunku działania, tzn. czy powrócić do poprzedniego miejsca pracy, czy powrócić do poprzedniego miejsca pracy z udogodnieniami lub w niepełnym wymiarze godzin, czy nauczyć się czegoś zupełnie nowego, czy porzucić ww. zamierzenia. Należy przy

tym wziąć pod uwagę czynniki prognostyczne powrotu do pracy, czyli przeanalizować zgodność między oceną kliniczną, społeczną i zawodową a prognozą powrotu do pracy, a także fakt, że powrót do poprzedniego miejsca pracy, nawet z udogodnieniami, jest zawsze łatwiejszy niż nauczenie się nowej.

Czynniki wywierające negatywny wpływ na powrót do pracy zostały już wcześniej opisane w literaturze¹². Do czynników osobistych według ICF należą: podeszły wiek, płeć, stan zdrowia, pochodzenie etniczne, niski status społeczny, niski poziom wykształcenia, przedłużające się zwolnienie lekarskie i oczekiwania dotyczące prawdopodobieństwa powrotu do pracy. Dyskryminacja zawodowa związana ze stanem zdrowia jest, niestety, kolejnym czynnikiem osobistym, który negatywnie wpływa na powrót do pracy. Przeprowadzone w 2017 r. badanie wykazało, że 36% naszych uczestników doświadcza lub doświadczało dyskryminacji w miejscu pracy. Częstym jej przejawem było nieprecyzyjne wyznaczanie zadań w stosunku do stopnia niepełnosprawności (37%), dostępności (35%) i transportu (26%), co skutkowało utratą szansy na znalezienie pracy (32%) i awans (26%) oraz wykluczeniem zawodowym (23%)¹³. Inne czynniki obejmowały wpływy zewnętrzne, które są skategoryzowane według ICF jako czynniki środowiskowe i które mogą stanowić bariery lub ułatwienia. Należą do nich: prawo do opieki społecznej i ubezpieczenia w pracy, skuteczność rehabilitacji, czynniki ekonomiczne i warunki na rynku pracy.

Mobilizowane są wszystkie kompetencje i podejmowane są konkretne działania, takie jak weryfikacja osiągnięć w nauce, określenie stanowisk i potrzeb zawodowych oraz projektowanie odpowiednich udogodnień. Umiejętności zawodowe są sprawdzane w sposób konkretny, w rzeczywistych sytuacjach i w kontekście miejsca pracy.

Pozwala to na sporządzenie wskazówek zawodowych dotyczących powrotu do pracy, kiedy wydaje się, że jest możliwe zaplanowanie przekwalifikowania zawodowego czy wznowienia nauki jak najwcześniej po wypisaniu pacjenta ze szpitala, kiedy powrót do pracy wydaje się nierealny.

Faza 3. Wdrożenie

Po podjęciu decyzji i opracowaniu planu działania, zaakceptowanego przez daną osobę i zatwierdzonego przez wszystkich partnerów i specjalistów, podejmowane są procedury i działania, które zostały z nią uzgodnione po to, by pomóc osobie niepełnosprawnej osiągnąć poziom zdolności do zatrudnienia pomimo niepełnosprawności i ograniczenia aktywności.

Określono role głównych partnerów, którzy mogą zapewnić sukces planu reintegracji zawodowej¹⁴, a nasze interwencje są właśnie na nich ukierunkowane.

¹² C. Gobelet, F. Luthi, A. T. Al-Khodairy et al. *Vocational rehabilitation: a multidisciplinary intervention*. *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1405–1410

¹³ J. M. Mazaux, M. Busnel, A. Picard et al. *Health and handicap-related job discrimination as viewed by professionals*. SOFMER congress, Nancy, 22.10.2017

¹⁴ M. A. Chamberlain, V. Fialka Moser, K. Schüldt Ekholm et al. *Vocational rehabilitation: an educational review*. *J Rehabil Med* 2009; 41: 856–869

W odniesieniu do roli samego pracownika niepełnosprawnego, zespół zachęca go do wyobrażenia sobie pracy, mimo że jest nadal hospitalizowany oraz do nawiązania kontaktu z jego poprzednimi współpracownikami i przełożonym w celu omówienia, które obowiązki w pracy nadal mógłby wykonywać. W końcowym efekcie zapewnione mu zostają odpowiednie udogodnienia. W odniesieniu do uczestnictwa i czynników środowiskowych wyjaśnia się lokalny kontekst społeczny i zawodowy, poszukuje się wolnych miejsc pracy i identyfikuje się pomocnych partnerów. Przykładowo, w procesie wykorzystywane są programy rehabilitacji zawodowej. Wyjaśnia się również sytuację danej osoby pracodawcy i bezpośrednim przełożonym. W kontekście epidemii Covid-19 kluczową kwestią jest praca stacjonarna w miejscu zatrudnienia lub praca zdalna (patrz dalej, studium przypadku). Przygotowywane są dokumenty administracyjne, ubezpieczeniowe i finansowe. W trakcie całego procesu plan podlega okresowej analizie, weryfikowana jest jego wykonalność i dokładność. Średni czas trwania ww. 3 etapów pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Średni czas trwania poszczególnych etapów reintegracji zawodowej w Comète France. Procent uczestników

	Krócej niż 1 miesiąc	1–3 miesiące	3–6 miesięcy	6–12 miesięcy
Faza 1	41%	18%	15%	26%
Faza 2	12%	15%	20%	53%
Faza 3	12%	18%	25%	45%

Źródło: sprawozdanie roczne z działalności Comète

Faza 4. Działania następcze

Specjaliści Comète France pozostają w kontakcie z daną osobą przez dwa lata po jej reintegracji zawodowej.

Uczestnicy

Każdego roku ocenianych i/lub leczonych przez Comète France jest ponad dziesięć tysięcy przypadków. W odniesieniu do cech demograficznych, połowa naszych uczestników jest w wieku powyżej 45 lat. Są to głównie mężczyźni (57%) o niskim lub średnim poziomie wykształcenia (59% posiada podstawowe kwalifikacje, takie jak świadectwo szkolne czy FPI lub nie posiada żadnego dyplomu). 43% z nich cierpi z powodu zaburzeń neurologicznych, głównie udaru mózgu lub uszkodzenia rdzenia kręgowego. 26% narzeka na przewlekły ból szyi lub przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa, a 24% odczuwa dolegliwości z powodu innych schorzeń ortopedycznych albo w wyniku odniesionych urazów. 8% stanowią osoby po amputacjach, poparzone lub z problemami kardiologicznymi. Zgodnie z zaleceniem Instytutu Zdrowia pa-

cyjenci z chorobami psychicznymi nie biorą zazwyczaj udziału w naszym programie. Niezależnie od rodzaju niepełnosprawności zawsze mamy do czynienia ze złożonymi sytuacjami rodzinnymi czy społecznymi.

Wyniki

Poniższe dane są jedynie orientacyjne, ponieważ nasze badania nie objęły grupy porównawczej. W 2020 r., w przybliżeniu, pod koniec Fazy 1 Comète France przestała udzielać wsparcia 39% uczestników, u 69% pod koniec Fazy 2 i u 17% w trakcie trwania lub pod koniec Fazy 3. Przyczyny tego stanu rzeczy przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Osoby rezygnujące z programu Comète France. Procent uczestników

Poszczególne etapy (liczba uczestników)	Osoby, które zakończyły program zbyt wcześnie	Osoby, które chciały kontynuować we własnym zakresie	Osoby, dla których inni partnerzy byli bardziej odpowiedni	Osoby, które zrezygnowały lub dla których program był niemożliwy do wykonania
Faza 1 N=6750	7%	12%	7%	13%
Faza 2 N=4800	20%	13%	24%	12%
Faza 3 N=1750	12%			5%

Źródło: sprawozdanie roczne z działalności Comète

Dla niektórych pacjentów, głównie z powodów medycznych, było zbyt wcześnie i czasami program był dla nich ponownie uruchamiany później. W przypadku niektórych osób wskazano alternatywnych partnerów reintegracyjnych jako bardziej odpowiednich, na ogół dlatego, że mogłyby one skorzystać z mniej odległych lub specyficznych dla danego schorzenia systemów reintegracyjnych (np. pacjenci z urazami głowy). Ci ostatni chcieli kontynuować program we własnym zakresie lub, niestety, ich projekt był niemożliwy do zrealizowania.

Jeśli chodzi o wyniki, 1746 uczestników weszło do Fazy 3:

- program ukończyło 83% osób, spośród których pod koniec roku 68,5% było zatrudnionych na stałe. 52,3% powróciło do tej samej pracy co wcześniej; 9,4% powróciło do tej samej firmy na inne stanowisko pracy lub do innego zadania; 5,7% przeszło do nowego przedsiębiorstwa, a 1,2% założyło nowe organizacje. Ponadto 9,5% podjęło się przekwalifikowania zawodowego po to, by nauczyć się zupełnie nowego zawodu, a 5% wznowiło studia.

- dla 12% Faza 3 trwała dalej, ale była opóźniona. Prawdopodobnie większość z tych uczestników znalazłaby pracę w następnym roku.
- 5,3 uczestników zrezygnowało z dalszego uczestnictwa w programie.

W czasie obserwacji, po zakończeniu programu około 80% uczestników nadal pozostawało zatrudnionych przez rok i dwa lata.

Studia przypadków

Przypadek 1

Mężczyzna V, lat 39. Dwadzieścia lat temu doznał urazu rdzenia kręgowego wraz z porażeniem kończyn dolnych T7 AIS A oraz urazu głowy. Obecnie przebywa na oddziale rehabilitacyjnym w związku z bólami barku. Ponieważ był on pracownikiem zajmującym się pakowaniem kosmetyków, specjalista rehabilitacji medycznej podejrzewa, że istnieje związek między jego pracą a dolegliwościami i kontaktuje się z lokalnym zespołem Comète France. Okazuje się, że rzeczywiście uszkodzenie stożka rotatorów może być związane z porażeniem kończyn dolnych i przemieszczaniem się przez cały dzień przez dwadzieścia lat, ale należy szukać i usuwać wszelkie inne czynniki przyczyniające się do rozwoju dolegliwości bólowych po to, aby pomóc tej osobie w prowadzeniu samodzielnego życia.

Faza 1 Comète France. Ocena ergonomiczna potwierdza, że praca na linii pakującej jest bardzo szkodliwa dla funkcjonowania barku. Jednak mężczyzna chce jak najszybciej powrócić na swoje stanowisko pracy.

Faza 2. Opracowano proste rozwiązania dotyczące jego miejsca pracy, takie jak wózek inwalidzki z opcjonalnym podnośnikiem, który zapobiegałby nadmiernemu unoszeniu barków (Ryc. 2).

Rycina 2. Studium przypadku 1

Rycina 2.1 Mężczyzna V na wózku inwalidzkim bez podnośnika



Rycina 2.2 Mężczyzna V na wózku inwalidzkim z zamontowanym podnośnikiem



Źródło: ze zbiorów własnych Dr Anne-Claire d'Apollito

Mężczyzna jest zdecydowanie niechętny i w związku z tym potrzeba wielu argumentów, aby go skłonić do korzystania z ww. urządzenia. Przekonuje się go, że jak najszybszy powrót do pracy na jak najdłuższy okres czasu wymaga przede wszystkim oszczędzania ramion; że może pomocna byłaby wizyta na stanowisku pracy z takim urządzeniem? Dzięki temu dochodzi do porozumienia pomiędzy mężczyzną, zespołem Comète France, lekarzem medycyny pracy i pracodawcą, a dzięki ich współpracy zostaje zorganizowane takie spotkanie. Wizyta udowadnia mężczyźnie możliwość wykonywania pracy po spełnieniu określonych warunków. Pacjent jest tak przekonany o korzyściach zdrowotnych płynących z używania z podnośnika, że prosi o możliwość korzystania z tego wózka podczas oczekiwania na własny!

Faza 3. Zespół przygotowuje dokumenty administracyjne i wnioski o dofinansowanie i wspiera mężczyznę do czasu otrzymania własnego wózka inwalidzkiego z podnośnikiem.

Komentarz: Gdyby specjalista rehabilitacji medycznej nie pomyślał o związku między pracą a bólem barku, mężczyzna przeszedłby na długą absencję chorobową lub kontynuowałby pracę przez krótki czas, zanim przestałby definitywnie pracować z powodu uszkodzenia stożka rotatorów. Sytuacja ta stała się okazją do owocnej wymiany poglądów z lekarzami medycyny pracy i podniesienia ich świadomości na temat długofalowych konsekwencji porażenia kończyn dolnych oraz znaczenia tworzenia ergonomicznych miejsc pracy dla osób dotkniętych tym schorzeniem.

Przypadek 2

Kobieta B, lat 52, leczona na oddziale dziennym z powodu stwardnienia rozsianego, skarży się na silne zmęczenie, które coraz bardziej utrudnia jej aktywność zawodową. Praca jest dla niej bardzo ważna, stąd też została skierowana do lokalnego zespołu Comète France w celu uzyskania porady.

Faza 1 Comète-France. Specjaliści z Comète France zauważają, że pacjentka jednocześnie chodzi do pracy i korzysta ze świadczeń rehabilitacyjnych lub poddaje się rehabilitacji w dni wolne. Wielodyscyplinarna wymiana informacji pomaga pacjentce uświadomić sobie, że zmęczenie pogarsza jej zdolności poznawcze i zdolność do pracy oraz zwiększa ryzyko upadku. Musi ona zatem przeorganizować życie osobiste i zawodowe, uwzględniając swoje dolegliwości.

Faza 2. W tym przypadku rozwiązaniem może być praca zdalna, pod warunkiem, że miejsce pracy nie przyczyni się do wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Pacjentka oraz zakład medycyny pracy w jej miejscu pracy wyrażają zgodę. Następnie ergonomista Comète France odwiedza dom pacjentki i proponuje pewne rozwiązania mające na celu reorganizację pracy w domu. Testowane są niektóre urządzenia, takie jak ergonomiczny fotel, podnózek, podwójny ekran i podstawka pod komputer po to, aby sprawdzić ich wpływ na pracę pacjentki.

Faza 3. W celu nabycia potrzebnych przedmiotów składane są wnioski o dofinansowanie. Połowę kosztów pokrywa francuski Urząd ds. Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych AGEFIPH, drugą pracodawca.

Komentarz: Praca zdalna z pewnymi udogodnieniami pozwoliła pacjentce zachować pracę bez odczuwania zbytniego bólu i zmęczenia. Było to jak najbardziej pożądane, ponieważ krótko po tym wybuchła epidemia Covid-19. Kobieta była już przyzwyczajona do pracy zdalnej w pełnym wymiarze godzin, podczas gdy wielu niepełnosprawnych pracowników zostało zmuszonych do szybkiego przejścia na nią bez otrzymania jakiegokolwiek wsparcia ze strony kogokolwiek, kto sprawdziłby, czy ich warunki pracy w domu są dla nich odpowiednie.

Uwagi końcowe

Od 30 lat Comète France z powodzeniem pracuje nad reintegracją zawodową i powrotem do pracy tysięcy niepełnosprawnych pracowników we Francji, co stanowi dowód na to, że prywatny system, angażujący wysoce zmotywowanych specjalistów i wprowadzający programy kierowane przez ICF i dostosowane do indywidualnych potrzeb na wczesnym etapie rehabilitacji, jest wykonalny i użyteczny. Wdrażanie naszych programów w trakcie rehabilitacji ułatwia relacje ze współpracownikami z branży medycznej i w fazie pierwszej pomaga zebrać kompletny wywiad medyczny oraz pełną ocenę fizykalną. Pomaga również niepełnosprawnemu pracownikowi w wyobrażeniu sobie powrotu do pracy w czasie, gdy kwestie medyczne pozostają ciągle sprawą najważniejszą. Powrót do pracy stanowi dla takiej osoby konkretną przyszłość. ICF pomaga nam również w Fazach 1 i 2 wyjść poza obecne upośledzenia i ograniczenia aktywności. Do przeprowadzenia analizy zgodności między danymi klinicznymi a prognozykami powrotu do pracy przydatne są odpowiednie kody ICF¹⁵. Sekcje d7 lub d720 przypominają nam o znaczeniu i złożoności relacji międzyludzkich w pracy, a sekcje e330 i e410 określają rolę, jaką odgrywają postawy pracodawców, współpracowników i członków rodziny, gdzie jednym z czynników jest dyskryminacja zawodowa związana ze stanem zdrowia.

W obecnym kontekście, naszym priorytetem jest stawianie czoła trudnościom związanym z epidemią Covid-19, w zakresie oceny możliwości pracy zdalnej lub rozwój infrastruktury na potrzeby transportu i miejsc pracy. Sądzymy, że musimy również poprawić naszą lokalną współpracę z innymi, publicznymi systemami reintegracji zawodowej oraz relacje z podmiotami ze świata pracy i pracodawcami, przy jednoczesnym poszanowaniu tajemnicy lekarskiej.

Uważamy także, że wymiana europejska może oraz powinna być rozwijana. Pomijając kwestię wątpliwości polityków oraz różnorodności i złożoności systemu, w jakim stopniu specjaliści tacy jak my mogą przyczynić się do lepszego ujednoczenia procesu reintegracji zawodowej w Europie?

¹⁵ M. A. Chamberlain, V. Fialka Moser, K. Schüldt Ekholm et al. *Vocational rehabilitation: an educational review*. J Rehabil Med 2009; 41: 856–869

Podziękowania. Autorzy pragną podziękować członkom kierownictwa Comète France za pomoc.

Literatura

André J. M., Le Chapelain C., Paysant J. *The French model of vocational rehabilitation. Existing legal plans of action for reimbursement for the deficiency. Plans of action enabling preparation for job retention.* In: C. Gobelet, F. Franchignoni eds. *Vocational rehabilitation*, Paris: Springer-Verlag 2006: 283–308

Bränholm I. B., Eklund M., Fugl-Meyer K., Fugl-Meyer A. *On work and life satisfaction.* *J Rehabil Sciences* 1991;4-2:29-34

Chamberlain M. A., Fialka Moser V., Schüldt Ekholm K. et al. *Vocational rehabilitation: an educational review.* *J Rehabil Med* 2009; 41: 856–869

Gobelet C., Luthi F., Al-Khodairy A. T. et al. *Vocational rehabilitation: a multidisciplinary intervention.* *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1405–1410

Gutenbrunner C., Ward A., Chamberlain M. A. *White book on physical and rehabilitation medicine in Europa.* *J Rehabil Med* 2007; S45

Haute Autorité de Santé. Démarche précoce d'insertion socio-professionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant du champ de compétences de la médecine physique et de réadaptation. <https://www.has-sante.fr/jcmms/recommandations-de-bonne-pratique> (2011). Access 08/08/2021

Homa D. B. *Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement.* *Work* 2007; 29: 277–286. 99

Mazaux J. M., Busnel M., Picard A et al. *Health and handicap-related job discrimination as viewed by professionals.* SOFMER congress, Nancy, 22.10.2017

OECD. *Sickness, disability and work: breaking the barriers—a synthesis of findings across OECD countries.* Paris: OECD Publishing 2010

Schultz I. Z., Crook J., Berkowitz J. et al. *A prospective study of effectiveness of early intervention with high-risk back injured workers. A pilot study.* *J Occup Rehabil* 2008; 18: 140-151

van Vilsteren M., van Oostrom S. H., de Vet H. C. W. et al. *Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave.* *Cochrane Database Syst Rev* 2015;10:CD006955

Westman A., Linton S., Theorell T. et al. *Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation: a 5-year follow-up study.* *Disabil Rehabil* 2006; 28(7):437-446

World Health Organization & The World banks. *World report on disability.* Geneva: World Health Organization 2011