

**Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
Poznań, Polska**

Sławomir Piotr Baranowski

**Porównanie tradycyjnego i holistycznego modelu
wspomagania osób przewlekle chorych
w procesie powrotu do pracy na przykładzie Kanady**

**praca doktorska napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Ewy Mojs**

Poznań 2017

Spis Treści:

Wstęp	5
Pojęcia i definicje	7
1. Teoretyczne modele zdrowia, choroby i niepełnosprawności ...	9
1.1. Pojęcie zdrowia	9
1.2. Model biomedyczny	11
1.3. Model społecznościowy	13
1.4. Model ekonomiczny	17
1.5. Model norm kulturowych	20
1.6. Model biopsychospołeczny	23
2. Zagadnienia rewalidacji społecznej i zawodowej	28
2.1. Model rzecznictwa	29
2.2. Model ubezpieczeniowy	31
2.3. Modele medyczne	32
2.3.1. Lekarz jako rzecznik pacjenta	34
2.3.2. Lekarz jako partner w procesie leczenia	37
2.4. Zdemedyzalizowany model współpracy lekarz-pacjent	39
3. Zastosowane zdemedyzalizowanego modelu w praktyce	42
3.1. Wczesna interwencja i zarządzanie	42
3.2. Efektywna komunikacja	45
3.3. Formalny plan współpracy	49
3.4. Przystosowanie stanowiska pracy	56
3.5. Rozważania etyczne	60
4. Część empiryczna	63
4.1. Cel rozprawy	64
4.2. Materiał badawczy	65
4.3. Metoda badania	68
5. Wyniki	69
5.1. Analiza statystyczna - badanie 1	69
5.2. Analiza statystyczna - badanie 2	73

6.	Opis problemów poddanych analizie i dyskusja	80
7.	Wnioski	91
8.	Streszczenie	94
9.	Abstract	97
10.	Bibliografia	101
11.	Załączniki	105
11.	Spis rycin i tabel	105
11.	Tabele danych surowych	106
11.	Zgoda na użycie danych (WSB NS)	107
11.	Kanadyjska Karta Praw Człowieka (wyciąg)	108
11.	Prawa Amerykanów z niepełnosprawnością (przewodnik)	115

Na wstępie pragnę przekazać wyrazy wdzięczności i szacunku dla promotora mojej pracy, **prof. dr hab. Ewy Mojs** za cierpliwość, niezłomne wsparcie oraz skuteczne ukierunkowanie zarówno części teoretycznej pracy, jak i moich wysiłków badawczych.

Pragnę również wrazić podziękowanie dla Ms. Dennita Fizpatrick, Dyrektora d/s Programów i Usług Medycznych w Nova Scotia Workers' Compensation Board (WCBNS), a także Nova Scotia Liquor Corporation (NSLC), za umożliwienie mi dostępu do danych statystycznych.

Wstęp.

Celem niniejszej pracy jest analiza dynamicznego i wysoce zindywidualizowanego procesu powrotu do zdrowia i funkcjonalności, po doznaniu fizycznego lub psychologicznego urazu lub w przebiegu przewlekłej choroby. Dodatkowym celem pracy jest przedstawienie indywidualnych i grupowych nacisków wywieranych na osobę chorą, nazywaną także osobą z niepełnosprawnością, by zmotywować ją do aktywnego wysiłku w celu powrotu do zdrowia i pracy zawodowej. Treść pracy zawiera opis i analizę systemu pomocy, komunikacji i zachowań społecznych oraz odpowiedzialności, jaką przyjmują na siebie osoby i instytucje zaangażowane w proces leczenia, w społeczeństwie oraz środowiskach pracy w Kanadzie.

Wiedza, przykłady oraz dane empiryczne zawarte w niniejszej pracy, zgromadzone zostały w okresie ostatnich 28 lat aktywnej pracy zawodowej w Kanadzie, w dziedzinach indywidualnej rehabilitacji zawodowej oraz szeregu specjalistycznych programów ubezpieczeń zdrowia, oferowanych zarówno w instytucjach budżetowych (np. administracja regionu/prowincji lub urząd miasta), jak i indywidualnych firmach z kapitałem prywatnym. Objęcie pracowników standardowym programem ubezpieczenia od niezdolności do pracy jest w Kanadzie obowiązkowe, a wspomniane inicjatywy zorientowane są na przywrócenie maksymalnej sprawności ogólnej lub specjalistycznej w wybranych obszarach, zaburzonej lub utraconej w przebiegu choroby lub w wyniku urazu. W przypadkach, kiedy nie jest to możliwe, wysiłki i środki kierowane zostają na modyfikację specjalności zawodowej lub przebranżowienie, czyli całkowitą zmianę profilu zawodowego danej osoby.

Dodatkowym elementem kompleksowego systemu opieki zdrowotnej w Kanadzie, jest wspomagany aktem prawnym wymóg zapewnienia pracownikom tzw. zdrowych środowisk pracy, gdzie ryzyko doznania fizycznego bądź psychologicznego urazu jest aktywnie minimalizowane na wszystkich szczeblach organizacji.

Praktyka zawodowa będąca podstawą niniejszej rozprawy miała miejsce w różnych prowincjach Kanady - Alberta, Brytyjska Kolumbia, Ontario i Nowa Szkocja. Wydaje się zatem uzasadnione, by przykłady i dane zawarte w tekście rozprawy uznać za reprezentatywne dla szerszej populacji i całokształtu omawianego zagadnienia.

Koncepcyjnie, praca reprezentuje przekonanie autora, że wystąpienie somatycznych lub psychologicznych symptomów choroby, nawet jeśli utrzymujących się w przedłużonym okresie i/lub ze zwiększoną intensywnością, nie musi prowadzić do trwałych ograniczeń lub upośledzeń funkcjonowania jednostki. Osoby zmagające się z chorobą lub poważnym uszkodzeniem zdrowia, szczególnie jeśli otrzymują aktywną pomoc i wsparcie, nie powinny być automatycznie wykluczane ze społecznych oczekiwań uzyskania autonomii i utrzymania względnej samodzielności finansowej.

Dodatkowo, poniższa rozprawa ilustruje ewolucję własnych przemyśleń autora na temat procesu powracania do zdrowia, rozumianego jako odbudowywanie utraconego poziomu funkcjonalności lub kreatywną substytucję indywidualnych zachowań i celów. Tekst pracy jest także wynikiem bardziej ogólnej transformacji poglądów i zmiany perspektywy na samo zagadnienie rehabilitacji. Zmiana ta przejawia się w akceptacji, że najbardziej istotnym elementem pozwalającym szacować potencjalny wynik procesu przywracania funkcjonalności nie jest tzw. obiektywna diagnoza medyczna czy wyniki testów diagnostycznych. W świetle rozważań zawartych w pracy, najbardziej istotnymi elementami okazują się być indywidualna postawa i motywacja, świadome podjęcie decyzji o "aktywnym zdrowieniu" oraz konsekwentne inwestowanie energii i wysiłku w proces aktywizacji i rewalidacji. Wartościowanie końcowego efektu procesu rehabilitacji w kontekście życia jednostki, w dużej mierze pozostaje także sprawą subiektywną.

Pojęcia i definicje.

W treści niniejszej rozprawy, **niepełnosprawność** (*dis-ability*) rozumiana jest jako obniżenie poziomu funkcjonalności, niezależnie od tego czy występuje na poziomie somatycznym czy psychologicznym, będąc rezultatem urazu, przebiegu przewlekłej choroby, czy ogólnego pogorszenia stanu zdrowia. Dodatkowo, w treści pracy, zastosowane zostały, następujące pojęcia:

- **Upośledzenie** (*impairment*):

utrata lub obniżenie poziomu specyficznej funkcjonalności, w porównaniu ze standardowym poziomem funkcjonalności u innych przedstawicieli populacji, pojawiające się w wyniku urazu, choroby lub wrodzonego niedorozwoju. W tym rozumieniu, “upośledzenie” uważane jest za pojęcie medyczne, definiowane za pomocą obiektywnie wymierzalnych parametrów, na przykład testów diagnostycznych, określających zakres utraty funkcji lub głębokość upośledzenia.

- **Niepełnosprawność** (*disability*):

Utrata bądź obniżenie możliwości realizacji dążeń lub uczestnictwa w życiu społecznym i/lub zawodowym na poziomie porównywalnym z innymi członkami społeczności, następujące jako konsekwencja napotykania barier architektonicznych, ekonomicznych bądź społecznych. Niepełnosprawność może być również zdefiniowana jako obniżenie indywidualnych możliwości samorealizacji, spełniania osobistych, zawodowych lub społecznych potrzeb jednostki, zarówno wewnętrznych, jak i tych odczuwanych w formie oczekiwań z zewnątrz. W tym kontekście, niepełnosprawność powstaje zatem w procesie interakcji pomiędzy obiektywnym poziomem upośledzenia w sensie medycznym, a funkcjonalnymi oczekiwaniami, szczególnie w odniesieniu do czynności zawodowych. Innymi słowy, niepełnosprawność może być percypowana jako różnica pomiędzy poziomem funkcjonalności dostępnej dla określonej osoby, a poziomem funkcjonalności pożądanej przez tę osobę, lub oczekiwanej z zewnątrz. W tym

rozumieniu, niepełnosprawność to pojęcie bardziej normatywne, umieszczone w kontekście norm i oczekiwań kulturowych, społecznych, ekonomicznych, a także prawnych (Dyck, 2002).

- **Osoby z niepełnosprawnością** (*people with a disability*):

Używane zamiast pojęcia “osoby niepełnosprawne”, by uniknąć błędnej i szkodliwej społecznie stygmatyzacji. Pojęcie “osoby niepełnosprawne” wybiórczo koncentruje uwagę odbiorcy na opisie jednostki z perspektywy braku czy niedoskonałości cechy lub funkcji, implikując tym samym niepełnowartościowość w kontekście indywidualnym, społecznym bądź zawodowym. “Osoba niepełnosprawna” to kategoryzacja oparta na negatywnej konotacji semantycznej, podobnie jak osoba opisywana jako “niedokładna”, czy “niedojrzała”. W konsekwencji, ta jedna cecha często staje się pryzmatem, przez który interpretowane są pozostałe cechy czy działania jednostki. Pojęcie “osoba z niepełnosprawnością” wydaje się zdecydowanie mniej pejoratywne, mniej stygmatyzujące; skoncentrowane na osobie, a nie na niepełnosprawności (Dyck, 2002).

Inne pojęcia i skróty:

- **ADA** - *Americans with Disability Act* - Akt prawny regulujący status, prawa i przywileje oraz świadczenia medyczne i społeczne obywateli USA dotkniętych niepełnosprawnością fizyczną lub psychiczną
- **ICF** - *International Classification of Functioning* - Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania. System klasyfikacji funkcji organizmu człowieka, oryginalnie wprowadzony w życie w 1980, zmodyfikowany do obecnej postaci w maju 2001
- **WHO** - *World Health Organization* - Światowa Organizacja Zdrowia

1. Teoretyczne modele zdrowia, choroby i niepełnosprawności.

1.1. Pojęcie zdrowia

Odrobinę paradoksalnie, nie jest łatwo o jednoznaczną definicję zdrowia. Z jednej strony, w potocznym rozumieniu, znaczenie pojęcia "zdrowie" wydaje się oczywiste; z drugiej, przy bliższej analizie okazuje się, że nie oferuje ono zgodności w opisie elementów składowych zdrowia.

W biomedycznym modelu, zdrowie jest często utożsamiane z "brakiem dolegliwości" lub "brakiem konkretnego stanu chorobowego". W tym specyficznym podejściu centralne miejsce zajmuje bowiem choroba, przez którą rozumiane są odstępstwa od prawidłowej struktury i funkcjonowania organizmu. Zdrowie, niejako pośrednio, definiowane jest wtedy jako "normalna budowa organizmu i prawidłowe funkcjonowanie" (Heszen, Sęk, 2012).

Szersze pojęcie zdrowia jako "dobrostanu" (wellness), zaproponowane zostało w tekście konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1948 roku. W tym znaczeniu, zdrowie utożsamiane jest z pozytywnym, nadrzędnym stanem psychofizycznym, a nie wyłącznie z brakiem objawów chorobowych. Zatem, prócz elementów czysto biologicznych, ta definicja wydaje się uwzględniać wpływ ludzkiej psychiki oraz środowiska społecznego na zdrowie (Heszen, Sęk, 2012).

W innych koncepcjach, zdrowie rozpatrywane jest, może bardziej dynamicznie jako "potencjał i właściwości człowieka umożliwiające adaptację w określonym środowisku" (Heszen, Sęk, 2012), jako proces przemieszczania się na kontinuum pomiędzy zdrowiem, a chorobą, gdzie zdrowie jest wartością pozytywną, do której dążymy, a choroba wartością negatywną, której unikamy (Tomaszewski, 1975).

W obecnym podejściu do definicji zdrowia pojawiły się tendencje poszerzania znaczenia pojęciowego zdrowia o nowe aspekty, np. duchowość. Duchowość często pojawia się w kontekście trzech wymiarów ludzkiego zdrowia: aspektu biologicznego, psychicznego i społecznego. Inną tendencją jest akcentowanie zmienności stanu zdrowia w procesie jego poprawy, czyli aktywnego unikania chorób i dolegliwości.

Definicja zdrowia jako dobrostanu (wellness) fizycznego, psychicznego i społecznego, do którego jednostka aktywnie dąży i który dynamicznie określa dyspozycje jednostki umożliwiające adaptację do określonych warunków środowiskowych, bądź jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi pomiędzy wymaganiami środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Pojęcie zdrowia jest znaczeniowo bliskie pojęciom szczęścia i dobrej jakości życia, choć na pewno nie są to pojęcia tożsame (Heszen, Sęk: 2012).

Warto dodać, że trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu pojęcia zdrowia, wynikają po części z konieczności uwzględniania zastosowania czy zamierzonego celu wybranej definicji. Niewątpliwie inne będą cechy definicji zdrowia w kontekście profilaktyki, niepełnosprawności, czy choćby pourazowej readaptacji (Głowacka, Mojs, 2007).

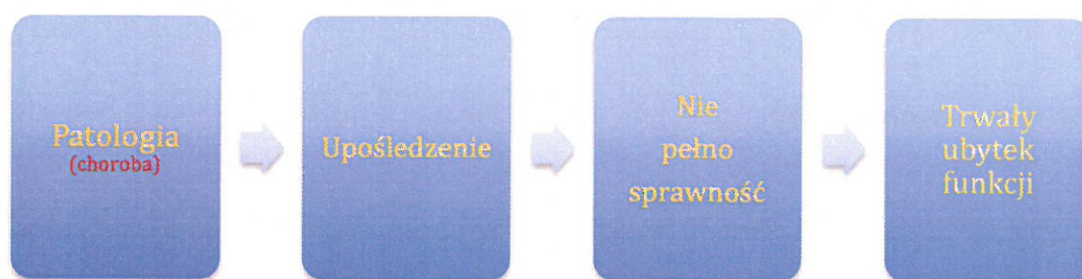
1.2. Model biomedyczny.

Biomedyczny model zdrowia, choroby i niepełnosprawności wydaje się wyjątkowo mocno ugruntowany, zarówno w percepcji społecznej jak i indywidualnej. Oparty na kartezjańskim dualizmie i separacji duszy i ciała, model biomedyczny znajdował odzwierciedlenie w nauce przez większość XX wieku. Pod wieloma względami pozostaje on nieuświadomiony, a tym samym całkowicie niewidoczny w codziennej wymianie informacji i wśród zachowań społecznych. Dodatkowo, pod wieloma względami, model biomedyczny uznawany jest za normę, do której, niejako intuicyjnie, porównywani jesteśmy wszyscy.

Podjmując ryzyko nadmiernie mechanistycznego uproszczenia, choć także niezmiernie przydatnego w procesie analizy zagadnienia, biomedyczny model choroby i niepełnosprawności opisuje organizm ludzki jako zbiór kompatybilnych i zsynchronizowanych elementów, współpracujących w określonym celu (utrzymanie życia, zaspokajanie potrzeb oraz dążeń), a chorobę traktuje jako zaburzenie procesu synchronizacji lub uszkodzenie jednego lub kilku elementów zbioru. W konsekwencji, zdrowienie to po prostu "naprawa" uszkodzonych elementów, przywrócenie właściwej komunikacji pomiędzy nimi lub korekta synchronizacji współgrających ze sobą elementów większej całości (Sheridan, Radmacher, 1998).

W modelu biomedycznym zdrowie pozostaje kategorią zobiektywizowaną - przyjmuje się podobnie mechanistyczne założenie, że "normalnie" organizm ludzki cechuje się brakiem dysfunkcji, a każdy symptom jest jednocześnie wyznacznikiem choroby, jego zaś konsekwencją - czasowa lub trwała niepełnosprawność funkcjonalna. Dodatkowo, podstawowym celem interwencji medycznej lub rehabilitacji jest eliminacja objawów, a tym samym "wyleczenie", czyli usunięcie zaburzenia i przywrócenie całego układu do równowagi. W modelu biomedycznym istnieje pojęcie, tzw. medycyny naprawczej, gdzie stan zdrowia i choroby pozostaje całkowicie pod kontrolą lekarza, a od chorego oczekuje się przede wszystkim podporządkowania się zaleceniom lekarskim. Zdrowie i choroba pozostają kategoriami rozłącznymi - jednostka jest albo zdrowa, albo chora i nie może istnieć w stanie pośrednim (Heszen, Sęk, 2012).

Poniższy schemat ilustruje pojęcie choroby i niepełnosprawności:

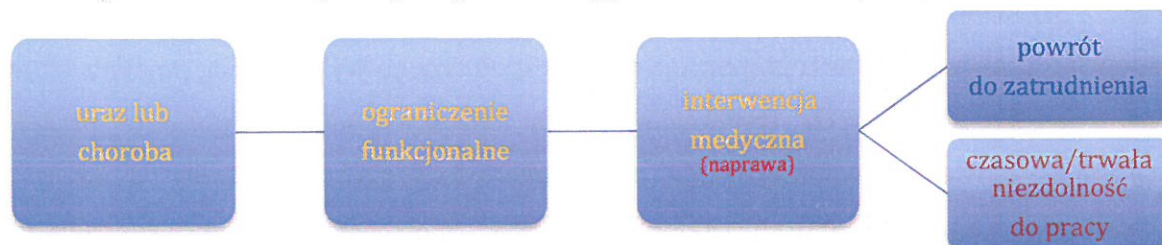


Ryc. 1. Schemat pojęcia choroby i niepełnosprawności

Źródło: na podstawie Hurri H. 2003.

Biomedyczny model choroby i niepełnosprawności nadal stanowi podstawę konstrukcji przeważającej większości programów ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych oraz od niezdolności do pracy w Kanadzie i USA. W tym konkretnym podejściu, uprawnienia do otrzymania świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych, a także wsparcia finansowego w okresie choroby i wynikającej z niej niezdolności do pracy, zależne są od, tzw. obiektywnych danych klinicznych i diagnostycznych. W wyniku potwierdzenia diagnozy medycznej, osoba nabywa prawo do otrzymania określonych procedur medycznych i/lub wsparcia psychologicznego, skoncentrowanych na likwidowaniu dolegliwości i symptomów chorobowych, które stanowią główną barierę na drodze powrotnej do odzyskania przed chorobowego poziomu sprawności i funkcji zawodowych. Jeśli interwencja medyczna nie jest w stanie przywrócić funkcji do poziomu umożliwiającego aktywne zatrudnienie, na poziomie uposażenia porównywalnym z okresem przed (medycznym) potwierdzeniem niezdolności do pracy, możliwe jest złożenie wniosku i po spełnieniu wymogów opisanych w kryteriach kwalifikacyjnych polisy lub programu, otrzymywanie długoterminowej (minimalnie 24 miesięcznej) renty inwalidzkiej. W uzasadnionych przypadkach, renta inwalidzka przyznawana jest do końca ustawowego okresu zatrudnienia, obecnie do 65 roku życia (Dyck, 2002).

Poniższy schemat ilustruje aktywną interwencję w modelu biomedycznym:



Ryc. 2. Przebieg i wynik interwencji w modelu biomedycznym

Źródło: na podstawie Hurri H. 2003.

1.3. Model społecznościowy (lub “społecznego wykluczenia”)

Model społecznościowy, znany również jako socjoekologiczny, powstał na styku nauk przyrodniczych i społecznych w procesie zapoczątkowanej w latach 70-tych strategii promocji zdrowia powszechnego. Głównym założeniem tego modelu jest przekonanie o hierarchii systemów: większego - społecznego oraz mniejszego - indywidualnego, a także ich wzajemnych zależności. Człowiek pojmowany jest w tym modelu jako "całościowy system funkcjonujący biologicznie, umysłowo i duchowo". Zdrowie natomiast podlega wielorakim wpływom, wśród których najistotniejszymi są dążenia w kierunku realizacji swojego potencjału, w korelacji z wymaganiami społecznymi. W kontekście modelu społecznościowego, każda osoba ma własną koncepcję zdrowia (także choroby i niepełnosprawności), utrzymuje jednak równowagę pomiędzy własną autonomią, a niezbędną zależnością od szeregu systemów społecznych, warunkujących poczucie bezpieczeństwa i stymulujących rozwój. Zdrowie jest zatem pojmowane jako dynamiczna równowaga pomiędzy dążeniami jednostki, a wymaganiami otoczenia (Heszen, Sęk, 2012).

W miarę postępującego uznania równych praw dla osób z niepełnosprawnościami, w tym prawa do pełnego dostępu do mechanizmów wolnorynkowych, jak konkurencja czy gromadzenie dóbr materialnych, eliminacja dysproporcji w uposażeniu pomiędzy osobami z i bez niepełnosprawności zatrudnionymi na tym samym stanowisku oraz postulat pełnego uczestnictwa w procesach i interakcjach społecznych, zmieniała się pozycja osób z

niepełnosprawnością. Z upływem lat i wzrostem świadomości, pojawiły się także grupy wsparcia społecznego (*advocacy groups*) wywierające znaczący wpływ na zmiany w polityce społecznej.

Systematyczna i skuteczna krytyka medycznego modelu choroby oraz niepełnosprawności, wraz z propozycją modelu społecznego wykluczenia, pojawiła się w na początku lat 80-tych (Finekstein, 1980; Oliver, 1983). U podstaw modelu społecznościowego leży przekonanie, że ograniczenia funkcjonalne osoby są bardziej wynikiem norm i oczekiwań nakładanych przez społeczeństwo, niż bezpośrednim wynikiem urazu czy procesu chorobowego. Przykładem takich ograniczeń mogą być bariery architektoniczne, np. wysokie krawężniki, schody bez podjazdów lub windy, zbyt wąskie drzwi by zmieścić wózek inwalidzki, brak odpowiednio przystosowanych toalet, itd. O ile bariery architektoniczne są stosunkowo łatwe do usunięcia za pomocą modyfikacji strukturalnych budynku czy konfiguracji dojazdu, najtrudniejsze do usunięcia pozostają bariery odzwierciedlone w postawach ludzkich. Uprzedzenia przejawiane przez osoby indywidualne bądź grupy społeczne prowadzą do stygmatyzacji oraz izolacji osób z niepełnosprawnościami. Według Finekstein (1980) i Oliver (1983) powszechny proces stygmatyzacji, prowadzący do zmiany postaw zachowań społecznych, staje się głównym problemem dla osób z niepełnosprawnością, utrudniając lub nawet uniemożliwiając im pełną samorealizację i często poważnie utrudniając realizację ról zawodowych i społecznych, a także upośledzając funkcjonowanie tych osób w społeczeństwie.

Społecznościowy model choroby i niepełnosprawności wpłynął na umiejscowienie czynników decydujących o poziomie upośledzenia funkcji, w dużej mierze przesuwając je z osoby z niepełnosprawnością na społeczeństwo w jakim funkcjonuje. Powstanie modelu społecznościowego w znaczącym stopniu przyczyniło się także do zmiany perspektywy spojrzenia na osoby z niepełnosprawnością. Zmiana indywidualnych postaw wobec takich osób z czasem przerodziła się w głębsze przemiany społeczne oraz prawne. Bezpośrednim efektem znacznego wzrostu świadomości społecznej było podpisanie w lipcu 1990 roku aktu prawnego znanego jako Prawa Amerykanów z niepełnosprawnością - "Americans with Disability Act" (ADA).

ADA potwierdził równe prawa dla osób z niepełnosprawnościami i ustanowił konkretne normy administracyjne i społeczne regulujące sposób traktowania osób z cechą niepełnosprawności. Wprowadzenie ADA wywarło trwały wpływ na mechanizmy ekonomiczne i zachowania społeczne utrudniając, a często wręcz uniemożliwiając, dyskryminację na bazie niepełnosprawności. ADA usankcjonował i ujednolicił także normy dotyczące wielu obszarów życia publicznego, w tym wymogi architektoniczne dla miast i budynków, rozplanowanie obiektów sportowych, miejsc rekreacji i wypoczynku (parki i skwery), organizacje zgromadzeń i imprez kulturowych, środki transportu publicznego, dostęp do technologii i komunikacji, organizację i ergonomię miejsc pracy, środowiska akademickie, obiekty religijne, itp. W tym kontekście, ADA stał się głównym instrumentem przyczyniającym się do pełnej integracji społecznej osób z niepełnosprawnościami w USA. (ADA,1975)

Kanada posiada osobny dokument prawny - "Kartę Praw Człowieka" (Canadian Human Rights Act), wprowadzoną w 1977 roku. W 1999 roku, na bazie decyzji Sądu Najwyższego w głośnych sprawach znanych jako *Meiorin* i *Grismer* (Meiorin-Grismer, 1999), na pracodawców nałożony został obowiązek przystosowania miejsca pracy oraz zakresu wymaganych funkcji do potrzeb osoby z niepełnosprawnością, jeśli dana osoba kwalifikuje się na określone stanowisko na podstawie pozostałych kryteriów, jak wykształcenie, wiedza, dotychczasowe doświadczenie zawodowe i umiejętności. Innymi słowy, jeśli osoba jest w stanie spełnić uzasadnione funkcjami zawodowymi oczekiwania pracodawcy, ten zobowiązany jest przystosować miejsce i/lub godziny pracy tak, by osoba z niepełnosprawnością otrzymała porównywalne (*equitable*) możliwości zdobycia i utrzymania aktywnego zatrudnienia i uposażenia, to tych które dostępne są dla osób bez niepełnosprawności.

Model społecznościowy wydaje się najtrafniej odnosić do osób z zaburzeniami sprawności umysłowej lub emocjonalnej. Niezależnie od zdobyczy medycyny czy psychologii, osoby z tej grupy społecznej najczęściej doświadczają dyskryminacji i niewłaściwego traktowania w szeroko rozumianym kontekście codziennego życia. Z punktu widzenia rehabilitacji i rewalidacji zawodowej, osoby z zaburzeniami funkcji umysłowych lub emocjonalnych, wymagają dłuższej i bardziej kompleksowej interwencji rehabilitacyjnej, a często dodatkowych funduszy na adaptację/modyfikację miejsca pracy.

Model społecznościowy choroby i niepełnosprawności uwidocznili niepokojący fakt, że zachowanie i funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi wydają się być oceniane według innych (surowszych) standardów, niż zachowanie i potencjał osób z zaburzeniami funkcji somatycznych.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi nadal borykają się z relatywnie wysokim poziomem dezakceptacji, dyskryminacji i negatywnych postaw społecznych. Osoby przejawiające symptomy zaburzeń emocjonalnych i chorób psychicznych, jak np. stany lękowe, choroby afektywne, jak dwubiegunowość czy depresję, często potrafią efektywnie regulować swój stan i łagodzić objawy za pomocą interwencji terapeutycznej i/lub farmakologicznej i skutecznie powrócić do funkcjonowania na poziomie porównywalnym z okresem przed wystąpieniem objawów. Niestety, reakcje środowiska, także rodziny i bliskich, nadspodziewanie często cechuje brak zaufania i wiary w "całkowite wyzdrowienie". Generalnie, reakcje środowiska można podzielić na dwie kategorie: reakcje troski i reakcje odrzucenia. Troska wyraża się w odczuwaniu współczucia, także w przyjęciu postawy odpowiedzialności za osobę z niepełnosprawnością, łącznie z gotowością do niesienia pomocy. W niektórych przypadkach, poczucie odpowiedzialności i chęć okazania wsparcia przybiera formę swego rodzaju nadopiekuńczości, potencjalnie przeradzającą się w poważną, choć zapewne niezamierzoną, barierę na drodze powrotu do zdrowia i samodzielności. Przykładem niezamierzonego skutku może być pojawiające się w wyniku nalegania uzależnienie lekowe lub nieumiejętność podjęcia przez osobę z niepełnosprawnością samodzielnej decyzji bez konsultacji z opiekunem. Reakcje odrzucenia mogą polegać na tworzeniu emocjonalnego i fizycznego dystansu do osób z niepełnosprawnością, w celu uniknięcia własnego zakłopotania lub innych bardziej przykrych lęków. Drastyczną formą odrzucenia jest segregacja społeczna osób z niepełnosprawnością, na przykład tworzenie szkół specjalnych czy domów opieki. Mimo, iż powyższe zachowania indywidualne i społeczne nie muszą wynikać z celowej motywacji, konsekwencją zarówno nadopiekuńczości, jak i odrzucenia, są najczęściej pogłębienie niepełnosprawności danej osoby oraz wtórne zaburzenia emocjonalne.

1.4. Model ekonomiczny

Kontekst ekonomiczny oraz aspekty finansowe niewątpliwie stanowią silny element współczesnego ludzkiego życia. Struktura indywidualnej i społecznej motywacji jest kompleksowym procesem zaspokajania potrzeb i pragnień a w wysoko ekonomicznie rozwiniętych społeczeństwach zachodniej półkuli, gromadzenie dóbr materialnych pozostaje jednym z podstawowych czynności angażujących energię i czas jednostki. Zasobność materialna determinuje nie tylko tzw. status społeczny osoby i jej rodziny ale bardzo często także indywidualne poczucie kompetencji i skuteczności, a w konsekwencji, poziom zdrowia i satysfakcji życiowej.

W wielu społeczeństwach, szczególnie na kontynencie Ameryki Północnej, materialistyczny system wartości i norm znalazł odzwierciedlenie także w szerokim wachlarzu ubezpieczeń i programów socjalnych, mających na celu obniżenie ryzyka doznania strat materialnych w przypadku czasowej utraty zdolności do pracy. Przykładami takich programów są polisy uchylające obowiązek regularnej spłaty pożyczki hipotecznej w przypadku utraty pracy z powodu choroby lub programy oferujące dofinansowanie na wykształcenie i/lub przebranzowanie osób, które w wyniku urazu bądź choroby nie są zdolne do powrotu na stanowisko pracy, jakie zajmowali przed okresem nieobecności. Oczywiście, drugą stroną tego podejścia jest umożliwienie osobom z niepełnosprawnością kontynuacji aktywnego uczestniczenia w procesie konsumpcji dóbr, a tym samym trwałego wspierania procesów ekonomicznych, niezależnie od ich chwilowo obniżonego poziomu dochodów.

Na przestrzeni lat, pojawiło się w USA i Kanadzie szereg inicjatyw, finansowanych zarówno z budżetu państwa jak i firm prywatnych, mających na celu zapewnienie obywatelom ochrony finansowej na wypadek utraty zdrowia i/lub trwałego upośledzenia funkcji zawodowych. W krótkim czasie powstały szeroko zakrojone programy wsparcia finansowego jak: pełnopłatne, choć ograniczone czasowo, "zwolnienia chorobowe", ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, długoterminowe plany rehabilitacji i wsparcia finansowego, programy opieki psychologicznej i społecznej, itd. W Kanadzie i USA koszty przeważającej większości tych programów w specjalistycznych ośrodkach rehabilitacji ponoszone są przez pracodawców, choć niektóre są

współfinansowane przez osoby indywidualne w postaci relatywnie niewysokich składek ubezpieczeniowych. Dla przykładu, w latach 2015-2017, wysokość nakładów ponoszonych przez pracodawców w Kanadzie wynosiła, w zależności prowincji, pomiędzy \$0,97 a \$2,63 od każdych \$100 wypłacanych w postaci wynagrodzenia. W tym samym czasie, pracownicy nie ponosili żadnych dodatkowych kosztów finansowych uczestnictwa w programie rehabilitacyjnym (Economic Development Manitoba; 2017).

Podejście humanistyczno-społeczne wyrażane jest w postaci doraźnego lub długoterminowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością obniżającą ich potencjał zawodowy, a tym samym zagrażającą ich sytuacji finansowej. Ekonomiczny model choroby i niepełnosprawności zawiera w sobie popartą badaniami empirycznymi wiedzę, że istnieje statystycznie istotna korelacja pomiędzy stopą bezrobocia w danym regionie, a częstotliwością składania wniosków o orzeczenie niezdolności do pracy, oraz długością okresu indywidualnej niezdolności do pracy. Wydaje się, iż w miarę zmniejszania się dostępności miejsc pracy, czyli wzrostu stopy bezrobocia, jeśli dostępne pozostają inne formy otrzymania pomocy finansowej, następuje relatywnie proporcjonalny wzrost liczby osób ubiegających się o orzeczenie niezdolności do pracy z powodów zdrowotnych. Czasowo wzrasta także średnia długość okresu orzekanej niezdolności do pracy (Weddell et al: 2008). Powyższa informacja świadczyłaby o tym, że na poziom percypowanej niezdolności do pracy wpływ może mieć nie tylko tzw. “obiektywny” stan zdrowia osoby (wyrażony w postaci diagnozy medycznej), ale także szereg czynników socjo-ekonomicznych.

W konsekwencji, ekonomiczny model zdrowia i niezdolności do pracy przyczynił się do zrozumienia, że w trudnych warunkach ekonomicznych, jeśli tą drogą istnieje możliwość zabezpieczenia stałych dochodów, bądź zmniejszenia ryzyka utraty pracy, pojawiają się w społeczeństwie zachowania symulujące. Do takich zachowań zaliczyć należy między innymi, podwyższenie poziomu zgłaszanych dolegliwości, zwiększenie głębokości i zakresu odczuwanych objawów oraz generalne spowolnienie procesu zdrowienia. Znaczyłoby to także, że proces zdrowienia i przywracania funkcji może podlegać nie tylko wpływom medycznym i farmakologicznym, ale zawierać w sobie także element indywidualnej decyzji. Innymi słowy, zdrowienie może podlegać motywacji.

Model społeczny daje początek zrozumieniu, że w określonych warunkach ekonomicznych i specyficznych sytuacjach indywidualnych, możliwość uzyskania korzyści finansowych może stać się przyczynkiem do zachowań manipulacyjnych. Takie zachowania mogą objawiać się w wyolbrzymianiu poziomu niepełnosprawności lub wydłużaniu okresu niezdolności do pracy, w celu uzyskania określonych “nagród”. Ten sposób rozumienia zachowań dotyczących niepełnosprawności, wprowadził na rynek usług koncept “niepełnego zaufania”, a w konsekwencji szereg elementów diagnostycznych jako formy obiektywnego potwierdzenia indywidualnych uprawnień do określonych świadczeń medycznych i społecznych. W istocie było to zapewne zwykłe rozszerzenie istniejącego już systemu zaświadczeń do uprawnień stosowanego w innych sferach życia, np. zasiłek dla bezrobotnych, subsydiowane lokale mieszkalne, stypendia uczniowskie, itp. (Shrey, Lacerte, 1994).

Następnym etapem było dość szybkie pojawienie się nowej kategorii usług medycznych i konsultacyjnych – opinie biegłych, wtórna ocena stanu zdrowia, niezależne testy wydolnościowe, itd. Zadaniem biegłych w tym kontekście była reinterpretacja danych diagnostycznych oraz bezstronna ocena faktycznego poziomu (upośledzenia) funkcjonowania osoby, a także ocena zdolności, bądź niezdolności tej osoby do wykonywania pracy zawodowej. Z tej perspektywy uprawnionym wydaje się stwierdzenie, że ekonomiczny model zdrowia i niepełnosprawności był także próbą wprowadzenia systemu zachęt i barier ekonomicznych, czyli de-facto, próbą aktywnej modyfikacji motywacji i zachowań.

Głównym ograniczeniem dosłownego stosowania modelu ekonomicznego do analizy i interpretacji zachowań polega na tym, że model ekonomiczny opiera się na bardzo mechanistycznym założeniu, iż ludzkie zachowania mają charakter liniowy, czysto logiczny i podporządkowane są wyłącznie motywom mającym na celu zaspokajanie potrzeb materialnych. W modelu ekonomicznym nie pozostaje wiele miejsca na zrozumienie, że jednostki nie funkcjonują w próżni, a inne, najczęściej zupełnie niematerialistyczne elementy i wartości, np. wartości rodzinne, społeczne czy religijne, mają znaczący wpływ na motywację i proces podejmowania decyzji. Dodatkowo, godnym podkreślenia elementem wydaje się fakt, że ponieważ w procesie przyznawania świadczeń społecznych w grę wchodzi, niejednokrotnie długotrwały proces kwalifikacyjny, podczas

którego osoba motywowana pobudkami wyłącznie materialnymi musiałaby podejmować (kalkulowane) decyzje na podstawie niepełnych lub niepotwierdzonych informacji. Takie podejście wymaga przyjęcia pewnego rodzaju założeń czy pewników, a to z kolei powoduje, iż od samego początku, decyzje w dużym stopniu zależne są od dynamiki i cech osobowości, na przykład, umiejętności radzenia sobie z niepewnością, poziomem odczuwanego niepokoju/lęku, gotowością podejmowania ryzyka, motywującą wartością potencjalnych zysków i odstrasżającym wpływem możliwych strat. Z tej perspektywy, ekonomiczny model zdrowia i niepełnosprawności niestety zawiera w sobie element potencjalnie negatywnej oceny osób z niepełnosprawnościami (Weddell et al: 2008)

1.5. Model norm kulturowych.

Już w IV wieku przed naszą erą Arystoteles napisał, że “człowiek jest istotą społeczną” i dla pełnego ich zrozumienia, wszystkie aspekty ludzkiego istnienia i działalności powinny być rozpatrywane w kontekście społecznym (Aristotle, 1944). Także inni autorzy wskazywali, że istnienie jednostki zawsze wydarza się w kontekście środowiska społecznego w którym się obraca, zatem zarówno zdrowie jak i jego utrata (niepełnosprawność) także są zjawiskami społecznymi, niezależnie od faktu, że samo ich pochodzenie może być natury czysto biologicznej (Halliday, 1937).

Pochodzące z łaciny słowo "kultura" to jeden z najbardziej popularnych terminów nauk humanistycznych i społecznych, a także języka potocznego, w którym jednak ma zwykle inne znaczenie i silne zabarwienie wartościujące. W najszerszym znaczeniu, kultura obejmuje to wszystko, co w zachowaniu się i wyposażeniu członków społeczeństw ludzkich stanowi rezultat zbiorowej działalności. Mówi się też o kulturze jako tym, co w zachowaniu się ludzkim jest wyuczone — w odróżnieniu od tego, co biologicznie odziedziczone. W zastosowaniach pierwotnych słowo *cultura* odnosiło się głównie do uprawy roli, dość wcześnie jednak zaczęło być stosowane metaforycznie (np. przez Cyncerona, który pisał również o „kulturze duszy”) do innych dziedzin, w których starania ludzkie prowadzą do poprawy stanu wyjściowego. Przez stulecia używany w tym drugim znaczeniu jedynie sporadycznie, termin kultura zyskał pewną popularność w XVIII w.,

kiedy był odnoszony zwłaszcza do moralnego i umysłowego doskonalenia się człowieka; szeroko, choć jeszcze nie powszechnie, zaczął być stosowany w XIX w., oznaczano nim całokształt tak duchowego, jak i materialnego dorobku społeczeństwa (Encyklopedia PWN, 1998).

Kultura, różnych krajów czy grup społecznych naturalnie różni się między sobą. Kultura społeczeństw i grup ulega także wewnętrznej modyfikacji, w miarę upływu czasu, w zależności od warunków społecznych i ekonomicznych, a przede wszystkim w miarę wzrostu w świadomości i głębi wiedzy indywidualnej i grupowej. Dla przykładu, w miarę postępu wiedzy medycznej, nasze rozumienie specyficznych procesów, które doprowadzają do ujawnienia się objawów choroby, a także ich odzwierciedlenia w sferze funkcjonalnej, także się zmienia. W konsekwencji zmieniają się także indywidualne i społeczne postawy wobec jednostek chorobowych, jak np. depresja, choroby nowotworowe czy zaburzenia psychiczne. Przykładem zmieniających się postaw i norm społecznych jest stopniowa dezakceptacja palenia tytoniu przez kobiety ciężarne, palenia tytoniu w pomieszczeniach zamkniętych jak restauracje i bary, prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, itp. Inne przykłady to postępująca akceptacja relacji homoseksualnych między partnerami, czy stopniowe zastępowanie pejoratywnych pojęć językowych, jak np. osoby upośledzone, osoby otyłe, pojęciami pozbawionymi negatywnej konotacji, np. osoby z niepełnosprawnością, osoby z otyłością czy nadwagą.

Zmiany w systemach opieki medycznej i psychologicznej, rehabilitacji medycznej i zawodowej oraz w programach reintegracji społecznej, to także stałe elementy szerszej gamy zmian społecznych pojawiających się niegdyś wskutek postępującej rewolucji technologicznej, a obecnie związanych z postępem elektroniki. Niemedyczne składowe powyższych zmian to restrukturalizacja przemysłu, umożliwiająca pracę na wyspecjalizowanych stanowiskach bez konieczności posiadania wysokiej sprawności fizycznej, zmiany w potrzebach i możliwościach rynku pracy, zmiany w kodyfikacji prawnej stanowisk pracy oraz w przepisach BHP. W realnym wymiarze, przekłada się to na zmianę standardowych form zatrudnienia, szersze zainteresowanie przystosowaniem miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnością bez obniżania standardów wykonawstwa, wprowadzanie przepisów prawnych wyrównujących możliwości otrzymania i utrzymania zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością, itd. Naturalnie, niezwykle silnym

elementem wpływającym na tempo tego typu zmian, są także warunki ekonomiczne. Realne możliwości zatrudnienia osób z niepełnosprawnością są z reguły tym wyższe, im wyższa stopa życiowa czy dochód (PKB) danego kraju.

Kulturowy model zdrowia i niepełnosprawności wydaje się także zawierać pojęcie wielokrotnego i powtarzalnego wyboru, dostępnego każdemu członkowi społeczności, za wyjątkiem chorób nagłych oraz nieszczęśliwych wypadków losowych. W tym kontekście, każda osoba dokonuje mniej lub bardziej świadomego wyboru, by pozostać zdrowym i sprawnym lub podążać w kierunku niepełnej funkcjonalności, niezdolności do pracy, a w konsekwencji potencjalnie przedłużającego się lub trwałego globalnego upośledzenia (Parker, Szymański, (red.) 1997)

Innym istotnym elementem powyższego modelu jest fakt stopniowego starzenia się społeczeństw zachodnich. Wskutek zmian w stylu życia, sposobie odżywiania się, a także wskutek postępujących odkryć współczesnej medycyny zwiększających efektywność leczenia wielu chorób, średnia wieku stopniowo rośnie, a seniorzy stanowią progresywnie coraz większy odsetek populacji wysoko rozwiniętych krajów zachodnich. Zwiększa się także długość życia ludzi zachowujących sprawność fizyczną i generalnie pozostających w dobrym zdrowiu. Przedłużone i często bardzo aktywne życie niesie ze sobą zwiększone oczekiwania społecznie w odniesieniu do jakości i dostępności służby zdrowia, poziomu świadczeń społecznych, a także zakresu ubezpieczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych. Dla przykładu, w 2014 roku budżet służby zdrowia wyniósł ponad 215 miliardów dolarów (\$6,045 na osobę), co stanowiło 40% wszystkich wydatków rządowych. Na przestrzeni 40 lat, wzrost budżetu służby zdrowia (w tym wydatków na rehabilitację) wynosił pomiędzy 4%, a 7%. W 2014 roku, osoby powyżej 65 roku życia stanowiły mniej niż 15% populacji Kanady, a wydatki na opiekę zdrowotną tej grupy wiekowej przekroczyły 45% łącznego budżetu dzielonego między rządem federalnym a rządami prowincji i terytoriów (Canadian Institute for Health Information, 2014).

W krajach wysoce rozwiniętych zagadnienia zdrowia i niepełnosprawności rozpatrywane są w szerszym kontekście kulturowym odnoszącym się do zagadnień długowieczności, przy zachowaniu zdolności do pracy i relatywnie dużej samodzielności. Dodatkowymi elementami kontekstu społecznego są naciski na umożliwianie osobom z

niepełnosprawnościami pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym, korzystania z tym samych obiektów, urządzeń i miejsc z których korzystają osoby bez niepełnosprawności, a to wiąże się z kwestią aktywnej adaptacji architektonicznej.

1.6. Model biopsychospołeczny

Model biopsychospołeczny pojawił się początkowo w pracach George'a L. Engel, który zajmował się porównywaniem różnych sposobów, w jaki lekarze podchodzili do problemów zgłaszanych przez pacjentów oraz wpływem, jaki wywierało to na skuteczność procesu leczenia. W swej intencji, model biopsychospołeczny powstał, by wypełnić luki i skorygować niedoskonałości w interpretacji zdarzeń i mechanizmów uczestniczących w procesach choroby i odzyskiwania zdrowia, jakie przejawiały bardziej tradycyjne podejścia (Engel, 1977) (Engel, 1980), (Waddell, Burton, 2004).

Tradycyjne bio-mechaniczne modele zdrowia i choroby koncentrują się głównie na patofizjologii rozpatrywanej na poziomie molekularnym. Biopsychospołeczny model procesu chorobowego proponuje bardziej kompleksową analizę, uwzględniając wpływ zarówno czynników czysto biologicznych, jak i środowiskowych, a także indywidualną dynamikę osobowości jednostki. Model biopsychospołeczny uwzględnia w sobie także bezpośredni wpływ interakcji, w które wchodzimy w procesie korzystania ze świadczeń społecznych, w tym opieki medycznej. Kontekst niniejszej pracy rozszerzony jest także o zagadnienia upośledzenia funkcji zawodowych oraz przebiegu procesu readaptacji. Z tej perspektywy, model biopsychospołeczny rozumiany jest jako interaktywny proces przywracania dynamicznej równowagi, skoncentrowany na osobie, jej konkretnej sytuacji zdrowotnej oraz kontekście społecznym i zawodowym w jakim funkcjonuje.

Model biopsychospołeczny rozpatruje zagadnienia zdrowia i choroby w trzech podstawowych wymiarach:

- **Biologicznym:**

Istnienie człowieka zdefiniowane jest przez stan fizyczny jego ciała. Objawy chorobowe, będące przejawem zmian patologicznych na poziomie tkankowym,

zawsze mają swoje podstawę somatyczną, niezależnie od tego czy zdiagnozowane zostały w postaci jednostki chorobowej, czy nie;

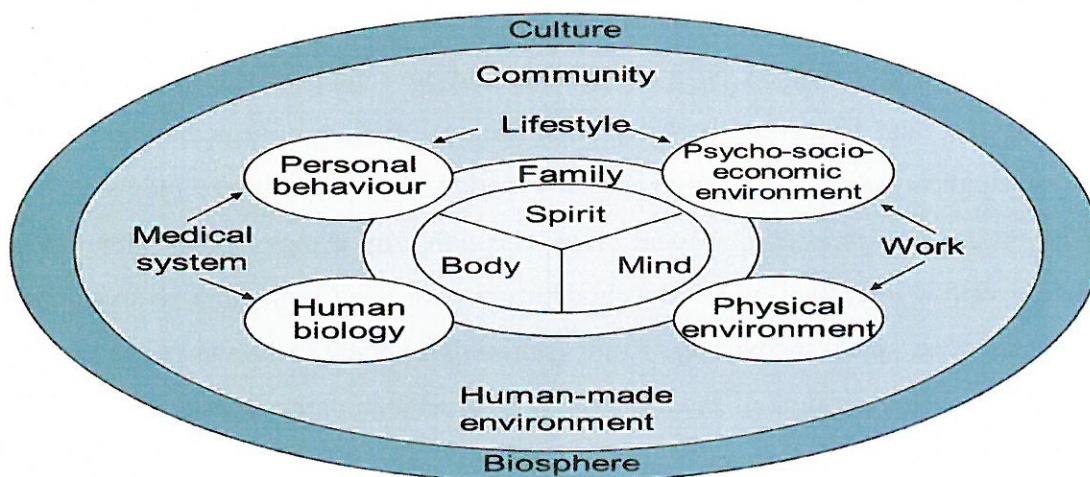
- **Psychologicznym:**

w swej definicji, choroba zawiera w sobie głęboko subiektywny, osobisty wymiar - każda osoba przeżywa proces chorobowy inaczej, a uwarunkowania osobowościowe, np. poziom lęku, wpływają na owo subiektywne przeżywanie;

- **Společnym:**

Choroba i powstającej w jej konsekwencji upośledzenie funkcji lub trwała niepełnosprawność, zawierają element społeczny, ponieważ przejawiają się zmianą funkcjonowania w środowisku jednostki.

Wzajemne relacje elementów składowych rozpatrywanych na biopsychospóecznym kontinuum mogą być rozpatrywane w postaci modelu, tzw. Mandali Zdrowia

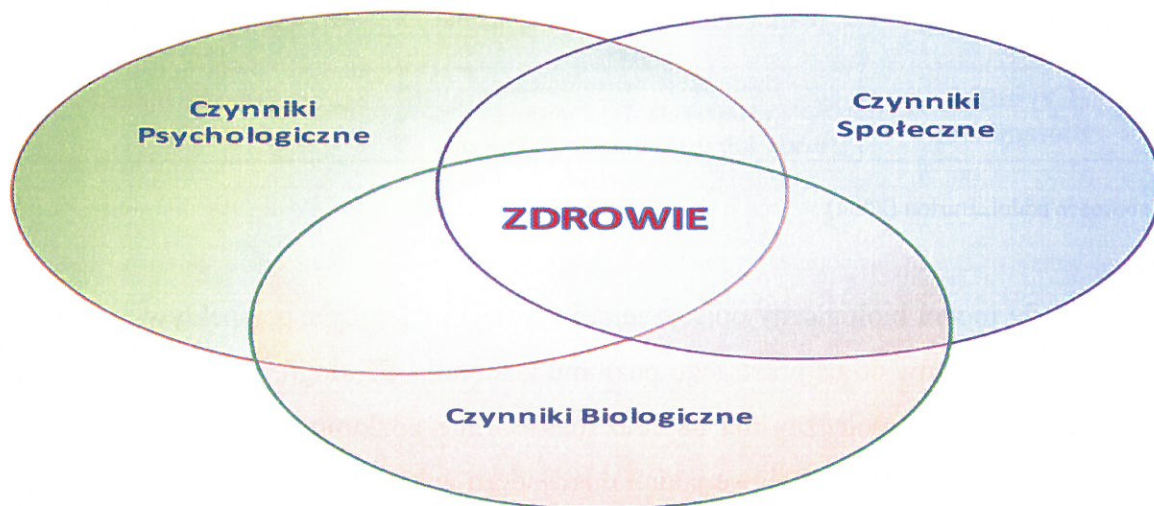


Redrawn from: Hancock T, Perkins F. The mandala of health: a conceptual model and teaching tool. *Health Education* 1985;Summer, pp. 8-10.

Ryc. 3. Mandala zdrowia - elementy wpływające na stan zdrowia jednostki

Źródło: The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators' Network (2016)

W literaturze spotyka się także Mandalę Zdrowia w postaci uproszczonej, kładącej nacisk na jej trzy główne obszary: biologiczny, psychologiczny i społeczny (Waddel, Burton, 2004):



Ryc. 4. Uproszczony schemat relacji komponentów modelu bio-psycho-społecznego

Źródło: na podstawie (Waddel, Burton, 2004).

Analiza wszystkich trzech aspektów wymaga zatem zaangażowania odpowiednich narzędzi i dziedzin wiedzy: biologii i medycyny, w odniesieniu do elementów biologicznych, psychologii i socjologii w odniesieniu do elementów osobowościowych i społecznych. O ile w modelu medycznym, wiedza biologiczna/medyczna odgrywa wiodącą rolę, w modelu biopsychospołecznym, wszystkie trzy dziedziny wiedzy pozostają w równoprawnej pozycji aktywnie pogłębiając poziom analizy na trzech różnych poziomach (Waddel, Burton, 2004).

Bardzo ważnym elementem modelu bio-psycho-społecznego jest jego aspekt humanistyczny, który dodatkowo podwyższa wartość tego podejścia. Humanistyczny aspekt tego teoretycznego podejścia do zdrowia i choroby wyraża się rozpoznaniem głębokiego poziomu indywidualności, w jaki osoba może przeżywać i przejawiać jasne stany chorobowe oraz różnorodnego wpływu, jakie te same warunki biologiczne, psychologiczne i społeczne mogą wywierać na jednostkę w indywidualnym kontekście jej życia, w ujęciu life span.

Tabela 1. Zestawienie czynników i ich oddziaływania na jednostkę w biopsychospołecznym modelu zdrowia i niepełnosprawności (WHO-ICF).

Czynniki Społeczne	kultura, oczekiwania społeczne, zachowania indywidualne i grupowe, kary i nagrody	ograniczenie aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie
Czynniki Psychologiczne	mechanizmy adaptacyjne wewnętrzne przekonania, wierzenia, postawy, zaburzenia emocjonalne, stres	specyficzne ograniczenia funkcjonalne
Czynniki Biologiczne	dysfunkcje neurologiczne, zaburzenia fizjologiczne, urazy lub uszkodzenia organiczne,	upośledzenie funkcji organizmu

Źródło: Waddel, Burton (2004)

O ile model biologiczny opisuje temat zdrowia i choroby z perspektywy redukcji wszystkich aspektów do najprostszego poziomu anatomii i fizjologii, można powiedzieć, że model biopsychospołeczny ma na celu rozszerzenie poziomu analizy tak, by lepiej zrozumieć realne sytuacje życiowe jakich doświadcza jednostka w swojej indywidualnej historii. W wielu przypadkach istnieje personalne przeświadczenie, że analizy i interwencje psychologiczne mogą być pomocne tylko w sytuacjach, w których dolegliwości są wynikiem działania czynników psychicznych. Ten pogląd sprawia, że dla większości osób diagnoza psychologiczna potwierdza, że ich stan chorobowy istnieje "wyłącznie w ich głowie", a więc nabiera charakteru urojenia.

Znanych jest wiele modeli teoretycznych na poparcie tezy, że czynniki psychologiczne mają bezpośredni wpływ na stan zdrowia lub choroby, dwie spośród nich wiodące. Jedna zakłada, że choroby to zachowania, które można kontrolować zgodnie z zasadami psychologii. Przykładem takich zachowań może być nałóg palenia tytoniu, nadmierne spożywanie napojów alkoholowych, nieodpowiednie nawyki dietetyczne czy brak regularnej aktywności fizycznej. Założeniem drugiej teorii, znanej jako podejście psychodynamiczne lub psychosomatyczne jest, że mimo iż w swych objawach somatyczne, objawy chorobowe są w istocie przejawem wyrażania wewnętrznych napięć i konfliktów. W tym podejściu, proces leczenia to pomagania pacjentowi znalezienia mniej szkodliwych sposobów wyrażania napięcia (Sheridan, Radmacher, 1998).

Skuteczne zastosowanie modelu bio-psychospołecznego w praktyce wymaga:

- uznania, że relacje interpersonalne i społeczne są integralnym elementem skutecznej opieki zdrowotnej,
- umiejętnego i celowego stosowania samoświadomości jako narzędzia diagnostycznego i terapeutycznego,
- umiejętnego przeprowadzenia wywiadu z klientem tak, by zrozumieć indywidualną historię oraz kontekst życia osoby,
- zrozumienia który wymiar (biologiczny, psychologiczny czy społeczny) pozostaje dominujący, a zatem mający największy wpływ na proces zdrowienia i osiągnięcia satysfakcji zarówno zawodowej jak i życiowej,
- stosowania wielopoziomowych i wysoce zindywidualizowanych systemów wsparcia. (Weddell, Burton, 2004).

Podjęcie biopsychospołeczne uwzględnia autonomię jednostki wyrażaną zarówno w budowaniu partnerskich relacji pomiędzy uczestnikami procesu powracania do zdrowia, np. lekarzem, terapeutą, pacjentem, a także członkami jego środowiska rodzinnego. Respektowaniu autonomii pacjenta w procesie podejmowania decyzji dotyczących zarówno leczenia, jak i ukierunkowania własnego życia, rozszerza zakres możliwych do zastosowania strategii i rozwiązań.

2.0. Zagadnienia rewalidacji zawodowej i społecznej

Rewalidacja zawodowa i społeczna jest kompleksowym i wielopłaszczyznowym zagadnieniem w społeczeństwie kanadyjskim. Stanowi również rozbudowaną gałąź gospodarki kraju zatrudniając tysiące osób personelu medycznego, w tym lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów, socjologów, itp. Dodatkowo, aktywną rolę w procesie rewalidacji pełnią doradcy w różnych dziedzinach, personel pomocniczy, a także osób oceniające wnioski o wypłatę odszkodowań ubezpieczeniowych oraz osoby koordynujące wysiłki osób z niepełnosprawnością w procesie ich powrotu do aktywności zawodowej.

Podstawy prawne szeroko rozumianego konceptu rewalidacji można znaleźć w kanadyjskiej Karcie Praw i Wolności Obywatelskich. Na poziomie rządu federalnego ten dokument, podpisany i wprowadzony w życie 17.04.1982, jest równoznaczny rangą z konstytucją (The Constitution Act, 1982), posiada także moc wykonawczą w aktach prawnych zawiadujących obowiązkowym ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków w pracy we wszystkich prowincjach i terytoriach Kanady.

Mimo istotnych czasem różnic pomiędzy prowincjami, w zakresie i poziomie samego uposażenia, każda istotnych osoba zatrudniona w Kanadzie objęta jest obowiązkowym ubezpieczeniem od utraty zdrowia i/lub niezdolności do pracy, powstałych w wyniku urazu doznanego podczas wykonywania obowiązków służbowych w miejscu pracy lub podczas wykonywania obowiązków służbowych, także poza miejscem pracy, np. w drodze na spotkanie służbowe. Ubezpieczenie obejmuje koszty medyczne bezpośrednio związane z leczeniem i rehabilitacją, a także szeroko pojętą pomoc psychologiczną zorientowaną na powrót do aktywnego życia zawodowego, wsparcie finansowe lub dofinansowanie kursów dokształcających, a także na rozwinięcie własnej działalności gospodarczej (Great-West Life, 2007). Dodatkowo, każda osoba może nabyć osobną polisę ubezpieczeniową, zwiększając tym samym zakres i podwyższając poziom dostępnych świadczeń ubezpieczeniowych w przypadku niespodziewanej utraty zdolności do wykonywania zawodu. W kontekście Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, uprawnienia świadczeniowe osób z niepełnosprawnościami opisane są we wspomnianym

uprzednio akcie prawnym dla Amerykanów z niepełnosprawnościami - *American with Disability Act*.

Aby w pełni zrozumieć wielowymiarowy charakter zarządzania procesem powracania do zdrowia osób z niepełnosprawnością w okresie ich powrotu do pracy, konieczne jest zbadanie kilku modeli usług stosowanych w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, a także zgłębienie relacji pomiędzy funkcją specjalistów w zakresie zarządzania niepełnosprawnością a ich klientami w każdym z tych procesów.

Do zagadnienia koordynacji zarządzania niepełnosprawnością i powrotem do pracy można podejść z wielu perspektyw, zależnie od tego, kto jest głównym beneficjentem usług. Dokonując przeglądu różnych modeli usług, ważna jest również wiedza na temat sposobów i źródeł finansowania wysiłków zmierzających do uwieńczonego sukcesem powrotu do pracy.

2.1. Model rzecznictwa

Jest on prawdopodobnie najbardziej tradycyjnym modelem, który skupia się na formułowaniu i składaniu wniosków w celu uzyskania konkretnej usługi lub finansowego wsparcia dla danego klienta.

Model ten jest najczęściej spotykany w realiach opieki społecznej, gdzie finansowanie programów opiera się na dotacjach federalnych lub regionalnych (wewnątrz-prowincyjnych). W tym kontekście specjalista w dziedzinie powrotu do pracy przyjmuje na siebie rolę rzecznika i koncentruje się na uzyskaniu maksymalnego finansowania dostępnego dla danej osoby w ramach konkretnej inicjatywy, pomocy ukierunkowanej czy programu edukacyjnego, w zakresie powrotu do pracy. Przykładami takich modeli usług są działające na szczeblu prowincji Komisje ds. Alkoholizmu i Narkomanii (*Alcohol & Drug Abuse Commissions - ADAC*) czy Programy Odwykowe dla Mieszkańców (*Residential Detoxification Programs*), kanadyjskie Ubezpieczenie Pracownicze (*Employment Insurance - EI*), prowincyjne inicjatywy typu Pomoc w Życiu Codziennym

(*Aids to Daily Living*), Poziom Gwarantowanego Dochodu (*AISH - Assured Income for Severely Handicapped*), itp.

Model wsparcia pracownika dominuje w firmach, gdzie personel medyczny, jak na przykład licencjonowana pielęgniarka czy lekarz medycyny pracy, odpowiada za ogół spraw związanych z zarządzaniem niepełnosprawnością. Można chyba powiedzieć, że dla pracownika ochrony zdrowia jest rzeczą w pewnym sensie naturalną odgrywanie roli rzecznika pacjenta i udzielania stałego wsparcia w procesie powrotu do pracy.

Rolę pracownika ochrony zdrowia jako rzecznika pacjenta podkreśla wiele publikacji, tak widzą ją również prowincjonalne/stanowe organy nadzorujące w Kanadzie i USA. Ową skłonność do bycia rzecznikiem potęguje fakt, że, osoby wybierające karierę w tzw. „zawodach pomocowych” (np. lekarze, pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni), zwykle przy wyborze swojej drogi zawodowej kierują się pragnieniem niesienia pomocy i wsparcia innym ludziom. Rzecznictwo, koncepcja oparta na najbardziej podstawowych elementach ludzkiej natury: empatii i współczuciu, stanowi jakby najbardziej naturalną, być może wrodzoną człowiekowi, reakcją na cierpienie. Zatem, jeśli osoba pracująca jako operator/kierowca doznał urazu i wydaje się potrzebować zwolnienia, lekarz z pewnością mu je wypisze. Albo jeśli ktoś, kto cierpi na wyczerpanie emocjonalne i utratę motywacji, uświadamiając sobie zakres upośledzenia funkcji w wyniku udaru naczyniowego mózgu, wymaga dodatkowej psychoterapii, większość pracowników służby zdrowia będzie orędownicą za tą usługą.

Z drugiej strony, model rzecznictwa (wsparcia), może prowadzić do uzależnienia, a tym samym do wydłużenia czasu niezdolności funkcjonalnej, lub zwiększenia głębokości upośledzenia. Może się tak zdarzyć w przypadkach, gdy:

- brakuje obiektywnych przesłanek określających stan fizyczny lub psychiczny, mających negatywny wpływ na sprawność funkcjonalną danej osoby;
- osoba może spodziewać się wtórnych korzyści, w ramach rekompensaty, np. rozstrzygnięcia sporu dotyczącego wypadku drogowego, uznanie roszczeń z tytułu długotrwałej niezdolności do pracy, ubieganie się o świadczenia z pomocy społecznej, itp. W takich przypadkach od przedstawiciela zawodu pomocowego

czasem oczekuje się rozpoznania i leczenia czysto subiektywnych objawów, które – zwykle – nie poddają się żadnej formie terapii. Specjalista ten może również zostać poproszony o wypełnienie wniosku o przyznanie Odszkodowania Pracowniczego (*Workers' Compensation*) lub stwierdzenie długotrwałej niezdolności do pracy czy formularza zgłoszenia roszczenia z tytułu Ubezpieczenia Pracowniczego (Shrey, Lacerte, 1994).

W sytuacjach, gdy pracownicy ochrony zdrowia bądź personel odpowiedzialny za zarządzanie niepełnosprawnością nie zajmują się rzeczywistym źródłem problemu, np. uzasadnionymi ograniczeniami funkcjonalnymi, mogą bezwiednie wzbudzać zachowanie chorobowe albo pomagać komuś w realizacji celów finansowych, zamiast leczniczych, promując procesy powrotu do zdrowia. (Humphrey, 2002)

2.2. Model ubezpieczeniowy

Model ubezpieczeniowy koncentruje się na minimalizowaniu kosztu roszczenia z tytułu niepełnosprawności przez oferowanie zachęt o charakterze funkcjonalnym i finansowym do wzmocnienia wysiłków służących powrotowi do zdrowia. Większość polis ubezpieczeniowych zawiera klauzule obowiązkowego uczestnictwa, wymuszające na osobie niepełnosprawnej pobierającej świadczenie udział w racjonalnie uzasadnionej i ogólnie przyjętej terapii oraz powrót do pracy. Odmowa zaangażowania się w proces powrotu do pracy skutkuje zwykle zawieszeniem wypłaty renty inwalidzkiej. Większość towarzystw ubezpieczeniowych zatrudnia konsultantów w dziedzinie rehabilitacji oraz koordynatorów powrotu do pracy, których jedynym zadaniem jest zapewnienie pomocy w powrocie do pracy osobom ubiegającym się o świadczenia, jak również zapewnienie, że efekt oferowanych usług jest finansowo korzystny dla firmy ubezpieczeniowej.

Trudno byłoby przyjąć założenie, że towarzystwo ubezpieczeniowe zapewniające finansowanie działań umożliwiających powrót do pracy jest jedynym beneficjentem w przypadku, gdy proces ten zakończy się powodzeniem. Pracownik biorący udział w procesie powrotu do pracy również może zyskać wiele wymiernych korzyści, takich jak

ponowne zatrudnienie w pełnym wymiarze, czego skutkiem jest przywrócenie zdolności finansowej bądź jej podniesienie wskutek zmian na stanowisku pracy. Pracownik często zdobywa dodatkowe umiejętności lub wiedzę uczestnicząc w kursach doszkalających w ramach strategii powrotu do pracy. Ważne jest, wszakże, aby zdawać sobie sprawę, że działania rehabilitacyjne, które nie rokują jakiegoś rodzaju korzyści finansowych dla ubezpieczyciela (na przykład skrócenie okresu uznawania roszczenia czy zmniejszenie zobowiązań finansowych poprzez jego wypowiedzenie) nie uzyskują wsparcia. Stąd można zasadnie założyć, że klientem i beneficjentem w modelu ubezpieczeniowym jest także firma ubezpieczeniowa. Konieczność redukcji kosztów opieki zdrowotnej i opieki rehabilitacyjnej prowadzi do wprowadzania różnorodnych "modeli alternatywnych", mających na celu utrzymanie wysokiej jakości oferowanych usług zdrowotnych, przy jednoczesnym ograniczeniu możliwości dokonywania swobodnego wyboru procedur przez lekarza bądź pacjenta. Ma to na celu ograniczenie nadmiernej ilości testów diagnostycznych i kosztownych procedur terapeutycznych. Dodatkowo, firmy ubezpieczeniowe i instytucje opieki zdrowotnej tworzą "zrzeszenia preferowanych dostawców" (*preferred service provider network*), z którymi podpisywane są kontrakty na zapewnienie usług po obniżonej cenie. Dodać trzeba, że jakość sprawowanej opieki to obszar raczej problematyczny dla większości regulowanych programów (Sheridan, Radmacher, 1998).

2.3. Tradycyjne modele medyczne

Tradycyjne modele medyczne opierają się na ustalonym, konwencjonalnym rozumieniu natury ludzkiego zdrowia i liniowej zależności między objawami a schorzeniem, chorobą, oraz wynikającymi z niej ograniczeniami funkcjonalnymi. Ogromna większość systemów opieki zdrowotnej i rehabilitacji działa w oparciu o podejście medyczne, wsparte przez znormalizowane protokoły usług:

1. gromadzenie informacji z wywiadu chorobowego i bezpośredniego badania lekarskiego;
2. analizowanie określonych wzorców wynikających z tych informacji;
3. formułowanie diagnozy, która wskazuje na przyjętą patologię leżącą u podstaw schorzenia;
4. wdrożenie schematu leczenia ukierunkowanego na objawy i (przyjętą) patologię;
5. formułowanie oczekiwań dotyczących powrotu do zdrowia, popartych uznaniem istnienia poziomu upośledzenia, które może utrzymywać się w dającej się przewidzieć przyszłości (Engel, 1977).

Oczywistym zarzutem pod adresem filozofii stanowiącej podwaliny tradycyjnego medycznego modelu zdrowia i niepełnosprawności jest fakt, iż przecenia on znaczenie diagnozowalnej patologii oraz zakłada bezpośredni, liniowy związek między upośledzeniem a niepełnosprawnością. W istocie za udaną interwencję terapeutyczną powszechnie uznaje się „stwierdzenie, co jest nie tak”, a nie zapewnienie klienta, czy być może próbę uświadomienia mu, że w rzeczywistości nie istnieje żaden ukryty stan chorobowy, który mógłby wyjaśnić objawy, których doświadcza (Great-West Life, 2007).

Tradycyjny model medyczny skłania się także ku wyraźnemu rozróżnieniu między zdrowiem fizycznym a psychicznym, traktując je jako dwa oddzielne byty, którymi również zajmuje się osobno. Model ten zakłada też postrzeganie pacjenta bardziej jako „biernego odbiorcę” terapii niż aktywnego uczestnika w tym procesie i dlatego odpowiedzialność za pomyślny wynik spoczywa w większym stopniu na dostawcy usług niż na pacjencie. Podejście to ma również bezpośredni wpływ na dostęp do informacji – pacjent otrzymuje tylko tyle informacji, ile potrzebuje, aby wykonywać zalecenia dostawcy świadczeń, nie zaś by mieć dokładne pojęcie o swojej chorobie i móc współzarządzać ogólnym stanem swojego zdrowia na zasadzie partnerstwa. Zastosowanie tradycyjnego modelu medycznego może mieć także negatywne skutki dla pacjenta, zarówno w sensie psychologicznym, jak i terapeutycznym. Brak zaufania czy zrozumienia, przeradzający się często w niezadowolenie pacjenta, może przejawiać się różnoraki sposób: niestosowanie się do zaleceń lekarza, nieuczestniczenie w badaniach kontrolnych, korzystanie z usług osób oferujących nietradycyjne lub nieodpowiednie dla

stanu pacjenta metody leczenia, które mogą być także mniej skuteczne (Gordon, Edwards, 1999).

Analizując tradycyjne modele medyczne, należy rozróżnić dwie zasadniczo odmienne filozofie usług: „lekarz jako rzecznik pacjenta” oraz „lekarz jako partner w procesie leczenia” (Gordon, Edwards, 1999).

2.3.1 Lekarz jako rzecznik pacjenta

Najbardziej tradycyjne i wciąż powszechnie stosowane podejście „pełne wyzdrowienie – wszystko albo nic” zostało przez Towarzystwo Medyczne Ontario (Ontario Medical Association) określone czasem mianem „absencji licencjonowanej przez lekarza” (*physician's certified absenteeism*). (Ontario Human Rights Commission, 2000). Robert DiMatteo nazwał ten typ relacji lekarza z pacjentem "biernym" lub "modelem kierowania" (Gordon, Edwards, 1999).

Lekarz rodzinny – zwykle lekarz ogólny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – odgrywa kluczową rolę w określaniu stanu niepełnosprawności, okresu nieobecności w pracy, jak również zdolności do pracy, ocenianej indywidualnie. Standardowy scenariusz zakłada wizytę pracownika u swojego lekarza z konkretną dolegliwością (przykładowo: ból pleców, grypa, stres czy nieokreślone "złe samopoczucie") i prośbą o zwolnienie lekarskie na kilka dni. Najczęściej lekarz wypisuje receptę na leki oraz zwolnienie na 1-2 tygodnie i zaprasza na wizytę kontrolną. W zależności od kompleksowości zgłaszanego problemu oraz stopnia motywacji zainteresowanej osoby, postępowanie takie może powtórzyć się kilkakrotnie, skutkując wydłużeniem absencji chorobowej, o której pracodawca jest powiadamiany co 2 tygodnie. Zapewne niezamierzonym skutkiem takiego podejścia jest często przedłużenie nieobecności danej osoby, gdyż - standardowo - jej powrót do pracy nie jest spodziewany przed całkowitym wyzdrowieniem.

Pracodawcy, którzy nie dysponują wewnętrzną strukturą zajmującą się zarządzaniem niepełnosprawnością i koordynacją powrotu do pracy, najczęściej kierują się

tym modelem usług, polegając całkowicie na opinii lekarza. Należy podkreślić, że z punktu widzenia podejmowania działań na wczesnym etapie rozwoju choroby oraz zapobiegawczego zarządzania niepełnosprawnością, ten model usług medycznych jest obciążony szeregiem istotnych wad:

- zachęca lekarza rodzinnego do przyjęcia na siebie roli rzecznika;
- pozostawia w gestii pacjenta określenie okresu niepełnosprawności, lekarzowi zaś podejmowanie ważnych decyzji dotyczących powrotu do pracy w oparciu o niepełne informacje. Lekarz rzadko dysponuje faktycznym opisem stanowiska lub analizą potrzeb i wymagań funkcjonalnych, obiektywnymi informacjami na temat środowiska pracy czy wiedzą dotyczącą kwestii związanych z efektywnością pracy określonych przez pracodawcę;
- ustawia pracownika i pracodawcę "po przeciwnych stronach barykady", często powodując u pracodawcy poczucie frustracji i bezsilności. W skomplikowanych sprawach, na przykład dotyczących upośledzenia psychicznego, kwestii związanych z obecnością w pracy lub jej wydajnością poprzedzających pojawianie się niepełnosprawności, ten model usług również skutkuje znacznym obniżeniem poziomu zaufania między zainteresowanymi stronami (pracodawcą, pracownikiem, związkami zawodowymi);
- jest skomplikowany i kosztowny na poziomie administracyjnym, gdyż do wszczęcia i zakończenia procedury powrotu do pracy zwykle wymaganych jest kilka zaświadczeń i orzeczeń lekarskich.

Interakcje etapów usług i ich wzajemnych relacje zachodzących w tym modelu można opisać w sposób następujący:

Przyczyna: rzeczywista choroba, traumatyczne zdarzenie życiowe bądź poczucie zgeneralizowanego niezadowolenia.

Działanie: wizyta u lekarza, aby szukać pomocy i/lub rozwiązania problemu.

Metoda: poszukiwanie wyłącznie przyczyn natury medycznej.

Rezultat: odkrycie lub wypracowanie odpowiedzi wyłącznie medycznej (*"uprzedzenie zawodowe"*).

Stanowiska i postawy:

Pracownik: wysiłki zmierzające do udowodnienia faktu niepełnosprawności, a tym samym uzyskania wsparcia finansowego.

Pracodawca: wysiłki zmierzające do podważenia faktu niepełnosprawności.

Lekarz: rzecznik pacjenta, medyczne "wsparcie" dla przekonań pacjenta.

Pracodawca i/lub

Ubezpieczyciel: najczęściej niechętny, a czasem także nieświadomy fundator sporu.

Rezultaty:

- narastanie strat po obu stronach, wobec podejmowanych przez pracodawcę prób kontroli nadużyć natomiast przez pracownika wysiłków by udowodnić własną niepełnosprawność;
- potrzeby żadnej ze stron nie są zaspokajane, co skutkuje spadkiem gotowości do współpracy;
- erozja relacji pracownik-pracodawca;
- skutek narastającego stresu, pracownik może odczuwać nasilenie się objawów, a okres nieobecności w pracy może się wydłużać.

Nie ulega wątpliwości, że głównymi beneficjentami tego modelu usług medycznych są – przynajmniej na krótki czas – pracownik oraz do pewnego stopnia, lekarz rodzinny, który (nawet jeśli wyłącznie jako efekt uboczny) odnosi korzyść materialną pobierając wielokrotne honorarium za powtarzające się wizyty. Jednakże można również założyć, że – w przypadku niezalezienia skutecznego rozwiązania prawdziwego powodu nieobecności związanej z niepełnosprawnością – sam pracownik może, w ostatecznym rozrachunku, znacząco utracić swój potencjał stałego zatrudnienia (Shrey, Lacerte, 1994).

Model rzecznictwa, mimo iż wybierany z altruistycznych pobudek, ma również inne nieoczekiwane skutki. Z pracy Barbary Korsch, opartej na nagraniach wideo wizyt lekarskich, wynikało, że w przeważającej większości, wizyty lekarskie miały charakter bardzo oficjalny i informacyjny. Zwyczajowa uprzejmość, bezpośredni kontakt (np. podawanie ręki), czy przejawy życzliwości były rzadkością. Wielu pacjentów komunikowało napięcie i lęk jako wynik wizyty, skarżąc się także, że nie dano im szansy przedstawienia najbardziej niepokojącego problemu lub dowiedzenia się co najprawdopodobniej było przyczyną choroby (Gordon, Edwards, 1999). W późniejszych pracach wykazano także, że jeśli wizyta trwała ok. 20 minut, tylko nieco więcej niż minutę lekarze poświęcali na informowanie pacjenta, mimo iż we własnej samoocenie wydawało im się, że ta czynność trwała 10-krotnie dłużej. W czasie studiów i na stażu, lekarze uczą się zadawania dużej ilości pytań na temat uprzednich chorób. O ile informacje o przebytych chorobach mają potencjalnie dużą wartość diagnostyczną, sposób, w jaki prowadzona jest rozmowa zawiera w sobie (być może nieświadomiony) komunikat, że najważniejszy w tej interakcji jest lekarz. Zadając dużą ilość pytań, lekarz utrzymuje ścisłą kontrolę nad przebiegiem i kierunkiem rozmowy, prawdopodobnie odczuwając w ten sposób odpowiedzialność za decyzje pacjenta. W konsekwencji, wielu pacjentów skarży się na to, że nie są słuchani przez lekarza. Dodatkowo, badania potwierdziły, że połowa pacjentów kończy wizytę u lekarza nie w pełni rozumiejąc, jak powinni dalej postępować i że często brak im podstawowego zrozumienia własnego problemu zdrowotnego (Gordon, Edwards, 1999).

2.3.2. Lekarz jako partner w procesie leczenia

Braki w modelu medycznym doprowadziły do wypracowania innego formatu usług, opartego na przesłankach medycznych, w którym kluczowa rola jest przypisana Koordynatorowi ds. Powrotu do pracy. Koordynator staje się partnerem przy wyznaczaniu i monitorowaniu planu zarządzania procesem zdrowienia i powrotu do pracy. Powyższe podejście opisywane jest przez DiMatteo jako "model współuczestniczenia". Model ten zakłada, że decyzje dotyczące wszelkich aspektów opieki medycznej, jak diagnostyka,

kierunek leczenia, farmakologia, etc., podejmowane są wspólnie z pacjentem (Gordon, Edwards, 1999).

W tym podejściu Specjalista ds. Powrotu do pracy, który zwykle nie jest wprost związany ze służbą zdrowia, kontaktuje się bezpośrednio z lekarzem rodzinnym pracownika w początkowym stadium wystąpienia niepełnosprawności i przekazuje mu faktyczny opis stanowiska pracy i obowiązkach zawodowych pacjenta, jak również informacje o dostępnych możliwościach przystosowania tego stanowiska pracy do możliwości funkcjonalnych pacjenta. Lekarz rodzinny jest proszony o wyrażenie opinii na temat ograniczeń funkcjonalnych pacjenta, nie zaś jego gotowości do powrotu do pracy. Następnie Specjalista ds. Powrotu do pracy angażuje zainteresowane strony, do których zwykle zalicza się pracownika, kierownika oraz w stosownych przypadkach przedstawiciela związków zawodowych - w proces planowania powrotu do pracy. Następnym etapem jest przedstawienie konkretnego planu lekarzowi bądź wyznaczonemu pracownikowi opieki zdrowotnej, jak na przykład fizjoterapeucie czy psychologowi. Ponownie następuje konsultacja z lekarzem, której tematem, oprócz ograniczeń sprawności funkcjonalnej, mogą być inne problemy natury medycznej dotyczące pacjenta oraz samego harmonogramu powrotu do pracy. W miarę wdrażania pacjenta w realizację planu odzyskania zdolności do pracy, lekarz jest na bieżąco informowany o jego postępach, a często uczestniczy także w podejmowaniu kolejnych decyzji mających na celu modyfikację tego programu. Z wyjątkiem nagłych przypadków, pracownicy służby zdrowia nie powinni, wszakże dysponować uprawnieniami umożliwiającymi wyłączenie pracownika z udziału w procesie powrotu do pracy, nie mogą także wymuszać na pracodawcy wypłatę zasiłku chorobowego.

Podejście to jest zgodne z dokumentem „Podsumowanie polityki Kanadyjskiego Towarzystwa Medycznego. Rola lekarza w pomaganiu pacjentowi w powrocie do pracy po chorobie lub urazie” (CMA - 1997). Model lekarza jako partnera-konsultanta w procesie leczenia odpowiada także postulatowi, że:

- każdy uczestnik procesu leczenia ponosi określony poziom odpowiedzialności za przebieg i wynik leczenia,
- kontakty opierają się na obopólnej zgodzie,
- wola negocjowania istnieje po obu stronach relacji pacjent - lekarz,

- każda ze stron musi odnieść korzyść ze współpracy (Gordon, Edwards, 1999).

2.4. Zdemedycyzowany model współpracy lekarz-pacjent

(model rozwiązań alternatywnych)

Zdemedycyzowane podejście do zarządzania niepełnosprawnością i powrotu do pracy opiera się, ogólnie rzecz ujmując, na biopsychospołecznym modelu medycyny, opracowanym w Rochester dekadę temu przez George'a Engela i John'a Romano. (Engel, 1977), (Engel, 1980)

To konkretne podejście do zarządzania niepełnosprawnością i rehabilitacji stopniowo zyskało aprobatę środowisk akademickich, zaś przy opracowywaniu teoretycznych modeli interwencyjnych jest wciąż postawą kontrowersyjną, która jak dotąd nie została powszechnie przyjęta przez pracodawców, ubezpieczycieli i pracowników ochrony zdrowia.

Praca i zdrowie są ze sobą wzajemnie mocno powiązane: zdrowie z pewnością odgrywa ważną rolę przy uzyskiwaniu i wykonywaniu pracy, praca zaś może stanowić czynnik ryzyka w kontekście zdrowia. Między zdrowiem człowieka a środowiskiem pracy zachodzi również bardziej złożone wzajemne oddziaływanie. Oprócz bezpieczeństwa fizycznego, np. obecności szkodliwego gazu w powietrzu, obrażeń ciała spowodowanych przez spadające przedmioty lub niesprawne urządzenia, rośnie liczba zagrożeń dla zdrowia emocjonalnego i psychicznego, które może nieść za sobą środowisko pracy. Lista obejmuje: długotrwały stres, poziom zadowolenia z pracy, stan relacji z przełożonym i kolegami, poczucie bycia szanowanym i docenianym, równowaga między pracą a życiem prywatnym, itp., (Shrey, Lacerte, 1994).

Koncepcja ta zakłada, że okres nieobecności w pracy nie zależy wyłącznie od medycznego charakteru niepełnosprawności, lecz ma związek również z szeregiem czynników psychospołecznych, do których należą: sytuacja życiowa człowieka, zadowolenie osobiste i zawodowe odczuwane w danym momencie, możliwość osiągnięcia wtórnych korzyści, itp. Podejście to szczególnie skutecznie tłumaczy i rozwiązuje złożone problemy i sytuacje związane z niepełnosprawnością, kiedy nieobecność pracownika

znacznie przekracza normalny okres rekonwalescencji w odniesieniu do konkretnego rodzaju schorzenia czy niepełnosprawności.

W zdemedykalizowanym modelu usług, pracownicy służby zdrowia są wciąż bezpośrednio zaangażowani w rolę partnerów, jednakże interwencja kładzie znacznie większy nacisk na zrozumienie historii danej osoby, jej motywacji i obecnej sytuacji życiowej. Rola specjalisty od zarządzania niepełnosprawnością lub przywracania zdolności do pracy jest w tym modelu jeszcze ważniejsza, ponieważ musi on być w stanie określić prawdziwą przyczynę przedłużającej się nieobecności pracownika. Przyczyna może przecież być całkowicie pozamedyczna, pomimo tego, że pozostaje opisana i traktowana w kontekście medycznym. Może to, rzecz jasna, być niepełnosprawność natury fizycznej albo psychicznej, lecz także ukryta frustracja związana z wyborem drogi zawodowej, konflikt z przełożonym, potencjalny zysk finansowy z roszczenia z tytułu wypadku drogowego, czy jakiegokolwiek inne okoliczności życiowe mogące stać na przeszkodzie powrotu do pracy.

Zdemedykalizowany model współpracy opiera się na kilku ważnych założeniach:

- **Niepełnosprawność jest „do uzgodnienia”**, to znaczy, że pomimo niejednokrotnie znaczących ograniczeń funkcjonalnych, jeśli jesteśmy w stanie znaleźć odpowiedniego rodzaju indywidualną motywację, a być może zaproponować alternatywne wybory życiowe i zawodowe, większość osób powróci do aktywności, jak również pewnej formy zatrudnienia.
- **Praca jest zdrowa**, to znaczy, że praca stanowi ważny element własnej tożsamości i środowiska społecznego oraz że zadowolenie z pracy może posłużyć do aktywnej promocji zdrowia. To zaś bezpośrednio wiąże się z dokonywaniem mądrych wyborów ścieżki zawodowej jako jednego z celów umożliwiających skuteczne planowanie powrotu do zdrowia i równowagi.
- **Powrót do pracy powinien zakładać pozytywną aktywizację i wzmocnienie indywidualnych wyborów**, to znaczy, że doradca ds. powrotu do pracy musi umiejętnie

pokierować podopiecznymi, aby uzyskać niezbędne informacje umożliwiające dokonywanie świadomych wyborów, a także rozumienie i ponoszenie ich konsekwencji. Oznacza to także, że specjalista od zarządzania niepełnosprawnością jest w ostatecznym rozrachunku zobowiązany akceptować wybory pracowników, nawet jeśli odbiegają one od tych, których potencjalnie sam by dokonał bądź uznał za bardziej korzystne dla pacjenta/klienta.

- **Czynniki biopsychospołeczne często stanowią przeszkodę na drodze do odzyskania zdrowia i powrotu do pracy**, a zatem skuteczne wsparcie ze strony medycyny pracy i rehabilitacji zawodowej wymaga połączenia perspektywy biopsychospołecznej z usługami w zakresie opieki zdrowotnej (Borrell-Carrió, Suchman, Epstein, 2004), (Frankel, 2003)

Podjęcie biopsychospołeczne pomaga w odpowiedzi na następujące pytanie: „Ponieważ większość problemów zdrowotnych skutkujących absencją pracowniczą nie powoduje trwałego upośledzenia funkcjonalnego, dlaczego niektórzy ludzie nie zdrowieją zgodnie z oczekiwaniami i nabawiają się długotrwałej niezdolności do pracy?”

Mając to właśnie pytanie na uwadze, działania służące rehabilitacji/przywróceniu zdolności do pracy powinny przestać koncentrować się na utrzymujących się upośledzeniach. Zamiast tego, wysiłki rehabilitacyjne mogą skoncentrować się na usuwaniu psychospołecznych barier, które uniemożliwiają pełne wyzdrowienie i udany powrót do pracy (Frankel, Quill, McDaniel, 2003).

3.0 Zastosowanie zdemedyalizowanego modelu współpracy w praktyce.

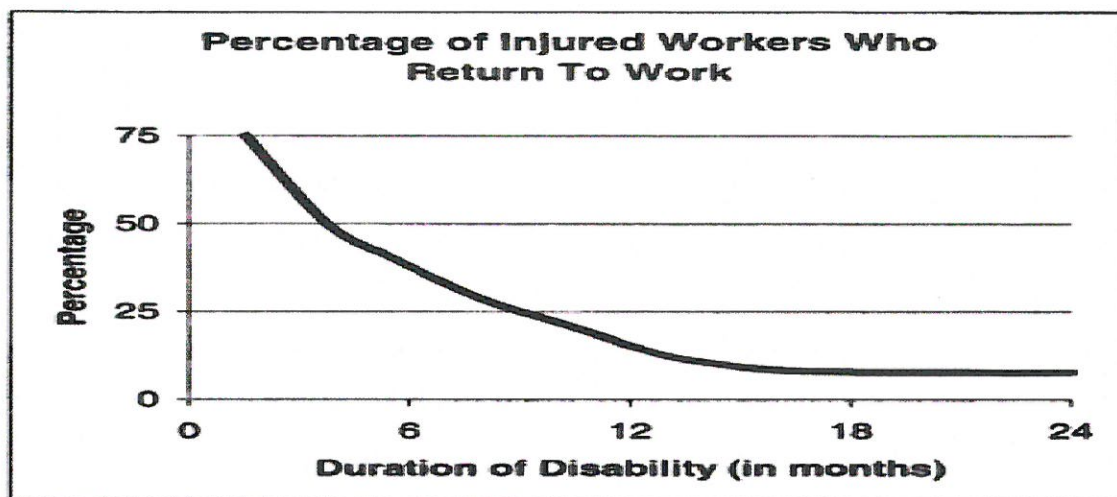
3.1. Wczesna interwencja i aktywne zarządzanie

Rozważając kwestie dotyczące procesu powrotu osoby do pracy jako oczywiste nasuwa się pytanie, dlaczego pracodawca miałby poświęcać czas i pieniądze na kierowanie procesem powrotu do pracy? Czy nie łatwiej, bardziej praktycznie i taniej byłoby po prostu zarejestrować informacje podane przez lekarza pracownika i czekać na jego powrót do pracy, gdy ten stanie się możliwy?

Niestety, sytuacja zwykle z upływem czasu staje się bardziej skomplikowana. Badania przeprowadzone przez Komisję ds. Odszkodowań Pracowniczych (*Workers' Compensation Board*) w kilku kanadyjskich prowincjach pokazują, że prawdopodobieństwo udanego powrotu pracownika do pracy jest odwrotnie proporcjonalne do długości nieobecności w pracy, niezależnie od rzeczywistego charakteru niepełnosprawności. Badania pokazały, że pracownicy mają 80-procentową szansę na powrót do pracy u swojego, bądź jakiegokolwiek innego pracodawcy, po jednomiesięcznej nieobecności. Prawdopodobieństwo, że wrócą do pracy spada do 50% po sześciu miesiącach, i do niemal 0% po dwóch latach (Frank, Brooker, De Maio, et al., 1996).

Poniższy wykres ilustruje zależność między długością absencji a prawdopodobieństwem udanego powrotu do pracy.

Ryc. 5. Odsetek pracowników, którzy powracają do pracy po urazie.



Oś pionowa: procent osób powracających do pracy zawodowej
Oś pozioma: czas trwania niepełnosprawności (w miesiącach)

Źródło: Provincial Healthcare Association: Strategies for Effective Health and Disability Management, September 1996. (Conference materials). Powyższe dane potwierdza również Narodowy Instytut Zarządzania i Badań nad Niepełnosprawnością (National Institute of Disability Management and Research *Zarządzanie niepełnosprawnością w miejscu pracy. Zintegrowane podejście kolektywne.* (NIDMAR, 2001):

Statystyka zobrazowana na Ryc. 6 jest alarmująca. Według danych statystycznych, pracodawcy w Kanadzie wydają 8-12% swojego budżetu wynagrodzeń na zasiłki chorobowe i świadczenia z tytułu niepełnosprawności. Oprócz ogromnych kosztów finansowych i innych ponoszonych przez przedsiębiorstwo, zdarzenie skutkujące niepełnosprawnością pociąga również za sobą szereg czynników ryzyka o charakterze osobistym i społecznym (Rankin, 2001).

Niepełnosprawność często wywołuje zmiany psychologiczne oraz zmianę zachowań. Niektóre z nich są rzeczywiście związane z określoną niepełnosprawnością, jak na przykład obniżona samoocena i zmniejszony poziom aktywności fizycznej z powodu ograniczeń funkcjonalnych. Inne zmiany dotyczą czynności codziennych. Dla przykładu: osoby, które nie są zmuszone wstawać i iść do pracy rano, mogą stopniowo przesunąć swój okres aktywności na przedpołudnie lub nawet wczesne popołudnie. Mogą zacząć inaczej się ubierać oraz zmienić swoje zwyczaje dotyczące higieny osobistej, gdy nie muszą odpowiednio się ubierać i szykować do pracy. Po pewnym okresie pozbawionym rutyny i

zewnętrznych oczekiwań, może nastąpić poczucie niemożności wypełniania regularnych obowiązków lub postępujące poczucie zgeneralizowanej bezradności (Rankin, 2001).

Im dłuższa nieobecność w pracy, tym bardziej znaczące mogą stawać się zmiany w stylu życia. Rodzice mogą zdać sobie sprawę, że potrzeby wynikające z opieki nad dziećmi, jak również inne koszty dotyczące wychowania dzieci i utrzymania domu, ulegają zmniejszeniu, gdy jedno z nich zostaje w domu. Wydatki związane z pracą, takie jak odpowiedni strój, posiłki i koszty dojazdu, mogą zostać zmniejszone lub wyeliminowane. Taka sytuacja może mieć również wpływ na aspekty pozaekonomiczne, na przykład, członkowie rodziny mają dla siebie nawzajem więcej czasu, zwłaszcza w kluczowej porze dnia, kiedy dzieci wracają do domu ze szkoły (Rankin, 2001).

Ponieważ zasiłki chorobowe wylicza się jako procent pensji pracownika – w Kanadzie generalnie pomiędzy 66 a 75% – niezdolność do pracy zwykle skutkuje zmniejszeniem realnego dochodu. To relatywnie duże obniżenie poziomu dostępnych środków finansowych może jednak zostać skutecznie zrównoważone poprzez zmiany w harmonogramie i strukturze codziennych zajęć opisanych powyżej. Dodatkowo, z uwagi na fakt, że świadczenia z tytułu niezdolności do pracy nie są opodatkowane, różnica w poziomie dochodu jest jeszcze bardziej zminimalizowana, bądź wręcz niezauważalna.

W toczącym się w zawrotnym tempie, coraz bardziej technologicznie skomplikowanym świecie, przedłużająca się absencja może oznaczać, iż poziom umiejętności pracownika jego znajomość wymogów stanowiska pracy czy nowych regulacji prawnych, opadają raczej szybko. Niektóre przyczyny spadku kompetencji łatwo wskazać: aktualizacja systemu informatycznego firmy czy znacząca zmiana zakresu obowiązków, które wprowadzono podczas nieobecności pracownika. Nieobecność w pracy może również negatywnie wpłynąć na postrzeganie przez samego pracownika własnych umiejętności wykonywania pracy w sposób efektywny i wydajny. Wrażenie to może się spotęgować, jeśli już przed pojawieniem się niepełnosprawności istniały nierozwiązane problemy dotyczące wyników pracy lub też dolegliwość powodująca niepełnosprawność obejmuje zaburzenie funkcji poznawczych. Świadomość tych mechanizmów jest szczególnie istotna, gdy ma się o czynienia z przypadkami z zakresu zdrowia psychicznego, jako że wówczas proces powrotu do pracy jest zwykle bardziej utrudniony i najczęściej także opóźniony (Schultz, Gatchel, 2005).

Z rozmów z osobami pobierającymi świadczenia z tytułu niepełnosprawności wynika, że początkowa faza procesu powrotu do pracy często wiąże się ze wzmożonym niepokojem. Powrót do środowiska pracy, szczególnie po dłuższej nieobecności, może być stresujący z wielu powodów. Oprócz zwątpienia w siebie, opisanego wcześniej, osoby takie mogą obawiać się nieproszonych pytań ze strony współpracowników, lub też czuć skrępowanie z powodu swojego stanu zdrowia. W przypadku sprawy o podłożu psychologicznym, pracownik być może wraca do miejsca przesiąkniętego napiętymi relacjami z przełożonym lub kolegami, które mogły przyczynić się do powstania niepełnosprawności będącej podstawą do ubiegania się o świadczenia. Wzrost poziomu stresu zwykle przekłada się na nasilenie objawów.

Reasumując, im dłużej trwa absencja w pracy, tym trudniejsze może być przywrócenie pracownika do satysfakcjonującego i wydajnego zatrudnienia, istnieją przy tym silne dowody na rzecz konieczności podejmowania wczesnej interwencji i aktywnego zarządzania (Rankin, 2001)

3.2. Efektywna komunikacja

Komunikacja jest integralną elementem relacji międzyludzkich. Skuteczna komunikacja jest konieczna, aby budować stosunki i osiągać sukcesy w działaniach opartych na współpracy i przedsięwzięciach gospodarczych. W wielopłaszczyznowym procesie ułatwiania choremu lub poszkodowanemu pracownikowi powrotu do pracy, zainteresowanym często przyświecają sprzeczne pobudki i cele. Zastosowanie odpowiednich strategii komunikacyjnych może pozwolić stronom określić swoje potrzeby i interesy w celu wypracowania takiego planu powrotu do pracy, który będzie do przyjęcia zarówno dla pracownika jak i pracodawcy. Mechanizmy skutecznej komunikacji są konieczne, aby zapewnić, że wszystkie zaangażowane osoby nie tracą z oczu oczekiwanego wyniku tego procesu, a ich wysiłki są skutecznie koordynowane.

W procesie opieki nad chorymi zdarza się wiele sytuacji, w których wyniki działań były mniej niż zadowalające, ponieważ komunikacja między zaangażowanymi stronami albo była niewystarczająca, albo nie było jej wcale. Niepowodzenie procesu powrotu do pracy jest często spowodowane rozbieżnymi początkowymi oczekiwaniami, brakiem skutecznej komunikacji bądź nieporozumieniami. Ciągła komunikacja może być wykorzystana do budowania zaufania między stronami, zmiany błędnych wyobrażeń oraz uświadomienia zespołowi i kolegom chorego lub poszkodowanego pracownika, jaką wartość ma koordynacja procesu powrotu do pracy (Shrey, Lacerte, 1994).

Zapewnienie właściwej komunikacji między uczestnikami procesu powrotu do pracy należy do nadrzędnych obowiązków specjalistów w zakresie przywracania zdolności do pracy. Dalsza część niniejszej rozprawy zgłębia niektóre spośród podstawowych aspektów tego zagadnienia. Do analizy składowych, a także barier pojawiających się w procesie komunikacji, ważne byłoby odnieść się do specyficznych elementów strukturalnych komunikacji, w tym: podmiotów, form, kodu i kontekstu komunikacji.

- Z kim się komunikować.

Niezależnie od pewnych różnic, na przykład: liczba stron uczestniczących w tym procesie lub rozmaite harmonogramy powrotu do pracy; jeśli chodzi o indywidualne strategie i plany powrotu do pracy, komunikacja zwykle odbywa się według względnie standardowego wzorca. Pracownik, jego przełożony, przedstawiciel związków zawodowych oraz pracownik opieki zdrowotnej są stronami, które zazwyczaj pozostają w bezpośrednim kontakcie ze specjalistą ds. powrotu do pracy na każdym etapie procesu planowania i wdrażania. Do innych osób, które mogą mieć dostęp do dokumentacji powrotu do pracy, bądź też zaangażować się w poszczególne elementy procedury, zalicza się przedstawicieli towarzystw ubezpieczeniowych (managerów ds. roszczeń i rehabilitacji), prawników (zwykle w przypadku roszczeń z tytułu wypadku drogowego), specjalistów wykonujących niezależne badania lekarskie, wydających oceny zdolności do pracy lub prowadzących leczenie, specjalistów ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, konsultantów ds. zasobów ludzkich, itp. (Shrey, Lacerte, 1994).

- Kiedy się komunikować

Ponieważ komunikację w ramach procesu powrotu do pracy najpowszechniej definiuje się jako dynamiczną bądź ciągłą, łatwiej jest być może określić, kiedy się nie komunikować, aby uniknąć przypadkowego ujawnienia informacji medycznych, osobistych czy innego rodzaju poufnych. Należy jednak dodać, że nadmiar komunikacji skutkuje nadmiarem informacji co może w istocie zmniejszyć skuteczność jej przepływu.

Komunikacja jest zwykle bardziej intensywna we wczesnych fazach procesu powrotu do pracy: planowania i wdrożenia. W tym czasie dochodzi do podziału zadań i obowiązków między uczestnikami procesu, konieczne jest również dopilnowanie, aby poszczególni członkowie zespołu rozumieli swoje role i wpływ na inne elementy planu przywrócenia zdolności do pracy. Wraz z postępem prac, intensywność komunikacji spada i istotną sprawą jest wypracowanie formalnego harmonogramu dalszych działań i ich oceny, aby zagwarantować trzymanie się wytyczonego planu. Należy wreszcie zaplanować także model oceny retrospektywnej tego, co poszło dobrze, a co źle (zwany również czasem „zadaniem domowym”). Takie podejście przyczyni się do ułatwienia przyszłych działań związanych z przywróceniem do pracy (Shrey, Lacerte, 1994).

- Jak się komunikować

Zależnie od natury relacji między poszczególnymi członkami zespołu zajmującego się powrotem do pracy komunikacja może mieć charakter bardziej lub mniej sformalizowany. Abstrahując od atmosfery panującej na spotkaniach planistycznych i wdrożeniowych, rzeczywisty harmonogram powrotu do pracy, wyniki badań ewaluacyjnych, a także szczegóły wszelkich zawartych umów, takie jak ograniczenia funkcjonalne, przystosowanie stanowiska pracy w okresie przejściowym, czy kwestie finansowe – powinny zawsze być sporządzane na piśmie i przekazywane wszystkim stronom w formie konkretnej umowy czy kontraktu. Dobrą praktyką jest także uzyskanie podpisów odnośnych stron pod danym dokumentem umowy przed wdrożeniem uzgodnionego planu.

- Czego unikać w komunikacji

Specjalista ds. Powrotu do pracy musi rozumieć i przestrzegać poufności informacji osobistych i medycznych. Dane prywatne i medyczne muszą być wyłączone z tej części akt pracownika i korespondencji, która jest przeznaczona do informowania o szczegółach dotyczących procesu powrotu do pracy szerszego odbiorcy, jak na przykład przełożonych, związkowców czy dział kadr. Niezależnie od tego, że pracownik miał wybór odnośnie tego, co na temat jego stanu zdrowia lub innych szczegółów o charakterze osobistym, przekazać kierownikowi lub współpracownikom czy też nie, danych tych nie wolno włączać w jakąkolwiek dokumentację tworzoną na potrzeby administracyjne. Ochrona informacji osobistych pracowników należy do obowiązków zaangażowanych w proces specjalistów. Muszą oni posiadać wystarczające umiejętności komunikacyjne, aby przekazywać odpowiednie informacje na temat sprawności i ograniczeń funkcjonalnych pracowników w sposób praktyczny, a przy tym nie wolno im naruszać prywatności klientów.

Poufność jest szczególnie ważna na etapie budowania strategii powrotu do pracy. W takich przypadkach konieczne także może okazać się poinformowanie pewnej grupy współpracowników o wybranych szczegółach wdrożonego planu (na przykład: skutki uboczne leków, postępowanie w nagłych przypadkach czy właściwy sposób reagowania na potencjalnie nietypowe zachowanie pracownika, jak np. zburzenie mowy), jednocześnie nie ujawniając informacji na temat rzeczywistego stanu zdrowia. Pracownik winien bezwarunkowo bezpośrednio uczestniczyć w przygotowaniu i realizacji działań komunikacyjnych opracowanych w tym celu, oraz powinien udzielić zgody na ich ujawnienie w uzgodnionej formie i treści (Shrey, Lacerte, 1994).

Kolejną ważną cechą skutecznej komunikacji jest jej sensowność w kontekście procesu. Aby uniknąć zbędnych i rozbudowanych, zbyt opisowych dokumentów lub pism, jedynie istotne aspekty procedury powinny być przekazywane, przy czym należy to robić w sposób zwięzły.

- Zarządzanie komunikacją

Wartość skutecznej komunikacji jest trudna do przecenienia, jako że komunikacja wydaje się być tym czynnikiem, od którego może zależeć sukces lub porażka całego procesu

powrotu do pracy. O ile nadmiar informacji może z pewnością osłabić skuteczność procesu, a niekiedy być może zdezorientować osoby weń zaangażowane, najczęstsze błędy, jakie popełnia się przy koordynowaniu powrotu do pracy, to: brak jasności i niewystarczający poziom uszczegółowienia dokumentacji, nieumiejętny styl komunikacji, opóźnienia w przekazywaniu ważnych kwestii czy niewłaściwy dobór stron biorących udział w wymianie informacji. Wszystkie one mogą prowadzić do nieporozumień, frustracji, straconych szans oraz stopniowej utracie zaufania między uczestnikami i pogorszenia jakości samego procesu współpracy (Shrey, Lacerte, 1994).

3.3. Formalny plan powrotu do pracy

Tworzenie formalnego planu powrotu do pracy zakłada określenie i uwzględnienie kilku ważnych elementów:

- Określenie potrzeb i barier

Odpowiednio skonstruowany plan powinien nie tylko porządkować proces powrotu do pracy, lecz również określać potrzeby pracownika, a także wszelkie wewnętrzne bądź zewnętrzne bariery, jakie może on napotkać powracając do pracy. Do szybkiego zestawienia mocnych stron (atutów) i ograniczeń (barier) pracownika może posłużyć arkusz oceny interwencji. Potencjalne bariery środowiskowe i międzyludzkie powinny także zostać odnotowane w tym planie, należy również, w miarę możliwości, poświęcić czas na wskazanie, jak będzie się z nimi postępować.

- Oddzielenie ograniczeń funkcjonalnych od kwestii związanych z efektywnością pracy

Wcześniejsze kwestie związane z efektywnością pracy w okresie poprzedzającym niepełnosprawność mogą stanowić szczególnie silną barierę na drodze powrotu do pracy. Problemy te mogą ujawnić się bądź to poprzez niechęć przełożonego do aktywnego zaangażowania się w przywrócenie pracownika do pracy, bądź obawę pracownika przed postępowaniem dyscyplinarnym po powrocie z absencji związanej z niepełnosprawnością. Obie reakcje mogą spowodować znaczące opóźnienie powrotu do pracy i niechęć do

pełnego zaangażowania się w ten proces – zarówno jedno, jak i drugie zmniejsza szanse na powodzenie.

Osoba odpowiedzialna za koordynację powrotu do pracy musi wyraźnie określić wszelkie kwestie związane z efektywnością pracy, niezależnie od tego, czy zostały one formalnie wyrażone i udokumentowane, czy też nie. Jednakże, o ile tego typu kwestie nie powinny być ignorowane, proces powrotu do pracy to z pewnością nie jest ten poziom, na którym należy się nimi zajmować. Jeśli wydajność pracownika była niezadowolająca przed pojawieniem się niepełnosprawności, należałoby zaprosić pracownika działu zarządzania zasobami ludzkimi do udziału w zespole koordynującym powrót do pracy, aby ten służył poradą.

- Hierarchia celów w procesie powrotu do pracy

Strategia powrotu do pracy powinna być budowana zgodnie z poniższą hierarchią celów. Owe cele uszeregowane są od najmniej trudnych do najtrudniejszych dla pracownika oraz od najmniej do najbardziej kosztownych dla pracodawcy:

1. Powrót na swoje stanowisko pracy u swojego pracodawcy.
2. Powrót na swoje zmodyfikowane stanowisko pracy u swojego pracodawcy.
3. Powrót na inne stanowisko pracy u swojego pracodawcy.
4. Powrót do pracy u innego pracodawcy.
5. Zmiana ścieżki kariery bądź dokończenie.
6. Samozatrudnienie.

Tę hierarchię celów w procesie powrotu do pracy zaproponowali jako pierwsi Matkin i Welch (w King, P.M., 1998) następnie została ona przyjęta jako standard w odniesieniu do zarządzania niepełnosprawnością i planowania powrotu do pracy w całej Kanadzie i Stanach Zjednoczonych.

Skuteczność takiego zdroworozsądkowego podejścia przejawia się przede wszystkim dlatego, że oferuje ono praktyczne i ekonomiczne korzyści zarówno dla pracownika, pracodawcy, jak i ubezpieczyciela. Powrót do pracy na stanowisko zajmowane przed powstaniem niepełnosprawności umożliwia pracownikowi

wykorzystanie posiadanej wiedzy, umiejętności oraz sprawności proceduralnej. Powrót do znanego środowiska ogranicza także poziom stresu i minimalizuje obawy, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo powodzenia. Jeśli barier na drodze powrotu do pracy nie można z powodzeniem usunąć modyfikując stanowisko zajmowane przed wystąpieniem niepełnosprawności, krąg poszukiwań możliwości zatrudnienia zostaje poszerzony. Im niżej w hierarchii celów znajduje się rozważana opcja, charakter zaangażowania osoby koordynującej proces powrotu do pracy, jak również zakres wymaganych przez pracownika usług, stają się stopniowo coraz bardziej złożone i bardziej kosztowne (King, 1998).

- Wprowadzanie harmonogramu stopniowego powrotu do pracy

Często najbardziej optymalną, choć równie często pomijaną na rzecz bardziej skomplikowanych alternatyw, opcją w procesie powrotu do pracy jest harmonogram stopniowego powrotu do pracy. Podejście to ma na celu przede wszystkim umożliwienie wczesnej interwencji (powrotu do środowiska pracy), jednocześnie zapewniając niezakłóconą kontynuację procesu zdrowienia i przywracania funkcji. Istnieją liczne dowody na to, że wprowadzenie elementów powrotu do pracy na wczesnym etapie procesu sprzyja szybszemu zdrowieniu, zarówno w przypadku dolegliwości fizycznych, jak i psychicznych.

Stopniowy powrót do pracy może polegać się na prostych zmianach w harmonogramie pracy. Pracownik zaczyna od pracy w niepełnym wymiarze, po czym godziny pracy są stopniowo wydłużane aż do uzyskania pełnego wymiaru pracy. Harmonogram musi uwzględniać wizyty i badania lekarskie, a także inne procedury medyczne. Choć niewątpliwie lepiej jest planować leczenie poza godzinami pracy, może to jednak okazać się niemożliwe dla pracownika z powodu godzin przyjęć w przychodni, długiego czasu dojazdu w godzinach szczytu, czy innych istotnych powodów, także osobistych.

Stopniowy powrót do pracy może również obejmować zmianę zadań związanych ze stanowiskiem pracy, gdzie pracownik wykonuje jedynie część swoich normalnych obowiązków, z początku wyłączając te, które pociągają za sobą większe ryzyko doznania ponownego urazu bądź pogorszenia stanu będącego pierwotną przyczyną

niepełnosprawności. Z czasem intensywność zajęć w pracy ulega stopniowemu zwiększeniu.

Możliwe jest również zastosowanie innych opcji:

- modyfikacja środowiska pracy, aby usunąć bariery architektoniczne, takie jak drzwi czy schody,
- modyfikacja narzędzi i/lub technologii biurowej, na przykład zakrzywiona ergonomicznie klawiatura komputera, podniesiony czy nachylony stół warsztatowy, albo narzędzia z dużymi uchwytami. Modyfikacje mogą mieć charakter tymczasowy bądź stały,
- korzystanie z urządzeń wspomagających, urządzeń do podnoszenia lub przenoszenia, powiększona czcionka na ekranie czy oprogramowanie sterowane głosem,
- skłonienie współpracowników i kierownictwa do wprowadzenia zmian w zachowaniu/nastawieniu i otoczeniu (Shrey, Lacerte, 1994).

Proces powrotu do pracy może obejmować połączenie wszystkich spośród powyższych elementów. Niezależnie od faktycznego podejścia, opcja stopniowego powrotu do pracy powinna opierać się na zachowaniu równowagi między bezpieczeństwem i powrotem do zdrowia pracownika a potrzebą utrzymania wydajności po stronie pracodawcy. Uwzględnienie pewnego poziomu „udogodnień” w ramach uczestnictwa w tym procesie (na przykład wzięcie pod uwagę kwestii opieki nad dziećmi podczas konstruowania harmonogramu), zwykle skutkuje podniesieniem poziomu zaangażowania i wzrostem poczucia odpowiedzialności u pracownika.

- Budowanie zespołu koordynującego powrót do pracy

Jak wspomniano wcześniej, aby zwiększyć szanse na powodzenie, zespół zajmujący się powrotem do pracy musi obejmować kluczowe osoby, dysponujące wiedzą na ten temat, a także zdolne do podejmowania decyzji odnośnie harmonogramu i modyfikacji zadań. Oprócz pracownika i specjalisty w dziedzinie powrotu do pracy, do głównych członków zespołu koordynującego powrót do pracy zwykle zalicza się przedstawiciela pracodawcy (najczęściej bezpośredniego przełożonego pracownika), przedstawiciela związków zawodowych oraz w wielu przypadkach także pracownika działu zarządzania zasobami

ludzkimi (HR). Inni specjaliści, tacy jak lekarz rodzinny pracownika, pielęgniarka medycyny pracy czy inny pracownik służby zdrowia, doradca zawodowy lub prawny, mogą być zaproszeni, aby wnieść swój wkład w prace zespołu na różnych etapach realizacji planu powrotu do pracy.

- Kontrakt

Praktycznym i skutecznym sposobem, aby uniknąć tych problemów jest sporządzenie pisemnego planu powrotu do pracy na wczesnym etapie procedury, a następnie aktualizowanie go wraz z wdrażaniem kolejnych kroków lub elementów procesu. Dostępna jest szeroka paleta formatów planu powrotu do pracy a wiele z nich stworzono na potrzeby określonego środowiska pracy czy konkretnej firmy. Niezależnie od formy graficznej, dokument zawierający plan powrotu do pracy powinien zawierać następujące rozdziały:

- Określenie i dane kontaktowe zainteresowanych stron, w tym imię i nazwisko pracownika, jego numer identyfikacyjny, stanowisko i dział, numer telefonu oraz imię i nazwisko przełożonego.
- Zwięzły opis celu sporządzenia planu.
- Szczegółowy opis harmonogramu powrotu do pracy oraz uzgodnione zmiany godzin pracy i zakresu obowiązków.
- Szczegółowy opis innych, specjalnych lub niestandardowych ustaleń, zwłaszcza takich, które dotyczą dodatkowego finansowania (np. procedury medyczne, możliwości doksztalcania/doszkalanania, tymczasowy przydział zadań), relacji między zarobkami a zasiłkiem chorobowym, instruktaż stanowiskowy, bądź inne ustalenia dobrowolne (*ex-gratia*) czy pozostające bez wpływu na późniejszy bieg spraw. (Świadczenie *ex-gratia* to dobroczynna wypłata dokonana w interesie indywidualnym lub publicznym na rzecz jakiejś osoby, z tytułu straty bądź wydatku, do której dany organ nie jest prawnie zobowiązany. Ustalenia pozostające bez wpływu na późniejszy bieg spraw nie tworzą precedensu, na który można powołać się w przyszłości, oraz nie zmieniają innych warunków danej umowy.)
- Osoby odpowiedzialne za określone zadania oraz przewidywany czas ich wykonania.
- Jak i kiedy monitorowane będą postępy procedury.

- Jak i kiedy określi się zakończenie procesu.
- Metodologia oraz częstotliwość wymiany informacji między zaangażowanymi stronami.

Specjalista koordynujący powrót do pracy musi dopilnować, aby pracownik i inne strony uczestniczące w procesie zapoznały się z planem i zrozumiały jego treść. Plan powinien być przyjęty jak najszybciej po spotkaniu zespołu ds. powrotu do pracy. Jednak, jeśli czas na to pozwala, lepszym rozwiązaniem może być dać pracownikowi dzień lub dwa na przejrzanie planu, a następnie spotkać się, aby omówić wszelkie pytania czy inne kwestie przed jego podpisaniem. Ten dodatkowy krok prawdopodobnie spowoduje, że pracownik odczuje większy komfort psychiczny, wzrośnie jego zaangażowanie i poczucie współautorstwa planu, dzięki czemu znacząco zwiększą się szanse na powodzenie procesu powrotu do pracy.

O ile z punktu widzenia wymogów umownych nie jest to zwykle obligatoryjne, zaleca się uzyskanie podpisów wszystkich członków zespołu na dokumencie planu powrotu do pracy. Fakt ten wyraża ich indywidualne zaangażowanie w uzgodniony proces oraz tworzy formalną umowę między stronami.

Oprócz roli narzędzia komunikacji, umowa pełni również kilka istotnych funkcji jako narzędzie „zarządzania oczekiwaniami”. Od samego początku oferując wspólne zrozumienie wzajemnych potrzeb i priorytetów, przejrzysta umowa pomaga uniknąć sporów, a w przypadku ich wystąpienia łagodzi ich przebieg i stanowi poradnik ułatwiający znalezienie rozwiązania.

- Formułowanie umowy o świadczeniu usługi

Umowa zwykle nadaje obiektywną miarę standardom usługi oraz ocenie jej skuteczności. Zapewnia, że obie strony posługują się tymi samymi kryteriami oceny jakości usługi. Umowa jest „żywym” dokumentem, co stanowi jedną z jej ważnych zalet. Z określoną i często z formalnie zdefiniowaną częstotliwością oraz zawsze w razie potrzeby komunikowanej przez jedną ze stron, strony umowy o świadczenie usługi powinny dokonywać jej przeglądu, oceniać jej adekwatność, jak również negocjować i wdrażać odpowiednie modyfikacje, jeśli zajdzie taka konieczność (Dyck, 2002).

Ogólnie rzecz ujmując, skuteczna umowa powinna zawierać następujące elementy:

- **Część dotycząca świadczonej usługi**
 - określenie świadczonych usług (i/lub tych, które nie są świadczone),
 - określenie warunków dostępności usługi,
 - określenie standardów usługi (ramy czasowe, sposób dostawy),
 - określenie obowiązków stron umowy,
 - określenie kosztu usługi oraz sposobu zapłaty.

- **Część dotycząca zarządzania**
 - jak będzie kontrolowana efektywność i jakość usługi,
 - jak będą dokumentowane informacje o efektywności usługi,
 - jak będą traktowane i rozwiązywane różnice zdań dotyczące usługi,
 - jak strony będą przeglądać, korygować bądź rozwiązywać umowę.

Wśród powszechnie spotykanych błędów przy tworzeniu i spisywaniu umowy o świadczenie usługi wymienić można:

- niejasno określona część dotycząca usługi bądź niezgodnienie definicji użytych do opisu części dotyczącej usługi,
- jednostronne podejście do traktowania potrzeb stron (niewystarczający wkład jednej ze stron),
- brak części dotyczącej zarządzania,
- brak harmonogramu przeglądu umowy,
- niejasna klauzula minimalizacji niekorzystnych skutków i/lub wypowiedzenia umowy (Leckie, Grewal, 2002).

3.4. Przystosowanie stanowiska pracy

Obowiązek przystosowania miejsca pracy do funkcjonalnych możliwości osób z niepełnosprawnością, to koncepcja prawna zmuszająca pracodawców do traktowania osób z niepełnosprawnościami jako równorzędnych. Niniejszy rozdział analizuje ważniejsze definicje w celu umieszczenia procesu planowania i samego powrotu do pracy w kontekście obowiązującego prawa.

- Ramy prawne

Spoczywający na pracodawcy obowiązek stworzenia warunków dla niepełnosprawnych pracowników jest opisany w dwóch dokumentach prawnych: kanadyjskiej ustawie o prawach człowieka (Canadian Human Rights Act, R.S. 1985, c. H-6) oraz Ustawie o prawach człowieka, obywatelstwie i wielokulturowości prowincji Alberta (Alberta Human Rights, Citizenship and Multiculturalism Act).

- Definicje

W celu usystematyzowania procesu analizy i zminimalizowania ryzyka powstawania nieporozumień i/lub różnic w interpretacji w kontekście prawnym regulującym proces powrotu do pracy po okresie niepełnosprawności, zaproponowane zostały następujące definicje:

- **Przystosowanie**

Przystosowanie oznacza wprowadzenie zmian w pewnych przepisach, normach, politykach, kulturach miejsca pracy, a także otoczeniu fizycznym, aby zapewnić, że nie mają one negatywnego wpływu na osobę z powodu niepełnosprawności umysłowej bądź fizycznej tej osoby, jej religii, płci czy którejkolwiek innej spośród objętych ochroną cechy. W praktyce często mówi się, że przystosowanie stanowiska pracy to zmiana sposobu spełniania oczekiwań dotyczących wydajności pracy, nie zaś zmiana samych oczekiwań.

- **Zakres i zasięg obowiązków pracodawców w zakresie przystosowania stanowisk pracy**

Obowiązek przystosowania dotyczy pracodawców, właścicieli domów czynszowych, pensjonatów, hoteli, właścicieli firm, dostawców usług publicznych, instytucji oświaty i szkolnictwa, stowarzyszeń zawodowych, związków zawodowych i innych podmiotów. Pracodawcy, związki zawodowe i dostawcy usług mają prawny obowiązek przedsięwziąć racjonalnie uzasadnione kroki, w granicach niepowodujących nadmiernych trudności, w celu przystosowania się do indywidualnych potrzeb.

- **Koncept powstawania nadmiernych utrudnień w środowisku pracy**

Pojęcie nadmierne utrudnień oznacza, że w wyniku zapewnienia konkretnego przystosowania, normalna działalność pracodawcy ulegnie znaczącemu pogorszeniu. Fakt powstania nadmiernych trudności musi zostać udowodniony przez pracodawcę ponad wszelką uzasadnioną wątpliwość. Prawa do zastosowania klauzuli powstawania nadmiernych utrudnień w miejscu pracy można tego dochodzić na następujących podstawach:

- koszt finansowy,
- wielkość i zasoby przedsiębiorstwa pracodawcy,
- zakłócenie działalności,
- problemy z produktywnością lub postawą innych pracowników,
- poważne naruszenie praw innych osób/podmiotów,
- wymiennność (elastyczność) siły roboczej,
- kwestie z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa.

- **Koncept wymogów "bona fide" (w istocie) zawodowych**

Koncept wymogów "bona fide" zawodowych determinuje w jakich sytuacjach czy okolicznościach ograniczenie praw jednostkowych (niespełnienie oczekiwań zawodowych) może być racjonalne i uzasadnione. Dyskryminacja bądź wykluczenie, np. odmowa przyjęcia do pracy na określone stanowisko ze względu na charakter ograniczeń funkcjonalnych jakie przejawia osoba zainteresowana stanowiskiem, mogą być dozwolone - jeśli pracodawca jest w stanie wykazać, że określona polityka, norma, bądź przepis jest

wymogiem koniecznym w odniesieniu do danego stanowiska. Dla przykładu: osoba, która nie posiada wymaganej ostrości widzenia nie może domagać się przystosowania stanowiska kierowcy autobusu lub samochodu ciężarowego, nawet jeśli być może nadal zdolna prowadzić własny samochód.

- Wymagania w zakresie podejmowania uzasadnionych wysiłków i aktywnego uczestnictwa

Strony zaangażowane w proces przystosowania stanowiska pracy muszą przyjąć i zaakceptować podejście partnerskie, co jest warunkiem, że ich wysiłki przyniosą powodzenie. Od pracowników oczekuje się elastyczności i rozsądku przy angażowaniu się w ten proces, a także wnioskowanie o przystosowanie stanowiska pracy w kontekście potrzeb funkcjonalnych związanych z niepełnosprawnością, a nie stylem życia czy osobistych preferencji, takich jak niechęć do pracy na nocną zmianę czy w weekendy.

Pracodawcy mają zachować postawę otwartą i konstruktywną, o ile to możliwe przywracając pracowników na stanowiska sprzed powstania niepełnosprawności lub też oferując im inne stanowiska, jeśli choroba bądź uraz uniemożliwiają im powrót do ich dawnej pracy. Odpowiednim rozwiązaniem może być zaproponowanie możliwości podniesienia kwalifikacji tym pracownikom, którzy skądinąd spełnialiby wymagania w zakresie innego rodzaju pracy.

Związki zawodowe prosi się o aktywne wspieranie koncepcji i procesów przystosowywania stanowiska pracy, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów, które mogą powstawać na tle postanowień umów zbiorowych. We współczesnym podejściu do zagadnień i problemów adaptacji miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnością, związki zawodowe pozostają kluczowym partnerem w procesie budowania skutecznych rozwiązań środowiskowych. Standardem w USA i Kanadzie jest tworzenie partnerskich struktur wykonawczych pomiędzy pracodawcą a związkami zawodowymi (joint Labour-Management Support Committee), które przejmują za nie odpowiedzialność i mają bezpośredni wpływ na tworzenie zarówno rozwiązań architektonicznych (np. fizyczna modyfikacja budynku lub stanowiska pracy), jak i modyfikacji procesów i struktur

organizacyjnych, tak by dać osobom z niepełnosprawnością możliwość samorealizacji i pełnego zaangażowania w środowisku zawodowym (Dyck, 2002).

Prawodawstwo dotyczące obowiązku przystosowania stanowiska pracy ma na celu zapobieganie przypadkom dyskryminacji (takim jak odmawianie bądź opóźnianie awansu, podwyżki, możliwości rozwoju, a nawet utrata zatrudnienia) w oparciu o niepełnosprawność pracownika. Wydaje się również wyrażać oczekiwania społeczne, aby pracodawcy wychodzili poza finansowy wymiar zatrudnienia i brali pod uwagę wartość innego, być może nie tak wymiernego, rodzaju wkładu, jaki pracownik wnosi do miejsca pracy i społeczności w ogóle. Chodzi tu o doświadczenie i transfer wiedzy, twórcze myślenie czy wolontariat.

3.5. Rozważania etyczne

W niniejszym rozdziale, pojęcia "pacjent" i "klient" używane są zamiennie. Wynika to z faktu, że obie role społeczne są często pełnione przez daną osobę jednocześnie.

W niektórych sytuacjach dotyczących radzenia sobie ze skutkami niepełnosprawności osoba ta jest pacjentem (np. podczas przechodzenia procedury medycznej), w innych klientem (np. podczas rozmowy na temat powrotu do pracy), a w pozostałych zarówno pacjentem jak i klientem (np. w procesie integracji trwających procedur medycznych ze stopniowym powrotem do obowiązków zawodowych).

Zarządzanie niepełnosprawnością i działania związane z procesem powrotu do pracy są często osadzone w bardzo osobistym i emocjonalnym kontekście. Jeśli stan zdrowia upośledza poziom funkcjonowania osoby, czy to tymczasowo, czy trwale, wiele aspektów życia może zostać tym dotkniętych. Począwszy od ambicji o charakterze finansowym i osobistym, poprzez stosunkowo proste bądź złożone potrzeby emocjonalne, aż po trwające długi czas problemy z poczuciem własnej wartości – niepełnosprawność może wpłynąć niezwykle wielowymiarowo na funkcjonowanie jednostki.

Trwały sukces w zarządzaniu niepełnosprawnością buduje się na relacjach i zaufaniu. Dlatego też w okresie, gdy obawa i osobiste poczucie zagrożenia często ulegają nasileniu, specjaliści zajmujący się powrotem do pracy powinni mieć świadomość spoczywającej na nich odpowiedzialności natury etycznej. Jako że zagadnienie etyki i profesjonalizmu stanowi przedmiot wielu publikacji i źródeł (Dyck, 2002; Parker & Szymański, 1987), niniejsza rozprawa skupia się jedynie na podstawowych aspektach procesu podejmowania decyzji w oparciu o zasady etyki.

Znaczenie obiektywizmu trudno przecenić. Podkreśla się je w wielu materiałach z zakresu zarządzania niepełnosprawnością. Jednakże, przez wzgląd na naturę relacji, jakie tworzą się między "klientami" a doradcami reprezentującymi zawody pomocowe, trudno jest być, wydaje się to niemożliwe, aby pozostać całkowicie neutralnym wobec doświadczeń życiowych klientów. Trudności i cierpienia, które często niesie za sobą niepełnosprawność mogą wzbudzać silne uczucia smutku i współczucia – zarówno

u specjalistów zajmujących się przywracaniem zdolności do pracy, jak i u ich pacjentów (Finekstein, 1980).

Mimo iż zawodowi doradcy nie są zobowiązani do wyzbywania się własnych reakcji emocjonalnych, to z pewnością muszą być ich świadomi i dokładać wszelkich starań, aby uniknąć przenoszenia ich na relacje z klientami. Zachowanie przez specjalistów obiektywizmu w takich okolicznościach oznacza świadomość swoich przekonań, wartości i uprzedzeń oraz tego, w jaki sposób wpływają one na proces współpracy z pacjentami lub klientami i innymi członkami zespołów koordynujących powrót do pracy. Ponieważ osobiste uprzedzenia mogą wpłynąć na ich postrzeganie i interakcję ze swoim środowiskiem, zawodowi doradcy muszą sobie z tych czynników zdawać sprawę. Jest to bardzo istotne, aby móc wydawać obiektywne decyzje i zalecenia w najlepiej pojmowanym interesie zarówno klientów (pracowników), jak i pracodawców (Parker, Szymański, 1998).

Z pewnością warto poświęcić czas na to, aby – angażując się w proces doradztwa w zakresie przywracania zdolności do pracy – poznać przekonania oraz wartości pacjentów i klientów. Wiedza na temat tego, co jest dla nich naprawdę ważne, pomoże doradcom wyznaczać cele i tworzyć warunki, które będą motywować pacjentów do ich osiągnięcia.

Świadcząc klientom pomoc w procesie podejmowania ważnych decyzji, w tym odnoszących się do procesu ich powrotu do pracy, doradcy powinni opierać swoje porady na czymś więcej niż tylko „przeczcucie” tego co dobre, a co złe. Decyzje podjęte czysto intuicyjnie mogą być skażone różnymi czynnikami osobistymi, w tym uprzedzeniami. Dlatego też wszelkie decyzje dotyczące kariery zawodowej klienta i jego życia osobistego powinny opierać się na czterech podstawowych zasadach etycznych:

- **Życzliwość** – działanie w najlepiej pojmowanym interesie klienta.
- **Nieszkodzenie** – unikanie robienia krzywdy klientowi.
- **Autonomia** – uznawanie prawa każdego do decydowania o sobie samym.
- **Sprawiedliwość** – traktowanie każdej osoby uczciwie, równo i bez dyskryminacji.

Dylemat etyczny powstaje, gdy ma się do wyboru kilka sposobów postępowania, a każdy z nich naraża na szwank którąś w powyższych zasadach, albo kilka z nich. Rozważmy hipotetyczną sytuację, kiedy przyszły pracodawca zwraca się o podanie jakichś informacji osobistych dotyczących osoby rozważanej jako kandydat na określone stanowisko, bądź odnoszących się do jego stanu zdrowia, a z samą osobą nie można się w danej chwili skontaktować by poprosić go o pozwolenie na ujawnienie tych informacji. Pracodawca nalega, że nie będzie mógł złożyć oferty pracy bez uzyskania odpowiedzi na swoje zapytania. Specjalista od zarządzania niepełnosprawnością ma dylemat, czy ujawnić te informacje i w ten sposób uzyskać możliwość zatrudnienia, o które stara się jego klient - przestrzegając zasady życzliwości, lecz naruszając prywatność i autonomię osoby; czy też jej nie ujawniać ryzykując utratę okazji na znalezienie pracy - stojąc na straży zasady nieszkodzenia, ale będąc w konflikcie z zasadą życzliwości (Beauchamp, Childress, 2001).

Większość kodeksów etyki zawodowej, na przykład kodeks Międzynarodowego Stowarzyszenia Specjalistów w Rehabilitacji (International Association of Rehabilitation Professionals, IARP) czy Narodowego Instytutu Zarządzania Niepełnosprawnością i Badań (National Institute of Disability Management and Research, NIDMAR), opiera się na powyższych zasadach. Udzielają one praktycznych wskazówek specjalistom borykającym się z dylematami natury etycznej. Niezależnie od tego jak kompleksowo napisany, kodeks etyczny nigdy jednak nie zastąpi indywidualnego osądu i rozumowania. Ważne, aby zdać sobie sprawę, że normy etyczne zawsze stosują się w konkretnych, a często niepowtarzalnych okolicznościach, stąd każdy dylemat etyczny może wymagać innego rozwiązania. Dodatkową funkcją standardów etycznych jest ochrona przedstawicieli danego zawodu przez zarzutami o błąd w sztuce czy zaniedbanie.

Należy podkreślić, że odpowiedzialność zawodowa każdego specjalisty nakłada na niego obowiązek zapoznania się z kodeksem etycznym i normami regulującymi zasady wykonywania swego zawodu (Dyck, 2002).

4.0. Część empiryczna

Z pewnym uproszczeniem można powiedzieć, że pracodawcy bardziej opłaca się zainwestować w niejednokrotnie kompleksowy proces rehabilitacji i rewalidacji pracownika, niż wypłacać tej osobie odszkodowanie od dnia utraty zdolności do pracy do chwili osiągnięcia wieku emerytalnego, czyli 65 urodzin. Z perspektywy pracownika otrzymującego wsparcie w procesie leczenia o powrocie do pracy, bardziej opłacalne wydaje się aktywne zaangażowanie w proces rehabilitacji, czasem zawierający kompleksowe przebranzowienie i uzyskaniem innego poziomu funkcjonalności oraz możliwości zarobkowych, niż bierne oczekiwanie na 100% wyzdrowienie i powrót to pracy na poprzednim stanowisku. Takie podejście do zagadnienia można określić jako oparte na zasadzie obopólnych korzyści.

Proces rehabilitacji może zostać zapoczątkowany trojako:

- przez lekarza prowadzącego leczenie pracownika po urazie lub wypadku przy pracy czy doświadczającego choroby zawodowej,
- przez samego pracownika za pomocą zgłoszenia problemu do WCB,
- przez pracodawcę, informując WCB o zaburzeniach funkcjonalności danej osoby.

Konsekwencja każdego z wyżej wymienionych działań jest wywiad z pracownikiem, a następnie skierowanie na kompleksowe badanie medyczne, przeprowadzane przez specjalistę zatrudnianego przez WCB i nie mającego wcześniejszego kontaktu z pracownikiem. Celem badania jest ustalenie potencjalnej etiologii oraz zakresu upośledzenia lub ograniczenia funkcji oraz zbudowanie podstaw procesu rehabilitacji. Integralną częścią tej konsultacji jest także wstępne rozplanowanie następującego w późniejszym terminie powrotu do pracy. Kolejnym etapem jest nawiązanie aktywnej współpracy pomiędzy pracownikiem, a pracodawcą i, w zależności od poziomu ograniczenia możliwości wykonywania własnego zawodu, zaprojektowanie mniej lub bardziej kompleksowego procesu powrotu do pracy. Analizą tego właśnie procesu zajmuje się część empiryczna niniejszej pracy.

4.1 Cel rozprawy

Głównym celem niniejszej rozprawy jest pokazanie, że holistyczne, zdemedykalizowane, innymi słowy **biopsychospołeczne** - podejście do zarządzania procesami rehabilitacji i minimalizowania skutków niepełnosprawności, jest w istocie najskuteczniejszym i najbardziej ekonomicznie uzasadnionym sposobem udzielania wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami, w procesie ich powrotu to optymalnego poziomu funkcjonalności, zarówno w życiu osobistym jak i zawodowym.

Teza główna:

w procesie rehabilitacji zawodowej oraz koordynując proces powrotu do pracy po okresie nieobecności o podłożu chorobowym, wdrożenie modelu biopsychospołecznego przyniesie pacjentowi (pracownikowi) oraz jego pracodawcy więcej korzyści niż zastosowanie modeli medycznych.

Cele szczegółowe:

Realizacja głównego celu prezentowanej pracy przekłada się na następujące cele szczegółowe:

- 1. określenie czy rozszerzenie opieki nad pacjentem z przedłużającą się nieobecnością w pracy o opiekę psychologiczną wpływa na długość przebywania na zwolnieniu lekarskim,
- 2. dokonanie analizy czy, mimo iż doradztwo psychologiczne wymaga dodatkowych nakładów finansowych, łączny koszt interwencji rehabilitacyjnej z udziałem aktywnego doradztwa będzie niższy, od kosztów interwencji pozbawionej tego komponentu,
- 3. analiza danych pokazujących jak wprowadzenie elementów wsparcia psychologicznego wpływa na łączne koszty interwencji rehabilitacyjnej,
- 4. określenie jak częstość i forma interwencji psychologicznej wpływa na jej efektywność,

- 5. określenie jak dodatkowe czynniki psychodemograficzne, jak wiek, płeć, stan cywilny lub rodzinny, wpływają na wyniki interwencji psychologicznych w kontekście rehabilitacji zawodowej.

4.3 Materiał badawczy

W procesie tworzenia niniejszej rozprawy wykorzystano zestawy danych zgromadzonych w procesie świadczenia kompleksowych usług rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej, koordynowanych i finansowanych przez Nova Scotia Workers' Compensation Board (WCBNS), a także Nova Scotia Liquor Corporation (NSLC). Pierwsza z organizacji jest sankcjonowaną aktem prawnym (WCB 1999) firmą ubezpieczeniową, z którą zobowiązani są dzielić informacje i współpracować wszyscy pracodawcy zatrudniający osoby w Kanadzie; druga to firma zajmująca się importem oraz dystrybucją napojów alkoholowych w prowincji Nowa Szkocja. Obie organizacje współpracują ze sobą w procesie udzielania wsparcia osobom z niepełnosprawnościami, które czasowo bądź trwale utraciły zdolność wykonywania zawodu wskutek choroby bądź wypadku przy pracy.

Współpraca pomiędzy NSLC i WCB NS jest zaledwie jednym przykładem niezliczonej ilości programów rehabilitacyjnych, nieustannie tworzonych w kooperacji pomiędzy firmami zatrudniającymi pracowników w każdej niemal dziedzinie gospodarki w Kanadzie, a firmą ubezpieczeniową jaką jest WCBNS. Prócz podłoża czysto humanistycznego, mającego na celu odzyskanie maksymalnego poziomu samodzielności i satysfakcji życiowej osoby z niepełnosprawnością, podłożem powyższego działania systemowego jest szeroko-pojęty aspekt ekonomiczny. Według prawa obowiązującego w Kanadzie, pracodawca ponosi odpowiedzialność finansowa za proces powrotu do zdrowia pracowników doznających uszkodzeń funkcji w procesie zatrudnienia. Odnosi się to zarówno do uszkodzeń mechanicznych ciała (urazy fizyczne bądź powstające wskutek chronicznego przemęczenia grup mięśniowych czy stawów), jak i tzw. urazów psychologicznych, powstających wskutek stresujących warunków pracy (np. kontroler lotów na lotnisku) lub niebezpieczeństw związanych z zatrudnieniem (np. górnik czy

hutnik). Taka struktura prawna skutecznie promuje aktywną postawę pracodawców wobec niepełnosprawności i niezdolności do pracy.

Badanie nr 1

Przedmiotem analizy w badaniu były wyniki finansowe uzyskane przez Komisję d/s Odszkodowań Pracowniczych w Prowincji Nowa Szkocja w Kanadzie (Workers' Compensation Board of Nova Scotia - WCBNS). Z punktu widzenia prawnego, odpowiedzialnością Komisji pozostaje bezpieczeństwo i higiena pracy, minimalizacja ryzyka zawodowego oraz ochrona osób zatrudnionych w Nowej Szkocji. W sensie wykonawczym, zadaniem Komisji jest administracja odszkodowań powypadkowych oraz koordynacja procesu rehabilitacji medycznej i zawodowej. Działalność Komisji finansowana jest z obowiązkowych składek dla wszystkich pracodawców zarejestrowanych w Prowincji.

Dane przedstawione w badaniu pochodzą z roku 2004 dla **grupy kontrolnej** (bez wsparcia psychologicznego) i z roku 2012 dla **grupy badanej** (ze wsparciem psychologicznym). Ogółem przeanalizowano wyniki 76 osób, nieznacznie więcej w grupie kontrolnej (N = 40, co stanowi 52,63% populacji biorącej udział w badaniu). Bezpośrednim przedmiotem analizy było porównanie wysokości nakładów finansowych poniesionych przez Komisje d/s Odszkodowań Pracowniczych (WCB) w prowincji Nowa Szkocja, z długością okresu niezdolności do pracy w obu grupach.

Badanie nr 2

Przedmiotem analizy w badaniu nr 2 były dane zgromadzone w procesie udzielania kompleksowego wsparcia rehabilitacyjnego oraz pomocy w czasie powrotu na różne stanowiska pracy w Nova Scotia Liquor Corporation. Do analizy wybrano dwie grupy pacjentów:

1. Grupa badana (N=33) składająca się z:

- a. 24 kobiet w wieku pomiędzy 41 a 61 lat
- b. 9 mężczyzn w wieku pomiędzy 38 a 62 lata

Osoby w grupie badanej były zatrudnione na różnych szczeblach personelu

handlowego w placówkach usługowych i sklepach z napojami alkoholowymi będącymi własnością Nova Scotia Liquor Corporation, na terenie Prowincji Nowa Szkocja w Kanadzie. Osoby w grupie badanej legitymowały się stażem pracy wahającym się pomiędzy 3 a 24 lata. Wszyscy pracownicy w grupie badawczej byli uprawnieni do otrzymywania pełnego pakietu wsparcia w okresie choroby/niezdolności do pracy, rekonwalescencji i powrotu do aktywnego zatrudnienia. Członkowie grupy badanej otrzymywali regularne wsparcie psychologiczne w postaci bezpośrednich spotkań lub rozmów telefonicznych z kwalifikowanym doradcą. Spotkania/rozmowy odbywały się minimum jeden, a maksimum dwa razy w tygodniu, przez okres od trzech do ośmiu tygodni. Uczestnictwo w spotkaniach z doradcą było całkowicie dobrowolne.

2. Grupa Kontrolna (N=34) składająca się z:

- a. 23 kobiet w wieku pomiędzy 47 a 62 lata
- b. 11 mężczyzn w wieku pomiędzy 44 a 57 lat

Osoby w grupie kontrolnej zatrudnione były na różnych szczeblach personelu handlowego w placówkach usługowych i sklepach alkoholowych Nova Scotia Liquor Corporation na terenie Prowincji Nowa Szkocja w Kanadzie, ze stażem pracy wahającym się pomiędzy 6 a 29 lat. Wszyscy pracownicy w grupie kontrolnej byli uprawnieni do otrzymywania pełnego pakietu wsparcia w okresie choroby/niezdolności do pracy, rekonwalescencji i powrotu do aktywnego zatrudnienia. Członkowie grupy kontrolnej otrzymywali regularną opiekę medyczną (dowolna ilość spotkań z lekarzem rodzinnym), jednak nie otrzymywali skoordynowanego wsparcia psychologicznego.

Łącznie analizie poddana została dokumentacja 67 osób, w tym 33 (49,50%) w grupie badanej. Osoby z grupy kontrolnej i badanej nie różniły się rozkładem płci, liczbą dzieci, długością zatrudnienia, pozycją zawodową czy statusem zatrudnienia (niepełny etat - *PT*, pełny etat - *FT*). Odnotowano natomiast nieznaczną różnicę w stanie cywilnym badanych osób: w grupie badawczej 27% stanowiły osoby rozwiedzione a 9% samotne, w grupie kontrolnej nie było takich osób.

4.4 Metoda badania

Zarówno badanie nr 1 jak i badanie nr 2 zostały przeprowadzone za pomocą porównania ilościowego i jakościowego danych zgromadzonych w procesie świadczenia usług rehabilitacji zawodowej w dwóch organizacjach w Nowej Szkocji:

- Komisji d/s Odszkodowań Pracowniczych (Workers' Compensation Board of Nova Scotia - WCB NS),
- Nova Scotia Liquor Corporation (NSLC).

Materiał badawczy uzyskany został za zgodą i przy pełnej współpracy wyżej wymienionych instytucji. Załącznik 3 zawiera kopie dokumentu określającego warunki wykorzystania danych oraz wymagane klauzule poufności. Przed wysłaniem droga elektroniczna, dane zostały pozbawione identyfikatorów i innych cech umożliwiających ustalenie osób fizycznych których mogły dotyczyć oraz zgrupowane. Otrzymane dane zostały poddane standardowej analizie statystycznej mającej na celu ustalenie potencjalnych korelacji i zależności pomiędzy specyficznymi elementami (opisanymi na liście celów szczegółowych) będącymi zainteresowaniem autora i przedmiotem niniejszej rozprawy. Do charakterystyki badanych grupa i zmiennych posłużono się miarami statystyki opisowej takimi jak liczebności, średnie, odchylenia standardowe i frakcje procentowe. Istotność różnic w rozkładach liczebności badanych zmiennych kategoryalnych określono za pomocą statystyki Chi². Analizując zależności między zmiennymi posłużono się współczynnikiem korelacji r - Pearsona. Do sprawdzania założeń testów parametrycznych: rozkładów zmiennych oraz jednorodności wariancji zmiennych zależnych odwołano się do statystyk Lavena i Kołgomorowa-Smirnowa z poprawką Lilleforce'a. Badając różnice między grupami w zakresie xxx oraz w obrębie grup analizując czynniki determinujące xxx, wnioski wyciągano w oparciu o wyniki testów t-Studenta dla danych niezależnych. Obliczeń dokonano za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 21.

5. Wyniki

5.1 Analiza statystyczna - badanie nr 1

Różnica w wydatkach na opiekę zdrowotną między osobami otrzymującymi wsparcie psychologiczne i osobami nie otrzymującymi takiego wsparcia.

Tabela 2. Statystyki opisowe oraz istotność różnic między grupami.

Analiza Statystyczna według Group			
Opis	0	1	P
	(N=40)	(N=36)	
Płeć			0.172
F - Kobiety	16 (40%)	21 (58.3%)	
M - Mężczyźni	24 (60%)	15 (41.7%)	
TERBt - odszkodowanie za niezdolność do pracy (w tygodniach)	23.8 ± 18.1	31.8 ± 33.4	0.208
TERB\$ - odszkodowanie za niezdolność do pracy (w dolarach)	7767.2 ± 7763.2	11066.7 ± 14319.8	0.224
Medical Aid- koszty interwencji medycznej	3979.2 ± 3916.9	12461.8 ± 6731.3	0
Voc. Rehab- koszty wsparcia w procesie powrotu do pracy			0.403
	0	38 (95%)	34 (94.4%)
	30	1 (2.5%)	0 (0.0%)
	180	0 (0.0%)	1 (2.8%)
	576	0 (0.0%)	1 (2.8%)
	930.56	1 (2.5%)	0 (0.0%)
Final RTW Outcome- Końcowy rezultat powrotu do pracy			0.402
ALT - powrót na inne stanowisko pracy	0 (0.0%)	2 (5.6%)	
NRT - trwała niezdolność do pracy	5 (12.5%)	5 (13%)	
PRE - powrót na własne stanowisko pracy	34 (85%)	27 (75%)	
SUI - zmiana profilu zawodowego	1 (2.5%)	2 (5.6%)	

Źródło: Opracowanie własne

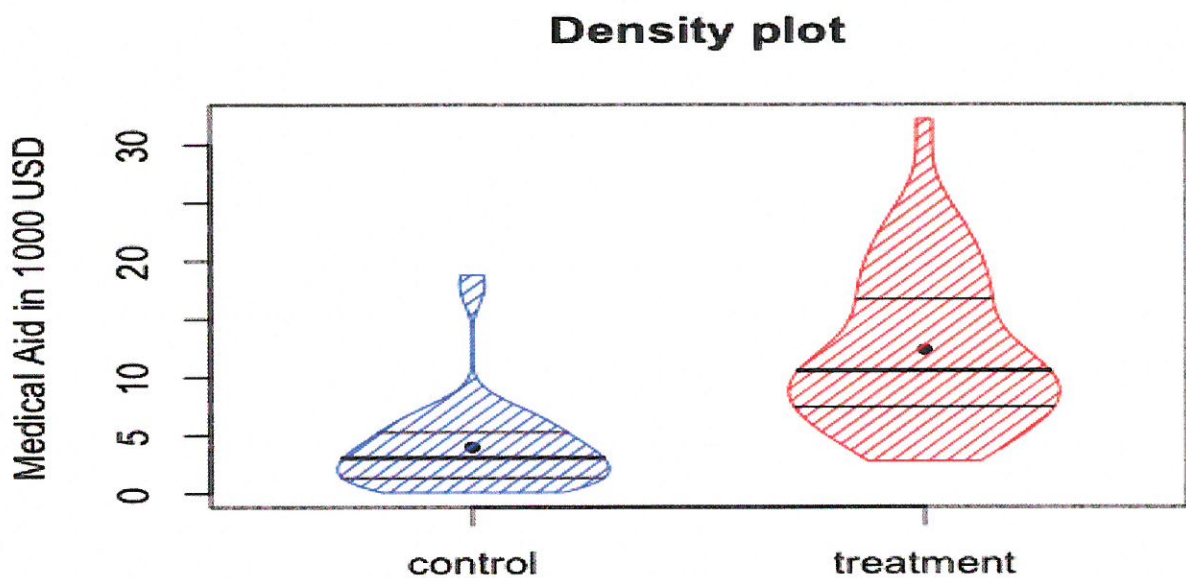
Analizując otrzymane wyniki nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w zakresie długości wypłacanego odszkodowania z tytułu czasowej niezdolności do pracy, wyrażonego w ilości tygodni w jakich pracownicy pozostający nieobecni w pracy otrzymywali wynagrodzenie *TERBt* ($p = .208$), ani też bezwzględnej wartości wypłacanego odszkodowania, wyrażonego w dolarach kanadyjskich *TERB\$* ($p = .224$).

Obie grupy charakteryzowały się zbliżonymi wynikami w zakresie kosztów wsparcia w procesie powrotu do pracy [*Voc Rehab* ($p = .403$)] oraz w wartości końcowego wyniku procesu, wyrażonego w postaci utrzymującej się niezdolności do pracy, powrotu na stanowisko zajmowane przed doświadczeniem procesu chorobowego lub powrotu na inne stanowisko, albo w postaci przebranzowienia [*Final RTW Outcome* ($p = .402$)].

Stwierdzono natomiast istotną różnicę między grupami pod względem interwencji medycznej [(*Medical Aid*) - ($t(55) = -6.62, p < 0,001, d = 1.55$)]. Wynik (koszt) grupy otrzymującej wsparcie (*treatment*) był prawie 4 razy wyższy, niż w grupie kontrolnej.

Różnice w wynikach przedstawiono na wykresie poniżej

Ryc. 6. Statystyczna istotność różnic między grupami (w dolarach kanadyjskich)



Legenda: *Density plot* - graficzna reprezentacja zagęszczenia danych,
control - grupa kontrolna, *treatment* - grupa badana

Źródło: Opracowanie własne

Interpretacja wyników - badanie nr 1

Na pierwszy rzut oka, w pewnym sensie wbrew oryginalnym założeniom, a także osobistym oczekiwaniom - grupa badana i kontrolna nie różniły się istotnie długością okresu niezdolności do pracy. Natomiast grupa badana wymagała czterokrotnie wyższych nakładów finansowych aby pokryć koszty rozszerzonej interwencji terapeutycznej.

5.2 Analiza statystyczna - badanie nr 2

Różnice między grupami osób otrzymującymi i nie otrzymujących wsparcia psychologicznego, w okresie przedłużonej niezdolności do pracy.

Wyniki analizy przedstawia tabela poniżej:

Tabela 3. Skład oraz informacje o strukturze grupy badanej i grupy kontrolnej oraz korelacji między nimi.

Analiza Statystyczna według Group			
Opis	0 (N=34)	1 (N=33)	P
Płeć			0.851
F - Kobiety	23 (67.6%)	24 (72.7%)	
M - Mężczyźni	11 (32.4%)	9 (27.3%)	
Age - wiek	52.7 ± 4.4	51.1 ± 6.3	0.214
Marital Status- stan cywilny			0.005
CL - w trwałym związku nieformalnym (konkubinat)	9 (26.5%)	3 (9.1%)	
D - rozwiedziony/-a	1 (2.9%)	0 (0.0%)	
M - zamężna/zonaty	23 (67.6%)	17 (51.5%)	
S - samotny/-a	0 (0.0%)	3 (9.1%)	
S (D) - samotny/-a rozwiedziony/-a	0 (0.0%)	9 (27.3%)	
W - wdowiec/wdowa	1 (2.9%)	1 (3%)	
Kids - dzieci (liczba)			0.149
0	0 (0.0%)	1 (3.0%)	
1	2 (5.9%)	6 (18.2%)	
2	22 (64.7%)	14 (42.4%)	
3	10 (29.4%)	10 (30.3%)	
4	0 (0.0%)	2 (6.1%)	
Years Employed- długość zatrudnienia	14.7 ± 6.1	12.3 ± 6.4	0.112
Position- Stanowisko			0.841
aMGR - zastępca kierownika	9 (26.5%)	9 (27.3%)	
Clerk - pracownik	18 (52.9%)	19 (57.6%)	
MGR - kierownik	7 (20.6%)	5 (15.2%)	
Wymiar godzinowy			1.000
FT - pełen etat	23 (67.6%)	22 (66.7%)	
PT - mniej niż pełen etat	11 (32.4%)	11 (33.3%)	

Źródło: Opracowanie własne

Zostały także zebrane dane dotyczące zdrowia, sytuacji osobistej i zawodowej:

Tabela 4. Skład oraz szczegółowe informacje o strukturze grupy badanej i grupy kontrolnej oraz korelacji między nimi.

Analiza Statystyczna według Group		
lokalizacja urazu/problemu zdrowotnego	0 (N=34)	1 (N=33)
ból w obrębie kręgosłupa	1 (2.9%)	0 (0.0%)
dyskopatia	0 (0.0%)	1 (3.0%)
ból w obrębie kręgosłupa, ramion i/lub bioder	0 (0.0%)	1 (3.0%)
ból w obrębie ramion	0 (0.0%)	1 (3.0%)
ból w stóp i kręgosłupa	1 (2.9%)	0 (0.0%)
zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie	2 (5.9%)	0 (0.0%)
dolegliwości nóg lub stóp (L lub P)	1 (2.9%)	2 (6.1%)
zgeneralizowany ból kręgosłupa	0 (0.0%)	2 (6.1%)
niespecyficzne skargi na ból	23 (67.6%)	16 (48.6%)
dolegliwości stawu biodrowego lub kolanowego	1 (2.9%)	1 (3.0%)
udolegliwości kończyn dolnych (łącznie ze stawem biodrowym)	0 (0.0%)	1 (3.0%)
dolegliwości stawów kolanowych	1 (2.9%)	0 (0.0%)
dolegliwości stawów kolanowych i biodrowych	1 (2.9%)	1 (3.0%)
urazy kończyny dolnej	0 (0.0%)	1 (3.0%)
dolegliwości dolnego odcinka kręgosłupa	2 (5.9%)	0 (0.0%)
dolegliwości szyjnego odcinka kręgosłupa	0 (0.0%)	1 (3.0%)
dolegliwości szyjnego i dolnego odcinka kręgosłupa	1 (2.9%)	2 (6.1%)
dolegliwości szyjnego odcinka kręgosłupa i barku	0 (0.0%)	1 (3.0%)
dolegliwości dolnego odcinka kręgosłupa i barku	0 (0.0%)	2 (6.1%)
dolegliwości okolicy ramienia i szyjnego odcinka kręgosłupa	0 (0.0%)	1 (3.0%)
Indywidualny kontekst społeczny	0	1
uzależnienie od alkoholu	4 (23.5%)	3 (15.0%)
poważna choroba dziecka	1 (5.9%)	2 (10.0%)
skomplikowana sprawa rozwodowa (niezakończona)	0 (0.0%)	2 (10.0%)
rozwód	0 (0.0%)	1 (5.0%)
rozdźwięk rodzinny	0 (0.0%)	3 (15.0%)
uzależnienie od gier hazardowych	1 (5.9%)	0 (0.0%)
dolegliwości psychiczne lub emocjonalne	0 (0.0%)	1 (5.0%)
problemy w relacji z partnerem	3 (17.6%)	1 (5.0%)
opieka nad starszym członkiem rodziny	3 (17.6%)	4 (20.0%)
choroba wśród rodzeństwa	1 (5.9%)	0 (0.0%)
choroba partnera życiowego	4 (23.5%)	3 (15.0%)
Kontekst Zawodowy	0	1
problemy z regularnością i jakością pracy	5 (26.3%)	2 (11.1%)
częste nieobecności w pracy	5 (26.3%)	5 (27.8%)
konflikt w miejscu pracy	6 (31.6%)	4 (22.2%)
konflikt w miejscu pracy i problemy z jakością pracy	0 (0.0%)	1 (3.0%)
problemy z jakością pracy	3 (15.8%)	6 (33.3%)

Źródło: Opracowanie własne

W celu zidentyfikowania potencjalnych czynników, które mogłyby mieć wpływ na wyniki analizy, specyficzne problemy zdrowotne pogrupowano w szersze kategorie. Dokonując następnie porównania częstotliwości występowania specyficznych dolegliwości w poszczególnych kategoriach zaobserwowano, że wśród osób w grupie badanej częściej niż wśród osób w grupie kontrolnej, występowały problemy zdrowotne w obrębie szyi oraz ramion ($p = .014$). Pozostałe grupy problemów zdrowotnych występowały równie często w obu grupach. Należy zatem przyjąć, iż charakter i umiejscowienie dolegliwości zgłaszanych przez uczestników nie miały istotnego wpływu na różnicowane analizowanych danych.

Tabela 5. Zestawienie danych grupy badanej i grupy kontrolnej. Dane określają miejsca największego dyskomfortu lub bólu odczuwanego przez członków każdej grupy

Analiza Statystyczna według Group			
Opis	0	1	P
	(N=34)	(N=33)	
Skargi na ból (w różnej lokalizacji)			0.172
brak skarg na ból	9 (26.5%)	15 (45.5%)	
ból pozostaje istotnym problemem	25 (73.5%)	18 (54.5%)	
Dolegliwości w obrębie kregostupa			0.335
brak skarg na dolegliwości	29 (85.3%)	24 (72.7%)	
potwierdzone dolegliwości	5 (14.7%)	9 (27.3%)	
Dolegliwości w obrębie bioder lub kończyn dolnych			0.403
brak skarg na dolegliwości	29 (85.3%)	27 (81.8%)	
potwierdzone dolegliwości	5 (14.7%)	6 (18.2%)	
Dolegliwości w obrębie szyi i ramion			0.014
brak skarg na dolegliwości	33 (97.1%)	24 (72.7%)	
potwierdzone dolegliwości	1 (2.9%)	9 (27.3%)	

Źródło: Opracowanie własne

Szczegółowy rozkład wyników zmiennych zależnych w obu grupach:

Tabela 6. Zestawienie zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej.

Analiza Statystyczna według Group		
Rodzaj udzielonego wsparcia	0 (N=34)	1 (N=33)
Wsparcie psychologiczne		
spotkania bezpośrednie	0 (0.0%)	33 (100%)
rozmowy telefoniczne	5 (14.7%)	0 (100%)
Długość otrzymanego wsparcia		
0 tygodni	29 (85.3%)	0 (0.0%)
1 tydzień	3 (8.8%)	0 (0.0%)
2 tygodnie	2 (5.9%)	0 (0.0%)
3 tygodnie	1 (3.0%)	
4 tygodnie	8 (24.2%)	
5 tygodni	4 (12.1%)	
6 tygodni	10 (30.3%)	
7 tygodni	4 (12.1%)	
8 tygodni	3 (9.1%)	
9 tygodni	1 (3.0%)	
10 tygodni	1 (3.0%)	
11 tygodni	1 (3.0%)	
Średnia częstotliwość wspierających rozmów/spotkań		
0 razy w tygodniu	28 (85.3%)	
1 raz w tygodniu	5 (14.7%)	15 (45.5%)
2 razy w tygodniu	18 (54.5%)	
Dodatkowe formy wsparcia		
spotkania AA	5 (15.2%)	
interwencja lekarza	4 (12.1%)	
brak dodatkowego wsparcia	34 (100%)	24 (72.7%)

Źródło: Opracowanie własne

Część osób z grupy badanej miała świadczone usługi pomocowe dodatkowe:

- 5 osób uczestniczyło w grupach Anonimowych Alkoholików (AA),
- 4 osoby kontynuowały dodatkowe skoordynowane poradnictwo z lekarzem rodzinnym.
- Niewielka liczba osób z grupy kontrolnej kontaktowała się telefonicznie 1 lub 2 razy na tydzień z osobą udzielającą wsparcia: psychologiem lub kimś o pokrewnej specjalności.

- Natomiast na opiekę psychologiczną w grupie badawczej najczęściej przeznaczono średnio 6 godzin tygodniowo ($5,97 \pm 1,86$ godziny). W wartościach bezwzględnych było to: nie mniej niż 3 godziny oraz nie więcej 11 godzin tygodniowo.

Interpretacja wyników - badanie nr 2

Jako zmienne mogące obrazować różnice pomiędzy grupami z punktu widzenia zasadności prowadzenia działań psychologicznych, wybrano *Paid time off* czyli "maksymalnie dostępny okres otrzymywania finansowego odszkodowania od niezdolności do pracy" oraz *Actual time off* czyli okres "faktycznie otrzymanego odszkodowania finansowego".

Tabela 7. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.

Analiza Statystyczna według Group			
Opis	0	1	P
	(N=34)	(N=33)	
Możliwy okres pobierania odszkodowania (w tygodniach)	33.0 ± 13.0	37.2 ± 19.2	0.303
Faktyczny okres pobierania odszkodowania (w tygodniach)	27.1 ± 10.7	13.8 ± 6.4	0.000

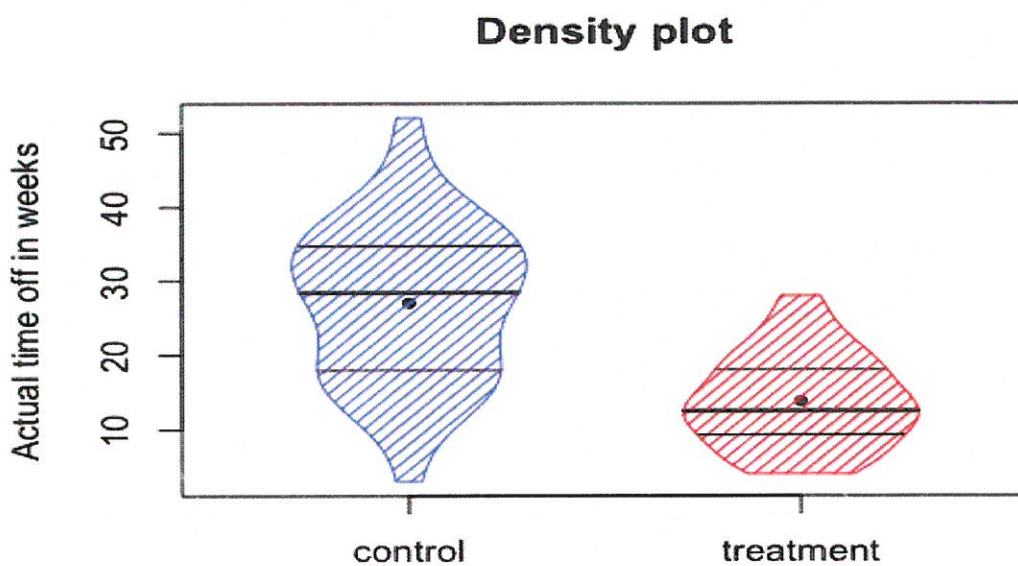
Źródło: Opracowanie własne

Analizując powyższe dane, nie stwierdzono istotnej różnicy między grupami badaną i kontrolną pod względem opłacanego czasu poza pracą, czyli długością okresu, w którym pracownicy pobierali wynagrodzenie jednocześnie będąc nieobecni pracy [(t(56) = 1,94, p = 0,303)].

Stwierdzono natomiast istotną różnicę między grupami pod względem *Actual time off* [(t (54) = 6.17, p < 0,001, d = 1,49)], czyli łącznego czasu nieobecności w pracy wskutek utrzymującego się upośledzenia funkcjonalnego. Długość ciągłej nieobecności w

pracy była 2 razy większa w grupie kontrolnej - bez wsparcia psychologicznego. Różnice ilustruje poniższy wykres.

Ryc. 7. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.



Legenda: *Density plot* - graficzna reprezentacja zagęszczenia danych,
control - grupa kontrolna, *treatment* - grupa badana

Źródło: Opracowanie własne

Pewnym potwierdzeniem wyniku, iż różnica spowodowana jest rodzajem kontaktu może być istotna różnica między osobami, które miały kontakt telefoniczny (w grupie kontrolnej), a osobami, które miały nawet najkrótszy bezpośredni kontakt psychologiczny (np. 3 lub 4 godziny tygodniowo) w grupie badanej [(t (5) = 2,67, p = 0,044, d = 1,49)].

Dodatkowo, badając potencjalny wpływ natężenia wsparcia, mierzonego za pomocą ilości kontaktów i ich indywidualnej rozciągłości na faktyczną długość nieobecności w pracy (*time off*), nie stwierdzono istotnych zależności. Wyniki ilustruje poniższa tabela.

Tabela 8. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.

zależność pomiędzy częstotliwością udzielanego wsparcia a długością okresu niezdolności do pracy		
r (31) = -0.09	p = 0.634	95%Ci = (-0.42;0.26)
zależność pomiędzy okresem udzielanego wsparcia a długością okresu niezdolności do pracy		
r (31) = 0.00	p = 0.988	95%Ci = (-0.34;0.35)
zależność pomiędzy częstotliwością udzielanego wsparcia a długością faktycznego okresu nieobecności w pracy		
r (31) = 0.14	p = 0.442	95%Ci = (-0.21;0.46)
zależność pomiędzy okresem udzielanego wsparcia a długością faktycznego okresu nieobecności w pracy		
r (31) = 0.20	p = 0.258	95%Ci = (-0.15;0.51)

Źródło: Opracowanie własne

Powyższe można zinterpretować, że w procesie udzielania interwencji rehabilitacyjnej - doświadczanie bezpośredniego wsparcia/kontakt z psychologiem lub osobą o pokrewnej specjalności, wydaje się mieć bardziej istotne znaczenie dla końcowego wyniku interwencji, niż konkretny format lub rodzaj stosowanej interwencji.

6. Opis problemów poddanych analizie i dyskusja

Charakter tak zwanych typowych problemów zdrowotnych, które mają wpływ na zatrudnialność, rzadko bywa prosty. Zazwyczaj jest równie złożony, co osadzony w historii osobistej i zawodowej pracownika, stąd poszukiwania rozwiązań nie można pozostawić wyłącznie specjalistom od ochrony zdrowia. Zaangażowanie innych ekspertów, również określanych mianem „pomocniczych” lub „wspierających”, w tym: konsultantów w dziedzinie higieny pracy, koordynatorów, psychologów, fizjoterapeutów, ergonomistów, itp., stanowi podstawę dobrej i skutecznej praktyki. Podejście to przenosi ciężar z filozofii „tradycyjnej” opartej na kwestiach medycznych, na bardziej holistyczną, gdzie branych jest pod uwagę szereg czynników, zakładając ocenę zdrowia pacjenta w perspektywie długoterminowej oraz uwzględniając perspektywiczny plan zarządzania zatrudnieniem jako element procesu zdrowienia i przywrócenia optymalnego funkcjonowania (Dyck, D., 2002).

Przyjęcie do wiadomości, iż kwestie zdrowotne są praktycznie nieuniknione w ludzkim życiu prowadzi do przyznania, że skuteczne zarządzanie tymi sprawami, w tym szeroko pojęta prewencja, czyli zapobieganie nawrotom i/lub pogłębianiu się problemów zdrowotnych, musi obejmować szereg strategii uwzględniających niektóre spośród raczej pozamedycznych stron choroby, np. pozytywne strategie dotyczące otoczenia domowego i środowiska pracy, promocja zdrowia we wszystkich wyborach decyzyjnych i dotyczących stylu życia, wczesne wykrywanie objawów zwiastujących przyszłe problemy, modyfikacja i przystosowanie stanowiska pracy, gdy jest to konieczne dla odzyskania zdrowia i dla jego utrzymania. Wymaga to od pracowników, ubezpieczycieli, związków zawodowych i specjalistów od ochrony zdrowia zrewidowania strategii zarządzania zdrowiem w miejscu pracy na rzecz zajęcia się (a przynajmniej ich uwzględniania), mnogością problemów zdrowotnych, osobistych i zawodowych, które mogą pojawić się podczas nieobecności w pracy. Dodatkowym czynnikiem zawartym w planowaniu procesu powrotu do pracy powinny oczywiście być strategie pomagające pracownikowi przezwyciężyć te problemy. Pomimo, że prewencyjne zarządzanie absencją i świadczenie wsparcia w zakresie powrotu do pracy może nie być obowiązkiem regulowanym przepisami prawa, to jednak skuteczne zarządzanie niepełnosprawnością jest mocno

uzasadnione ekonomicznie. Nieobecność w pracy, obojętnie z jakiego powodu, jest kosztowna zarówno dla pracodawcy jak i dla pracownika, zaś udzielenie pracownikom wymiernej pomocy pomaga znacząco skrócić okres nieobecności, a niejednokrotnie zapobiec ponownej absencji, ograniczając tym samym jej koszty dla obu stron (Leckie, A., & Grewal, M., 2002).

Innym nieodpartym argumentem za poszerzeniem kręgu specjalistów zaangażowanych w zarządzanie niepełnosprawnością i rehabilitację pracownika jest uznanie, że świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, a mianowicie lekarz ogólny w roli lekarza rodzinnego, rzadko mają możliwość by zobaczyć pełen obraz istniejącej niepełnosprawności - w większości przypadków jedynym źródłem informacji są dla nich sami pacjenci. W efekcie tego, jeśli chodzi o informacje o warunkach panujących w miejscu pracy oraz zdolności samego pacjenta do zaangażowania w proces powrotu do pracy, większość lekarzy opiera się wyłącznie na przekazie swoich pacjentów. Według niektórych publikacji (OMA 1997), lekarze rodzinni często uważają, że muszą poświadczyć całkowitą niezdolność do pracy swoich pacjentów, aby zapobiec utracie przez nich świadczeń z tytułu niepełnosprawności (zasiłków chorobowych, wypłat odszkodowań, wsparcia terapeutycznego, itd.). Można zatem założyć, że to pacjent jest w ostatecznym rozrachunku tym, który podejmuje decyzję, że jest "zbyt chory" lub "zbyt wysoko niepełnosprawny", aby kontynuować pracę, a następnie prosi swojego lekarza, żeby ten się z nim zgodził i potwierdził to formalnie. Taki stan rzeczy zawiera w sobie szereg niekorzystnych elementów zarówno osobowościowych - np. niepełne realizowanie własnego potencjału rozwojowego i/lub funkcjonalnego, jak i ekonomicznych, np. generowanie wysokich kosztów dla instytucji służby zdrowia i pracodawcy, a jednocześnie niepełne realizowanie własnego potencjału ekonomicznego (Shrey, D.E. and Lacerte, M., 1994).

W obliczu stale rosnących obciążeń ponoszonych przez pracodawców, w postaci świadczeń chorobowych, pracowniczych roszczeń odszkodowawczych oraz składek na ubezpieczenie od długoterminowej niepełnosprawności, takiego stanu rzeczy nie powinno się traktować po prostu jako koniecznego kosztu prowadzenia działalności gospodarczej.

Proces rehabilitacji zawodowej w rozumieniu holistycznej filozofii kompleksowych usług zdemedykalizowanych, obejmuje szereg czynników:

- potencjalna interwencja ze strony opieki zdrowotnej koncentrująca się na przywróceniu maksymalnie osiągalnej zdolności do pracy;
- koncepcja dopasowania zewnętrznych wymagań do funkcjonalnych możliwości danej osoby;
- możliwość tymczasowej modyfikacji stanowiska pracy bądź jego długoterminowego przystosowania, aby złagodzić/wyeliminować ograniczenia funkcjonalne osoby;
- uwzględnienie zespołu przekonań i postaw, zarówno wyznawanych na poziomie indywidualnym, jak i reprezentowanych przez kulturę określonego środowiska pracy;
- budowa strategii ich zmiany bądź radzenia sobie z nimi przez osobę z niepełnosprawnością.

Celem takiego działania jest osiągnięcie właściwej równowagi między konieczną interwencją ze strony służby zdrowia, a celem ogólnym, którym jest trwały powrót do pracy i maksymalnie możliwej samodzielności w sposób, który zadowala wszystkie zainteresowane strony oraz współgra z ogólnie pojmowanym dobrem pracownika w dłuższej perspektywie (Nidmar, 2004).

W tradycyjnym podejściu, rehabilitacja jest traktowana jako wtórna wobec interwencji medycznej i jest wprowadzana dopiero po zakończeniu działań medycznych; ograniczenia pacjenta jednak pozostają. Takie ograniczenia często uznaje się za trwałe upośledzenie, zaś osoba nim dotknięta może liczyć na odszkodowanie finansowe współmierne do wielkości poniesionej szkody. O ile podejście to pozostaje zasadne w odniesieniu do niewielkiej liczby poważnych schorzeń czy upośledzeń funkcjonalnych, nie jest jednak rozwiązaniem doskonałym w większości sytuacji, w których mamy do czynienia z niewielkim trwałym upośledzeniem u osób dotkniętych chorobą, bądź w ogóle jego brakiem.

W holistycznej koncepcji usług zdemedykalizowanych, interwencja ze strony służby zdrowia jest jedynie pierwszym etapem procesu rehabilitacji, generalnie oczekuje się również pełnego bądź niemal pełnego wyzdrowienia, choćby w przyszłości miały pozostać pewne nawracające objawy i/lub ograniczenia funkcjonalne. Rozwiązania dotyczące modyfikacji lub przystosowania miejsca pracy projektuje się w taki sposób, aby oba te problemy złagodzić. Podobne oczekiwania i przekonania powinny być zastosowane w odniesieniu do zarządzania wydajnością pracy, utrzymania pracy oraz ogólnego zarządzania ewentualną absencją w pracy, uznaną za związaną ze stanem zdrowia.

Operacyjne przedstawienie zdemedykalizowanej koncepcji zarządzania niepełnosprawnością może wyglądać w sposób następujący:

Tabela 9. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.

Aspekt medyczny (bio)	<ul style="list-style-type: none"> • choroba fizyczna lub psychiczna • potwierdzone upośledzenia funkcjonalne • interwencje ze strony służby zdrowia
Aspekt osobisty (psycho)	<ul style="list-style-type: none"> • typ osobowości, cechy indywidualne • relacje z samym sobą i z innymi • konkurujące ze sobą motywacje i wtórne korzyści
Aspekt zawodowy (społeczny)	<ul style="list-style-type: none"> • obecna praca i zadowolenie z życia • relacje w domu i w pracy • perspektywy zawodowe i ogólnie życiowe.

Źródło: Opracowanie własne

Z perspektywy podejścia zdemedykalizowanego, całościowa analiza „sytuacji związanej z niepełnosprawnością” danej osoby powinna być dokonana na wszystkich trzech poziomach, kładąc nacisk na aspekty osobiste i społeczne. Powyższe zalecenie ma największe znaczenie z punktu widzenia działań rehabilitacyjnych i służących powrotowi do pracy, dotyczących osób doświadczających problemów z zakresu zdrowia

psychicznego. Wobec odznaczającego się coraz większym stopniem skomplikowania życia na półkuli zachodniej, najeżonego wzajemnie sprzecznymi priorytetami, nadmiarem zobowiązań osobistych i zawodowych, niezdrowym odżywianiem i kontrowersyjnymi wyborami drogi życiowej, w połączeniu z chronicznym brakiem czasu i wszechobecnym stresem, problemy związane ze zdrowiem psychicznym odpowiadają za największą liczbę absencji pracowniczych o podłożu zdrowotnym i długotrwałą niepełnosprawność, a choroby psychiczne są, ze swej natury, zaburzeniami biopsychospołecznymi. Komponent biologiczny może być genetyczny, neurologiczny lub biochemiczny; na element psychologiczny mogą składać się osobowość, usposobienie i emocjonalność, zaś komponent społeczny to uwarunkowania kulturowe, relacje rodzinne i zawodowe oraz ogólna sytuacja życiowa. I choć niektóre cechy osobiste i procesy psychologiczne są głęboko zakorzenione w naszej psychice, w dużej mierze poza naszą kontrolą, mimo to należy podkreślić wartość indywidualnych wyborów i osobistej odpowiedzialności. Świadomy wybór, motywacja i ukierunkowane działanie odgrywają kluczową rolę w życiu człowieka. Nie inaczej jest, jeśli chodzi o zagadnienie powrotu do pracy i rehabilitacji zawodowej.

Istoty ludzkie wydają się kierować mieszanką egoizmu i altruizmu oraz wolności osobistej, a także odpowiedzialnością za własne wybory i działania. Takie zachowania takie powszechnie uważane są za normę. Podczas gdy zdolność osób cierpiących na problemy ze zdrowiem psychicznym do kontrolowania swojego zachowania bądź jego skutków może być ograniczona, na ogół ludzie są świadomi tego, co robią oraz wiedzą, jakie są możliwe konsekwencje ich działań. Dla osób cierpiących na tak zwane „typowe problemy zdrowotne”, podjęcie decyzji o (nie)zdolności do pracy, uzyskaniu zasiłku chorobowego czy ubieganiu się o świadczenia z tytułu długotrwałej niepełnosprawności, może być czymś świadomym i racjonalnym, w pełni przemyślanym i celowym, a więc zakładającym wzięcie odpowiedzialności za swoje wybory. Przyjęcie do wiadomości, iż ktoś jest naprawdę chory i zasługuje na współczucie oraz pomoc w wysiłkach zmierzających do powrotu do zdrowia nie oznacza, że nie możemy od tej osoby oczekiwać pełnej współpracy – z uwzględnieniem stwierdzonych ograniczeń funkcjonalnych – przy wysiłkach zmierzających do powrotu do pracy. Jest to istotne szczególnie wtedy, gdy na czas nieobecności w pracy składany jest wniosek o pomoc finansową, zasiłek chorobowy,

odszkodowanie pracownicze czy orzeczenie niepełnosprawności (Gordon, Edwards, 1999).

Co więcej, skupienie się na stopniu sprawności funkcjonalnej i powrocie do aktywnego – choć ograniczonego czy zmodyfikowanego zatrudnienia – znacząco zmniejsza ryzyko bycia adresatem potencjalnie negatywnego osądu moralnego osoby „uzależnionej od opieki społecznej”. Mając ten ważny aspekt na uwadze, sensownym jest wypracowanie wyraźnych ram „praw” i „obowiązków” na samym początku relacji między odbiorcą i dostawcą usług rehabilitacji zawodowej i/lub przywracania zdolności do pracy, na przykład:

- **Prawa:**

- brak odpowiedzialności za zachorowanie,
- prawo do specjalistycznej opieki i wsparcia,
- możliwość tymczasowego wyłączenia z niektórych ról i zadań.

- **Obowiązki:**

- uznanie, że choroba jest stanem niepożądanym i należy podjąć wszelkie wysiłki, aby jak najszybciej wyzdrowieć, bądź maksymalnie ograniczyć ograniczenia funkcjonalne wynikające z procesu chorobowego,
- zgoda chorego na aktywne zaangażowanie się w proces powrotu do zdrowia i przywrócenia zdolności do pracy, przy czym pomoc również koncentruje się na osiągnięciu tego celu,
- traktowanie wsparcia finansowego jako tymczasowego zamiennika wynagrodzenia.

Wielu problemom zdrowotnym, a także ograniczeniom funkcjonalnym z nich wynikającym, można zapobiec, a gdy już się pojawią, skuteczne zarządzanie nimi jest zarówno wyzwaniem, jak i koniecznością. Dlatego też - zdaniem autora niniejszej rozprawy - kompleksowy zdemedykalizowany model interwencji rehabilitacyjnych, oparty na biopsychospołecznym modelu choroby i niepełnosprawności, stanowi alternatywę najbardziej efektywną. Dodatkowo, metoda ta sprzyja fundamentalnej zmianie podejścia

do zarządzania absencją pracowniczą o podłożu zdrowotnym, promując większą skuteczność i długofalową autonomię pacjenta, przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów.

Analiza danych udostępnionych przez Komisji d/s Odszkodowań Pracowniczych (WCB NS) wykazuje pozorną niezgodność z głównym założeniem niniejszej rozprawy. Wyniki statystyczne zdają się sugerować, że mimo znacznie zwiększonych nakładów finansowych, osoby otrzymujące bezpośrednie wsparcie psychologiczne nie wykazały się krótszym okresem nieobecności w pracy lub wyższym procentem uwięzionego sukcesem powrotu na stanowisko pracy zajmowane przed chorobą/urazem. Należy jednak zwrócić uwagę na następujące istotne elementy wpływające na taki obraz danych:

- dane finansowe zgromadzone dla grupy badanej i grupy kontrolnej dzieli okres 8 lat, podczas których następował stopniowy wzrost kosztów związanych ze służbą zdrowia, zarówno w prowincji Nowa Szkocja, jak i na całym terytorium Kanady. Według informacji dostępnych w "National Health Expenditure Trends, 1975-2014" (CIHI, 2014), średni przyrost wysokości wydatków na służbę zdrowia wynosił w Kanadzie ok. 2,3 % rocznie. Powyższy wzrost kosztów niewątpliwie wpłynął na dostrzegalny wzrost nie tylko kosztów indywidualnych zabiegów, ale także kosztów koordynacji opieki medycznej i rehabilitacji poniesionych podczas wydłużonego okresu niezdolności do pracy. Wpływ zmieniających się warunków społecznych oraz globalnych mechanizmów finansowych wykracza jednak poza zasięg niniejszej rozprawy.
- w 2004 nastąpiła istotna zmiana przepisów prawnych Komisji d/s Odszkodowań Pracowniczych (WCB NS). Od tego momentu "*przewlekły ból*" uznany został za jednostkę chorobową oraz podstawę "kodu diagnostycznego", uprawniającą osoby do ubiegania się o odszkodowanie z tytułu niezdolności do pracy. Ponieważ nie zostały ustalone obiektywne kryteria diagnostyczne (np. korespondujące uszkodzenie tkanek miękkich czy innych struktur organizmu), wspomniana zmiana spowodowała natychmiastowy znaczny wzrost ilości wniosków o odszkodowanie, a także generalne wydłużenie średniego okresu niezdolności do pracy. Oba elementy wpłynęły na podwyższenie kosztów związanych z obsługą wniosków oraz z procesem rehabilitacji i powrotu to pracy.

- Dodatkowym elementem ekonomicznym było pojawienie się dużej liczby usługodawców, głównie małych centrów fizjoterapii i rehabilitacji oferujących szeroki zakres świadczeń leczniczych na obszarze całej prowincji Nowa Szkocja. Korespondujące z tym wprowadzenie systemu tzw. "samoskierowań" (*self-referral*) spowodowało dalsze ułatwienie dostępu do świadczeń, a to w konsekwencji spowodowało kolejne podwyższenie ich kosztów. W myśl zasady, że wczesna interwencja wydatnie przyspiesza proces zdrowienia, usunięcie utrudnień dostępu do zabiegów medycznych miało na celu zlikwidowanie (bądź wydatne skrócenie) okresu oczekiwania na interwencję fizjoterapeuty lub specjalisty ds. rehabilitacji, szczególnie w obszarach oddalonych od centrów urbanistycznych.

Godnym podkreślenia jest również fakt, że wyższe wydatki w grupie badanej skierowane były głównie na dodatkowe usługi medyczne, np. interwencje mające na celu uśmierzanie bólu, zmniejszenie dyskomfortu, zabiegi fizjoterapeutyczne, usprawnianie ruchowe, itp., a nie na skoordynowaną interwencję psychologiczną.

Jak wspomniałem na wstępie, niniejsza rozprawa jest wynikiem ponad 25 lat pracy w dziedzinie rehabilitacji zawodowej i społecznej w Kanadzie, a jednocześnie próbą ilustracji ewolucji własnych poglądów na temat metodologii udzielania skutecznego i moralnie poprawnego wsparcia udzielanego osobom z niepełnosprawnościami. W początkowym okresie mojej aktywności zawodowej spotkałem się głównie z modelem medycznym, gdzie lekarz rodzinny lub inny przedstawiciel opieki zdrowotnej (np. pielęgniarka lub fizjoterapeuta), byli jednostkowo odpowiedzialni za diagnostykę i prognozowanie wyników leczenia, a także za rekomendacje dotyczące rehabilitacji i szacowanie długoterminowych ubytków funkcjonalnych w kontekście rewalidacji zawodowej (Great-West Life, 2007).

W miarę nabywania doświadczenia i stopniowego zwiększania poziomu wiedzy, zaangażowania i odpowiedzialności zawodowej, miałem możliwości pracy w środowiskach promujących kompleksowe, multi dyscyplinarne podejście do tych zagadnień. Na przestrzeni lat kariery zawodowej, współpracowałem z różnymi środowiskami, początkowo w szpitalu klinicznym, później wewnątrz koncernów ubezpieczeniowych, oferujących ubezpieczenie od wypadków przy pracy, wreszcie

wewnątrz firm bezpośrednio świadczących usługi rehabilitacyjne, a w końcu w dużych instytucjach budżetowych oraz siedzibach władz lokalnych (np. urzędy miejskie) w Kanadzie. Oferowałem także usługi konsultacyjne wymagające ode mnie wszechstronnej znajomości zagadnień związanych z procesem przywracania funkcji i funkcjonalności.

Mając możliwość doświadczenia różnych filozofii pracy i rozmaitych struktur operacyjnych, od czysto medycznych do kompleksowo zorientowanych na potrzeby klienta, pozostaję przekonany, że holistyczny biopsychospołeczny model wsparcia jest najbardziej odpowiedni i w perspektywie długoterminowej, cechuje się najwyższym poziomem skuteczności. Uważam, że ten właśnie model powinien być promowany i aktywnie stosowany przez instytucje i organizacje zajmujące się budowaniem polityki społecznej oraz bezpośrednio udzielaniem takiej formy pomocy populacji osób z niepełnosprawnościami. Ograniczenie funkcjonalności wskutek procesu chorobowego lub urazu, i wynikające z tej sytuacji negatywne konsekwencje, pozostają procesem złożonym nie tylko w kontekście indywidualnym, ale także społecznym. Czasem pozornie niewielkie upośledzenie funkcji niesie za sobą rozległe konsekwencje w życiu jednostki, począwszy od utrudnień i wyzwań w życiu osobistym, aż po kompleksowe problemy w zawodowym i społecznym funkcjonowaniu takich osób.

Na kanadyjskim rynku pracy zagadnienia związane z zaburzeniami i procesem przywracania optymalnej funkcjonalnością są poniekąd nierozzerwalnie związane z możliwością uzyskania i utrzymania zatrudnienia. Wiąże się to z faktem, że istniejący tam rozległy system ubezpieczeń jest w przeważającej części finansowany z obowiązkowych składek pracodawców. System skierowany jest przede wszystkim na medyczne i rehabilitacyjne potrzeby pracowników doznających uszczerbku na zdrowiu, a w konsekwencji czasowego lub trwałego zmniejszenia potencjału zarobkowego. W zamian za to, w przeciwieństwie do systemu obowiązującego w USA, pracodawcy są prawnie chronieni przed możliwością zasądzenia wysokich odszkodowań na rzecz pracowników dochodzących swoich praw. Jednocześnie jako akcjonariusze, pracodawcy mają możliwość wywierania istotnego wpływu na strukturę i zasady funkcjonowania systemu oraz zatrzymują prawo do aktywnego uczestnictwa w procesie rehabilitacji, z wyłączeniem dostępu do danych medycznych swoich pracowników. Taki schemat funkcjonowania ma z reguły pozytywny wpływ na budowanie partnerstwa pomiędzy pracownikiem a

pracodawcą, w kontekście aktywnego dbania o zasoby ludzkie, wyrażonego aktywną współpracą w procesie powrotu do optymalnego funkcjonowania na określonym stanowisku. Innymi słowy, sytuacja wytworzona w wyniku zbudowania obowiązkowego systemu ubezpieczeń pracowników opłacanych przez pracodawcę, w zamian za ochronę prawną przed kierowaniem do sądu "frywolnym" wniosków o odszkodowanie, stworzona została równowaga pomiędzy prawami pracodawcy i pracownika. W tym kontekście, pracodawca nie może po prostu zwolnić pracownika, który uległ wypadkowi lub nabył określonego schorzenia w wyniku długotrwałej pracy na określonym stanowisku, a pracownik nie ma prawa by zignorować wysiłki pracodawcy w kierunku przywrócenia pełnej funkcjonalności i powrotu na stanowisko pracy (Dyck, D. (2002), Great-West Life, 2007). Z tej właśnie perspektywy rozpatrywane są wyniki przytoczonych powyżej analiz statystycznych.

Porównanie danych statystycznych użytych w niniejsze pracy wskazuje, że osoby otrzymujące aktywne wsparcie psychologiczne w procesie radzenia sobie z własną niepełnosprawnością (na potrzeby pracy rozpatrywaną w sytuacjach, kiedy powstała w wyniku choroby, sytuacji zawodowej lub wypadku przy pracy), może mieć istotne znaczenie dla faktycznej długości nieobecności w pracy. Biorąc pod uwagę fakt, iż porównanie prezentowane w pracy dotyczyło dwóch głównych kierunków działań rehabilitacyjnych: interwencji medycznej i interwencji psychologicznej (w idealnych warunkach ich połączenia) z perspektywy ekonomicznej oznacza to, że ograniczenie interwencji wyłącznie do działań medycznych nie jest optymalnym podejściem do zagadnienia.

Dane wykorzystane w pracy (szczególnie wyniki badania nr 2) wskazują, że początkową "oszczędność" środków finansowych, uzyskana dla przykładu przez pomijanie możliwości skierowania pracowników do bezpośredniej pracy z psychologiem lub osobą o pokrewnej specjalności, przynosi w konsekwencji wydłużenie nieobecności w pracy. Analiza okoliczności związanych z nieobecnością w pracy, w tym nakładów finansowych ponoszonych przez pracodawcę na organizację zastępstwa osoby nieobecnej w firmie, niezrealizowanie zadań produkcyjnych czy opóźnienia w określonych obszarach, a także nakładów finansowych i energetycznych ponoszonych bezpośrednio przez osobę z niepełnosprawnością jasno wykazuje, że jest to opcja zdecydowanie mniej korzystna dla

obu stron. Jak wspomniano na stronie 42 niniejszej pracy, dodatkowym istotnym ryzykiem poważnych zaburzeń w sferze zawodowej pozostaje fakt, że długość okresu nieobecności w pracy jest odwrotnie proporcjonalna do prawdopodobieństwa uwiecznionego sukcesem powrotu na stanowisko pracy zajmowane przed chorobą. Według danych Nidmar (Nidmar, 2001), po zaledwie 6 miesiącach ciągłej nieobecności, prawdopodobieństwo sukcesu (mierzonego efektywnością powrotu do pracy) spada do 50%, po 12 miesiącach do 25%, a po 24 miesiącach nieobecności wynosi zaledwie 5%. Innymi słowy, w interesie zarówno pracownika jak i pracodawcy wydaje się aktywna współpraca z psychologiem, lub osobą o pokrewnej specjalności, możliwie na samym wstępie procesu rehabilitacji.

Analiza wewnętrzna grup badawczych jak i grup kontrolnych nie wykazuje istotnych różnic w ich strukturze. Dodatkowe schorzenia lub jednostki diagnostyczne zidentyfikowane wśród członków grup, np. dolegliwości kręgosłupa, kończyn czy uzależnienia od alkoholu nie wydawały się mieć istotnego wpływu na końcowe wyniki. Podobnie stan cywilny i sytuacja rodzinna nie okazały się istotnym czynnikiem wpływającymi na żadną z badanych zmiennych.

Odrobinę może paradoksalnie lub choćby wbrew potocznym oczekiwaniom, długość i intensywność interwencji psychologicznej również nie wykazywała konkretnych tendencji do wpływania na końcowe wyniki. Statystycznie, osoby otrzymujące 6 i więcej godzin bezpośredniego wsparcia psychologicznego, pozostawały poza miejscem pracy przez porównywalny okres jak osoby otrzymujące 3 lub mniej godziny wsparcia w tygodniu. Próbując taki wynik zinterpretować można zaryzykować stwierdzenie, że na ogólnym poziomie wsparcia nie klinicznego, czyli nie zorientowanego na potwierdzoną patologię zachowania, wartością nadrzędną jest sam fakt uczestniczenia w interakcji psychologicznej, bardziej niż jej konkretna forma. Sytuacja konwersacji z osobą aktywnie zainteresowaną zrozumieniem sytuacji, werbalna analiza własnych doznań czy reakcji, może nie tylko wspierać uczestnika tej konwersacji w auto-eksploracji, ale sama w sobie stanowić istotny czynnik motywujący do wzięcia bardziej aktywnego udziału w procesie własnego zdrowienia. Może także do przejęcia odpowiedzialności za wynik leczenia, zamiast pozostania w pozycji "bycia leczonym" i stosowaniem się wyłącznie do

wskazówek lekarza prowadzącego. Podobnie jak ćwiczenia fizyczne stosowane w procesie rehabilitacji ruchowej aktywizują tkankę mięśniową i stawy, pobudzają układ oddechowy i krążenia, aktywne zaangażowanie na poziomie psychologicznym stymuluje procesy analizy, syntezy, adaptacji oraz proces podejmowania decyzji. W konsekwencji rośnie samoświadomość i umiejętność zrozumienia relacji przyczynowo-skutkowych w otaczających sytuacjach, a także proces przewidywania konsekwencji indywidualnych działań.

Dodatkowo wydaje się, że praktykowanie otwartej komunikacji w procesie interwencji psychologicznej przygotowuje pracownika do bardziej bezpośredniej komunikacji z osobami odpowiedzialnymi za koordynację procesu powrotu do pracy ze strony pracodawcy. To z kolei prawdopodobnie prowadzi do bardziej klarownego formułowania indywidualnych potrzeb i oczekiwań, większej asertywności w procesie tworzenia celów i strategii, śmielszego omawiania problemów istniejących w miejscu pracy i w rezultacie wypracowanie kompromisu bardziej akceptowalnego dla obu stron. Dodatkowym czynnikiem motywującym późniejsze zaangażowanie jest fakt, że w partnerskim procesie konstruowania strategii powrotu do pracy, pracownik ma świadomość poziomu realnego wpływu czy kontroli nad przebiegiem i wynikiem procesu. Dodatkowo wzrasta również wzajemne poczucie zaufania. Te elementy wydatnie zwiększają wzajemną gotowość do wypełniania uzgodnionych zadań i zobowiązań.

Godnym wzmianki wydaje się fakt dominujących w tzw. "świecie zachodnim XXI wieku" warunków społecznych. Mimo niebywałych zdobyczy technologicznych i rozmaitych urządzeń umożliwiających kontakt międzyludzki (smartfony, portale internetowe umożliwiające bezpłatną komunikację pomiędzy dowolnymi punktami na świecie, Facebook, Twitter, Pinterest, itp.), ogromna większość mieszkańców zachodniej cywilizacji komunikuje zwiększony poziom izolacji i osamotnienia. Ciągły pośpiech i jednocześnie pełnienie jednocześnie wielu ról w życiu zawodowym, społecznym i prywatnym, zamiast zbliżać wydaje się izolować. W codziennym pośpiechu mamy mniej czasu na spokojną konwersację z rodziną lub przyjaciółmi. W sytuacji trudnej, jaką niewątpliwie jest choroba i skorelowana z nią utrata funkcjonalności; często połączona dodatkowo ze wzrostem egzystencjalnego niepokoju o własne zdrowie lub życie, a także bardziej przedmiotowym niepokojem dotyczącym stabilności finansowej jako

konsekwencji upośledzenia funkcji zawodowych, poczucie izolacji może się istotnie pogłębiać. Poczucie, że nie należy okazywać słabości i trzeba sobie poradzić samemu może w efekcie przynieść chęć usunięcia się z aktywnego życia. Co za tym idzie, pogłębienia izolacji do czasu wyzdrowienia. Bezpośredni kontakt z umiejętnym psychologiem może oferować skuteczną alternatywę, możliwość konstruktywnej pracy nad własnym poziomem lęku czy wątpliwości, możliwość usłyszenia na głos własnych myśli i otrzymania informacji zwrotnej (feedback) na temat swoich zachowań. Zamierzonym wynikiem takiej interwencji jest spadek negatywnego napięcia i często wzrost wiary we własny sukces. Oba elementy oferują silny ładunek energetyczny i stanowią pozytywną wartość dodaną w procesie zdrowienia.

W podsumowaniu, w ramach niniejszej pracy, koszt interwencji rozpatrywany jest przez pryzmat równowagi pomiędzy nakładami a zyskami. Z tej perspektywy, jeśli dodatkowe nakłady finansowe i terapeutyczne owocują osiągnięciem wyższego poziomu funkcjonowania, bardziej efektywną formą powrotu do zatrudnienia oraz wyższym poziomem satysfakcji w omawianym kontekście społeczno-ekonomicznym, taka interwencja uważana jest za "mniej kosztowną", niż potencjalnie niższe, ale często bardziej długoterminowe nakłady na wspieranie osoby pozostającej w stanie niezdolności i nieobecności w pracy.

Ze strony pracodawcy główną składową takiego stanu rzeczy jest fakt, iż przyspieszony powrót do aktywnego zatrudnienia obniża łączną kwotę odszkodowania wypłacanego danej osobie podczas okresu niezdolności do pracy. Ponadto w chwili powrotu do pracy osoby pełniącej określone funkcje, pracodawca może obniżyć koszty własne poprzez likwidację struktur zastępczych, powołanych czasowo na okres nieobecności w pracy osoby z niepełnosprawnością. Zważywszy, że łączne wydatki z tego tytułu mogą sięgać 8-12% rocznego budżetu firmy (Rankin, 2001), globalne oszczędności z tego tytułu mogą być porównywalnie wysokie.

O ile elementy te nie były przedmiotem szczegółowej analizy w niniejszej rozprawie, powszechnie uważa się, że wcześniejszy powrót do aktywnego zatrudnienia niesie ze sobą szereg pozytywnych elementów na poziomie indywidualnym, m. in. wzrost poczucia autonomii, obiektywne podwyższenie dochodu, wzrost poczucia własnej

wartości i sprawczości życiowej (często określanych terminem "morale") pracownika oraz wśród współpracowników w zespole. Powyższe elementy powinny być zatem oceniane jako równie pozytywne i równie istotne w procesie powrotu do zdrowia i skutecznej rewalidacji zawodowej.

Część wymienionych powyżej "zysków" ma wymiar bardziej personalny niż finansowy, a poczucie podwyższenia wartości może mieć charakter bardzo indywidualny, nie powinno to umniejszać ich znaczenia, zarówno w kontekście zawodowym, społecznym jak i indywidualnym czy egzystencjalnym. Trudno jest przecenić wartość indywidualnej satysfakcji z osiągniętych celów, zawodowych czy prywatnych i pozytywny wpływ tych uczuć na ogólny poziom samozadowolenia czy poczucia samo-spełnienia. Z tej perspektywy dyskutowana w niniejszej pracy wczesna i kompleksowa interwencja zawierająca wsparcie psychologiczne, ma pozytywne i praktycznie wymierne znaczenie dla skuteczności procesu zdrowienia, przywracania optymalnego poziomu funkcjonowania i odzyskania aktywności zawodowej.

7.0 Wnioski

O ile baza danych uzyskanych w wyniku badania pozostaje relatywnie niewielka, dane można uznać za długoterminowe, gdyż pochodzą z wieloletniego okresu w jakim uczestnicy przeżywali, w niektórych przypadkach powtarzające się, okresy niezdolności do pracy. W obu grupach uczestnicy badania otrzymywali skoordynowane wsparcie o procesie powrotu do zdrowia i przywracania funkcji zawodowych. Dodatkowo, osoby w grupie badawczej, oprócz standardowej opieki medycznej, otrzymywały także wsparcie psychologiczne zorientowane na reaktywację funkcji zawodowych.

W badaniu nr 2 profil grup badanej i kontrolnej był zbliżony demograficznie - obie grupy składały się z pracowników w porównywalnym wieku i zbliżonym stażu, a także podobnej charakterystyce codziennych czynności zawodowych. Grupy różniły się minimalnie stanem cywilnym: w grupie badawczej pojawił się większy procent osób rozwiedzionych lub samotnych, osoby w grupie kontrolnej pozostawały w trwałych związkach partnerskich.

Realizacja głównego celu pracy.

Rozpatrywane z ilościowego punktu widzenia, wyrażonego w postaci bezwzględnych kosztów nieobecności w pracy, wyniki analizy danych statystycznych uzyskanych w badaniu nr 1 nie wydają się jednoznacznie potwierdzać bądź jednoznacznie odrzucać głównej tezy pracy. Mimo aktywnej interwencji psychologicznej i dodatkowych nakładów finansowych, grupa badana wykazała się 4-krotnie większym kosztem nie wykazując jednocześnie skrócenia okresu nieobecności w pracy.

Rozszerzona analiza zmian zachodzących w warunkach prawnych i ekonomicznych Nowej Szkocji w okresie z którego pochodzą dane, przedstawiona w poprzednim rozdziale wyjaśnia możliwe przyczyny takiego stanu rzeczy.

Wyniki statystyczne uzyskane w badaniu nr 2 pozwalają natomiast na wysnuć następujących wniosków:

1. rozszerzenie opieki nad pacjentem z przedłużającą się nieobecnością w pracy o opiekę psychologiczną wpływa korzystnie na skrócenie długości przebywania na zwolnieniu lekarskim,
2. mimo dodatkowych nakładów finansowych, łączny relatywny koszt interwencji rehabilitacyjnej z udziałem aktywnego doradztwa był niższy. Obniżone koszty wyrażone były w postaci krótszego okresu nieobecności w pracy, a zatem krótszego okresu wypłacania odszkodowania,
3. biorąc pod uwagę koszty bezpośrednie (wypłacane odszkodowanie) oraz koszty towarzyszące (organizacja pracy pod nieobecność pracownika), wprowadzenie poradnictwa psychologicznego może obniżyć globalne koszty nieobecności w pracy.
4. analiza danych wydaje się sugerować, że częstość oraz forma interwencji psychologicznej nie miała większego znaczenia dla jej efektywności. Najważniejszym elementem wydawał się być sam fakt otrzymywania bezpośredniego wsparcia,
5. wyniki uzyskane w badaniu nr 2 sugerują, że czynniki psychodemograficzne, jak wiek, płeć, stan cywilny i/lub rodzinny, nie wydają się mieć istotnego wpływu na wynik interwencji psychologicznej w kontekście rehabilitacji zawodowej. Poza niewielkimi różnicami, np. w grupie kontrolnej było nieznacznie więcej skarg na bóle w okolicy ramion i szyi; w grupie badanej było 27% osób rozwiedzionych i 9% samotnych, podczas gdy w grupie kontrolnej wszystkie osoby deklarowały pozostawanie w związkach partnerskich, grupa badana i grupa kontrolna były psychodemograficzne bardzo zbliżone.

Streszczenie.

Głównym celem niniejszej pracy jest analiza porównawcza dwóch strategii interwencji rehabilitacyjnej mających na celu usprawnienie procesu powrotu do zdrowia, a przede wszystkim przywrócenie optymalnej funkcjonalności, obniżonej w wyniku procesu chorobowego bądź urazu, w kontekście powrotu do aktywności zawodowej:

- **strategia medyczna**, w której ciężar interwencji i inwestycji środków koncentruje się wyłącznie na procedurach medycznych, fizjoterapii i innych "tradycyjnych" metodach somatycznych
- (zdemedykalizowana) **strategia biopsychospołeczna**, skoncentrowana na zrozumieniu nie tylko medycznego obrazu zdrowia pacjenta, ale także jego sytuacji społeczno-zawodowej i osobistej.

Materiał badawczy stanowiły dane statystyczne uzyskane przy współpracy z Komisją d/s Odszkodowań Pracowniczych w Prowincji Nowa Szkocja w Kanadzie Workers' Compensation Board of Nova Scotia - (WCB NS) oraz Nova Scotia Liquor Corporation (NSLC). Analizą objęto łącznie 167 zestawów danych. Materiał posegregowany został w 4 grupy: 2 grupy badawcze oraz 2 grupy kontrolne i zinterpretowany w dwóch odrębnych badaniach. Celem analizy było wyłonienie bardziej efektywnej metody interwencji pod względem skuteczności, mierzonej długością okresu niezdolności do pracy oraz wysokości nakładów finansowych potrzebnych do aktualizacji interwencji oraz wypłaty wsparcia należnego osobom z niepełnosprawnością.

Teza główna pracy sformułowana została w następujący sposób:

w procesie rehabilitacji zawodowej oraz koordynując proces powrotu do pracy po okresie nieobecności o podłożu chorobowym, wdrożenie modelu biopsychospołecznego przyniesie pacjentowi (pracownikowi) oraz jego pracodawcy więcej korzyści niż zastosowanie modeli medycznych.

Cele szczegółowe pracy obejmowały:

1. określenie czy rozszerzenie opieki nad pacjentem z przedłużającą się nieobecnością w pracy o opiekę psychologiczną wpływa na długość przebywania na zwolnieniu lekarskim,
2. dokonanie analizy czy, mimo iż doradztwo psychologiczne wymaga dodatkowych nakładów finansowych, łączny koszt interwencji rehabilitacyjnej z udziałem aktywnego doradztwa będzie niższy, od kosztów interwencji pozbawionej tego komponentu,
3. analiza danych pokazujących jak wprowadzenie elementów wsparcia psychologicznego wpływa na łączne koszty interwencji rehabilitacyjnej,
4. określenie jak częstość i forma interwencji psychologicznej wpływa na jej efektywność
5. określenie jak dodatkowe czynniki psychodemograficzne, jak wiek, płeć, stan cywilny lub rodzinny, wpływają na wyniki interwencji psychologicznych w kontekście rehabilitacji zawodowej

Przegląd materiału badawczego, zgrupowanego w dwóch odrębnych procesach analizy (badanie nr 1 i badanie nr 2) przedstawia argumenty które jednoznacznie nie potwierdzają ale także nie odrzucają głównej tezy pracy. Zmiana warunków ekonomicznych i prawnych regulujących proces przyznawania uprawnień do świadczeń oraz samego świadczenia usług rehabilitacyjnych i psychologicznych w prowincji Nowa Szkocja w Kanadzie (gdzie pozyskiwane były dane do analizy), nieoczekiwanie utrudniły proces interpretacji wyników. Jednocześnie, wnioski sformułowane w procesie realizacji celów pomocniczych wydają się uprawniać i umacniać przeświadczenie wyrażone w tezie głównej pracy. Wyższe jakościowo wyniki uzyskiwane stosując model biopsychospołeczny w procesie rehabilitacji, objawiające się skróceniem długości okresu niezdolności do pracy oraz niższym kosztem całkowitym przedsięwzięcia, szacowanym jako równowaga pomiędzy inwestycjami, a zyskami zarówno pracowników, jak i pracodawców.

W zakresie realizacji celów szczegółowych, analiza danych statystycznych pozwoliła sformułować następujące wnioski:

1. rozszerzenie opieki nad pacjentem z przedłużającą się nieobecnością w pracy o opiekę psychologiczną wpływa korzystnie na skrócenie długości przebywania na zwolnieniu lekarskim,
2. mimo dodatkowych nakładów finansowych, łączny relatywny koszt interwencji rehabilitacyjnej z udziałem aktywnego doradztwa był niższy. Obniżone koszty wyrażone były w postaci krótszego okresu nieobecności w pracy, a zatem krótszego okresu wypłacania odszkodowania,
3. biorąc pod uwagę koszty bezpośrednie (wypłacane odszkodowanie) oraz koszty towarzyszące (organizacja pracy pod nieobecność pracownika), wprowadzenie poradnictwa psychologicznego może obniżyć globalne koszty nieobecności w pracy,
4. analiza danych wydaje się sugerować, że częstość oraz forma interwencji psychologicznej nie miała większego znaczenia dla jej efektywności. Najważniejszym elementem wydawał się być sam fakt otrzymywania bezpośredniego wsparcia,
5. wyniki uzyskane w badaniu nr 2 sugerują, że czynniki psychodemograficzne, jak wiek, płeć, stan cywilny i/lub rodzinny, nie wydają się mieć wpływu na wynik interwencji psychologicznej w kontekście rehabilitacji zawodowej.

Analiza wyników zawiera odniesienia do istotnych przemian w krajobrazie prawno-ekonomicznym prowincji Nowa Szkocja, które niewątpliwie miały wpływ dając nieoczekiwane mniej przejrzysty obraz danych.

Abstract.

The main goal of this thesis is comparison analysis of two strategies for rehabilitation intervention, each aiming to facilitate health recovery process, and especially restoring the optimal level of functioning that may have been compromised as the result of work-related accident or an industrial disease. The two strategies are:

- **medical intervention**, where the main focus remains on traditional medical procedures, e.g. physiotherapy and other somatic intervention options
- (*de-medicalized*) **bio-psychosocial approach** focusing on understanding more than medical aspects of the condition, including psycho-social aspects of one's personal and vocational circumstances.

The research material has been comprised of depersonalized and aggregated statistical information collected during claims management and return to work processes conducted by the Nova Scotia Workers' Compensation Board and the Nova Scotia Liquor Commission the period of several years. The information was obtained with permission and in collaboration with these two organizations. The analysis included 167 sets of data, organized in 4 groups - 2 research and 2 control groups, and interpreted in two separate analysis protocols. The purpose of those protocols was to select the more effective methods of intervention. The effectiveness of a method was evaluated based on the length of the work absence and disability period, as well as calculating employer's (or the WBC's) financial investment necessary to pay the Temporary Earning Replacement Benefits (TERB), as well as the rehabilitation costs.

The following main thesis and research goals were formulated at the outset:

The main research objective:

- the analysis was expected to provide clear support for the belief utilizing the bio-psychosocial approach is the most effective approach for analyzing and planning a successful intervention, aiming for a return to work from a disability related absence from work.

The specific research goals included:

1. determining whether, broadening the services for clients experiencing an extended absence from work by direct psychological intervention can shorten the duration of the absence,
2. determining whether, despite the higher initial expense, a targeted psychological intervention can lower the overall cost of the intervention, when compared with a program without the psychological component,
3. defining how introducing psychological intervention influences the overall cost of a rehabilitation intervention,
4. defining whether the frequency and format of psychological intervention influences its effectiveness,
5. determining how some additional psychodemographic factors, e.g. age, gender, marital and family status, or the nature of pain complain influence the effectiveness of psychological support

The data was subjected to two analysis protocols (dubbed Protocol 1 & Protocol 2). The statistical analysis provided information that neither decisively confirms, nor challenges the main objective of the thesis. An in-depth analysis revealed that the data has been affected by the several complex changes in the Nova Scotia WCB legislation, that occurred between 2004 and 2012, the exact period the data sets were obtained from. Subsequently, the climate and the socio-economic reality of the claims management and return to work processes have changed significantly, sharply increasing the overall cost of the WCB claims for various types of injuries. The overall cost of delivering healthcare services increased markedly in entire Canada at the same time.

The conclusions formulated when pursuing the specific goals of the thesis seem to support and strengthen the belief expressed (by the author) when formulating the main objective of the thesis. The analysis of the data in Protocol 2 research confirmed that the overall cost of a rehabilitation intervention, evaluated by the duration of the actual absence from work due to a disability, was indeed lower for both, the employer and the employees involved.

As far as the additional goals set out for the thesis are concerned, the data analysis permitted to formulate the following conclusions:

1. broadening the intervention to include psychological counselling component can indeed shorten the duration of the absence from work,
2. regardless of the up-front additional investment, the total cost of the intervention including psychological counselling tends to be lower than a comparable program without the psychological component. The lowering of the cost is accomplished by shortening the duration of paying the earning replacement benefits,
3. considering the direct and indirect cost of a disability and the resulting absence from work, introducing psychological counselling component may help to lower the overall cost of the health-related absence from work,
4. the analysis of the collected data seems to indicate that the frequency and the format of the psychological intervention does not influence its outcome significantly. What seems to be of more importance is having direct contact with a psychologist or a professional with a similar skill set,
5. the results obtained in protocol 2 research seem to suggest that psychodemographic factors, e.g. age, gender, marital/family status or even the specific location of pain complaint, do not influence the result of the psychological intervention in the context of vocation rehabilitation.

Regretfully, the comprehensive changes in the legal and the WCB landscape in Nova Scotia between 2004 and 2012 have obscured data and impaired the expected clarity of the analysis.

Bibliografia:

Americans with Disability Act (ADA) - US Department of Labor, <http://www.ada.gov/>
Canadian Institute for Health Information (1975). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014*. Ottawa, ON: CIHI; 2014.

Anema, J.R., Loisel, P. (2013). *Handbook of Work Disability. Prevention and Management*. New York: Springer Science+Business Media.

Aristotle (1944). *Aristotle in 23 Volumes*, Vol. 21, translated by H. Rackham. Cambridge, MA, Harvard University Press; London, William Heinemann Ltd. 1944.

Beaucham, T.L., Childress J.F. (2001). *Principle of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein, R.M. (2004) *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry*. *Ann Fam Med*; 2:576-582.

British Columbia (Superintendent of Motor Vehicles) v. British Columbia (Council of Human Rights), [1999] 3 S.C.R. 868,

Canadian Charter of Rights and Freedoms (1992) - *The Constitution Act, 1982, Schedule B to the Canada Act 1982 (UK)*, 1982, c 11, the *Canadian Human Rights Act*. 1976-77, c. 33, s. 1.

Canadian Institute for Health Information (2014). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2014*. Ottawa, ON: CIHI; 2014.

CMA - 1997. Canadian Medical Association Policy Summary, *The Physician's Role in Helping Patients Return to Work After an Illness or Injury*. (Canadian Medical Association).

Cohen J, Brown Clark S: John Romano and George Engel (2010): *Their Lives and Work*. University of Rochester Press, Rochester, NY, and Boydell and Brewer Limited, Suffolk UK.

Dyck, D. (2002). *Disability management: Theory, strategy and industry practice* (2nd ed.). Markham, ON: Butterworths.

Encyklopedia PWN (1998): <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/kultura;3928887.html>

A. KŁOSKOWSKA *Socjologia kultury*, Warszawa 1981;

M. CZERWIŃSKI *Kultura i jej badanie*, Wrocław 1985;

J. KMITA *Kultura i poznanie*, Warszawa 1985;

E. NOWICKA *Świat człowieka — świat kultury*, Warszawa 1991;

Wiedza o kulturze, t. 1–4, Warszawa 1991–93.

S. Bednarek *Pojmowanie kultury i jej historii we współczesnych syntezach dziejów kultury polskiej*, Wrocław 1995;

R. Benedict *Wzory kultury*, Warszawa 1999;

C. Jenks *Kultura*, Poznań 1999.

- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science 1977. (196:129-136).
- Engel, G.L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatry 1980; 137:535-544.
- Ergonomic Development Winnipeg (2017) from: http://www.economicdevelopmentwinnipeg.com/uploads/document_file/workers_compensation_rates_by_province.pdf?t=1455134023
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and disabled people*. New York: World Rehabilitation Fund. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-attitudes.pdf>
- Frankel, R.M., Quill T.E., McDaniel SH (Eds.) (2003). *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. University of Rochester Press, Rochester, NY.
- Gordon, T. Edwards, W.S. (1999). *Pacjent Jako Partner (Making the Patient Your Partner)*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax
- Great-West Life (2007). *Workplace Strategies for Mental Health*. An initiative of the Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace. Winnipeg. Manitoba: <https://www.workplacestrategiesformentalhealth.com/about-the-centre>.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1993). *The motivation to work*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia* (s. 36-74). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hill, R. (1996). *Historical context of the work ethic*. Retrieved April 1, 2003, from <http://www.coe.uga.edu/~rhill/workethic/hist.htm>
- Humphrey, B.G. (2002). *Human Resources Guide to Duty to Accommodate*. Aurora, ON: Aurora Professional Press.
- Hurri H. 2003. *Vocational rehabilitation among musculoskeletal pain patients: basic concepts and evidence based view*. Presented to 4th Congress of the European Federation of the International Association for the Study of Pain Chapters, Prague, September.
- Kahn, R. L. (1981). *Work and health*. New York: John Wiley & Sons.
- King, P.M. (ed) (1998). *Sourcebook of Occupational Rehabilitation*. New York: Springer Science + Business Media.
- Kowalik, S. *Osoby Niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji*. W: Sęk, H. (2005) (red.) *Psychologia Kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Leckie, A., & Grewal, M. (2002). *Disability claims management* (2nd ed.). Markham, ON: Butterworths.

Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

Mojs, E., Głowacka, M.D. (red.) (2007) *Zdrowie Społeczne edukacja zarządzanie*. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania. (s.37-45).

Morton, D. (1982). *Labour in Canada*. Toronto: Grolier.

Nidmar (2004). *Disability Management Professional Examination Preparation Guide*. Victoria, BC: National Institute of Disability Management and Research.

Ontario Human Rights Commission (2000). *Policy and guidelines on disability and the duty to accommodate*. Toronto, ON: The Commission; 23 Nov 2000. Available from: <http://www.ohrc.on.ca/en/resources/Policies/PolicyDisAccom2/pdf>. Accessed: 2008 Sep 16.

Parker, R.M., Szymański, E.M. (red.) (1998). *Rehabilitation Counselling basics and beyond*. Third edition. Austin, Texas: ProEd.

Rankin, N. (2001). *An employer's guide to disability management*. Aurora, ON: Aurora Professional Press.

Rogers, B. (1994). *Occupational health nursing concepts and practice*. Philadelphia, PA: Saunders.

Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia Zdrowia wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Shrey, D.E. and Lacerte, Michel (1994). *Principles and Practices of Disability Management in Industry*. Winter Park, FL: GR Press, Inc.

Schultz, I.S., Gatchel R.J. (2005). *Handbook of Complex Occupational Disability Claims. Early risk identification, intervention and Prevention*. New York: Springer Science + Business Media.

Swain, J., Finkelstein, V., French, S. And Oliver, M (1993) *Disabling barriers, enabling environments*. Sage 1983. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-Commonality-of-Disability.pdf>

The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators' Network (2016). "Thinking about Health. Concepts of health and illness" AFMC Primer on Population Health, The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators' Network. <http://phprimer.afmc.ca/sites/default/files/AFMC-Primer-on->

Population-Health-2013-complete.pdf (Accessed February 4, 2017). License: Creative Commons BY-NC-SA

Tomaszewski, T. (1975). *Człowiek w sytuacji*. W: Tomaszewski, T. (red.) *Psychologia* (s.17-36). Warszawa: PWN.

Waddell, G., Burton, A.K., Kendal, N.A.S. (2008). *Vocational Rehabilitation what works, for who, and when. Report for the Vocational Rehabilitation Task Group*. London: TSO.

Waddell, G., Burton, A.K. (2004). *Concepts of Rehabilitation for the Management of Common Health Problems*. London: TSO.

WCB (1999). *Workers Compensation Act of Canada. Ottawa - 1999* (last modified) <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/health-safety/compensation.html>

Workers' Compensation Act (1999). *Chapter 10 of the Acts of F 1994-95 as amended by 1999, c. 1; 2000, c. 4, s. 93; 2001, c. 6, s. 127; 2002, c. 5, ss. 56-58; 2002, c. 41; 2003, c. 5; 2005, c. 31; 2012, c. 65; 2013, c. 12.* http://www.cdn-hr-reporter.ca/hr_topics/systemic-discrimination/new-test-reasonable-accommodation

Załącznik 2

Tabele surowych danych

Załącznik 1

Spis rycin

Numer i treść ryciny	Nr strony
Ryc. 1. Schemat pojęcia choroby i niepełnosprawności	12
Ryc. 2. Przebieg i wynik interwencji w modelu biomedycznym	13
Ryc. 3. Mandala zdrowia - elementy wpływające na stan zdrowia jednost	24
Ryc. 4. Uproszczony schemat relacji komponentów modelu biopsychospołecznego	25
Ryc. 5. Odsetek pracowników, którzy wrócili do pracy po urazie	43
Ryc. 6. Statystyczna istotność różnic między grupami (w \$ kanadyjskich)	69
Ryc. 7. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.	77

Spis tabel

Numer i treść tabeli	Nr strony
Tabela 1. Zestawienie czynników i ich oddziaływania na jednostkę w biopsychospołecznym modelu zdrowia i niepełnosprawności	26
Tabela 2. Statystyki opisowe oraz istotność różnic między grupami.	68
Tabela 3. Skład oraz informacje o strukturze grupy badanej i grupy kontrolnej oraz korelacji między nimi.	72
Tabela 4. Skład oraz szczegółowe informacje o strukturze grupy badanej i grupy kontrolnej oraz korelacji między nimi.	73
Tabela 5. Zestawienie danych grupy badanej i grupy kontrolnej. Dane określają miejsca największego dyskomfortu lub bólu odczuwanego przez członków każdej grupy	74
Tabela 6. Zestawienie zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej.	75
Tabela 7. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.	76
Tabela 8. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.	78
Tabela 9. Zestawienie istotnych zmiennych zależnych w grupie badanej i grupie kontrolnej: długość możliwego i faktycznego czasu nieobecności w pracy.	82

Załącznik 2

Tabele surowych danych

Criteria:

Claim Closed last in 2012, Still Closed Today

Back Injury (NWISP POB = 23*)

(TERB Weeks * 7) >= 30

Age At Accident Bewteen 42 and 51

Claim Received Psych Services

Claim Risk = High

Client Gender	Temporary Replacement Weeks To Date	Temporary Replacement Benefits	Temporary Replacement Benefits To Date	Medical Aid To Date (no VR)	Voc Rehab To Date	Final RTW Outcome Code
F	11.60	\$1,476.44	\$6,035.79	\$0.00	PRE	pre injury job
M	30.56	\$8,563.80	\$10,602.87	\$0.00	PRE	alternate job same employer
M	28.25	\$5,449.88	\$22,085.45	\$0.00	PRE	suitable job different employer
F	10.00	\$3,268.40	\$6,025.56	\$0.00	PRE	no return to work
F	50.20	\$19,200.41	\$15,594.53	\$0.00	PRE	
M	24.00	\$13,046.40	\$11,774.85	\$0.00	PRE	
F	9.00	\$2,592.84	\$4,460.42	\$0.00	PRE	
M	33.00	\$8,120.22	\$7,727.36	\$0.00	ALT	
F	18.00	\$2,866.06	\$3,879.74	\$180.00	PRE	
M	11.67	\$3,815.97	\$9,954.16	\$0.00	PRE	
F	22.20	\$7,325.77	\$6,667.62	\$0.00	PRE	
F	40.20	\$11,923.67	\$20,901.16	\$0.00	PRE	
M	94.00	\$47,262.90	\$18,787.41	\$0.00	SUI	
M	27.80	\$15,279.08	\$11,482.09	\$0.00	PRE	
M	24.00	\$8,715.84	\$8,947.32	\$0.00	PRE	
F	58.00	\$17,468.76	\$9,684.57	\$0.00	PRE	
F	29.35	\$9,170.42	\$22,901.79	\$0.00	PRE	
F	17.00	\$4,581.39	\$11,330.04	\$0.00	PRE	
M	26.00	\$6,450.46	\$8,822.87	\$0.00	PRE	
M	16.21	\$4,734.45	\$8,236.21	\$0.00	NRT	
F	15.80	\$2,713.32	\$9,203.65	\$0.00	NRT	
F	20.00	\$3,424.80	\$15,096.71	\$0.00	PRE	
F	18.80	\$5,969.22	\$10,502.81	\$0.00	NRT	
M	58.75	\$28,625.02	\$17,734.72	\$0.00	PRE	
F	9.20	\$2,224.16	\$4,558.34	\$0.00	PRE	
F	18.60	\$7,345.65	\$10,013.22	\$0.00	PRE	
M	32.20	\$6,307.60	\$11,960.48	\$0.00	PRE	
F	22.00	\$7,782.06	\$5,695.96	\$0.00	PRE	
F	9.80	\$1,797.90	\$2,746.45	\$0.00	PRE	
M	11.60	\$1,314.88	\$8,459.26	\$0.00	PRE	
F	18.20	\$8,879.96	\$16,428.06	\$0.00	PRE	
F	199.00	\$76,863.78	\$32,173.16	\$576.00	SUI	
M	44.00	\$17,883.22	\$16,451.41	\$0.00	NRT	
M	32.20	\$14,454.03	\$25,092.14	\$0.00	NRT	
F	32.80	\$6,843.49	\$17,547.80	\$0.00	ALT	
F	19.10	\$4,658.67	\$19,059.98	\$0.00	PRE	

Criteria:

Claim Closed last in 2004, Still Closed Today

Back Injury (NW/ISP POB = 23*)

(TERB Weeks * 7) >= 30

Age At Accident Bewteen 42 and 51

Claim Did Not Receive Psych Services

Claim Risk = High

Client Gender	Temporary Replacement Weeks To Date	Temporary Replacement Benefits	Temporary Replacement Benefits To Date	Medical Aid To Date (no VR)	Voc Rehab To Date	Final RTW Outcome Code
F	19.68	\$8,463.94	\$2,910.97	\$0.00	PRE	pre injury job
M	14.00	\$1,838.36	\$1,830.91	\$0.00	PRE	pre injury job
F	14.60	\$3,792.35	\$3,228.72	\$0.00	PRE	alternate job same employer
M	10.40	\$2,436.12	\$544.86	\$0.00	PRE	suitable job different employer
M	9.73	\$4,327.73	\$1,520.97	\$0.00	PRE	no return to work
M	15.80	\$6,260.75	\$2,562.88	\$0.00	PRE	no return to work
F	10.85	\$2,177.17	\$1,545.31	\$0.00	NRT	no return to work
M	5.71	\$2,424.74	\$255.45	\$0.00	PRE	no return to work
F	54.20	\$16,019.51	\$18,794.33	\$0.00	PRE	no return to work
M	56.60	\$24,498.27	\$4,968.78	\$0.00	PRE	no return to work
F	20.15	\$2,417.05	\$5,323.72	\$0.00	NRT	no return to work
M	27.00	\$8,291.49	\$4,364.08	\$0.00	PRE	no return to work
M	40.70	\$18,376.80	\$4,208.34	\$0.00	NRT	no return to work
F	25.50	\$5,437.08	\$7,198.96	\$930.95	NRT	no return to work
F	39.00	\$10,228.29	\$7,106.42	\$0.00	PRE	no return to work
M	6.00	\$2,838.32	\$115.82	\$0.00	PRE	no return to work
M	6.00	\$2,543.88	\$545.58	\$0.00	PRE	no return to work
F	26.00	\$6,014.84	\$4,430.52	\$0.00	PRE	no return to work
M	56.50	\$20,469.56	\$3,579.52	\$0.00	PRE	no return to work
F	59.20	\$14,905.86	\$6,130.08	\$0.00	SUI	no return to work
M	16.00	\$3,461.92	\$2,727.03	\$0.00	PRE	no return to work
F	6.20	\$924.92	\$483.90	\$0.00	PRE	no return to work
M	25.71	\$6,433.13	\$6,136.79	\$0.00	PRE	no return to work
F	30.60	\$6,131.70	\$5,253.99	\$0.00	PRE	no return to work
M	28.95	\$10,250.15	\$5,965.70	\$0.00	PRE	no return to work
M	24.00	\$10,175.52	\$17,097.40	\$0.00	PRE	no return to work
M	29.00	\$12,693.22	\$1,214.05	\$0.00	PRE	no return to work
F	19.80	\$4,654.33	\$3,629.29	\$0.00	PRE	no return to work
M	4.55	\$1,639.62	\$426.28	\$0.00	PRE	no return to work
M	8.30	\$3,120.14	\$1,393.85	\$0.00	PRE	no return to work
M	14.80	\$4,450.21	\$2,762.34	\$0.00	PRE	no return to work
F	42.09	\$19,176.78	\$6,514.82	\$0.00	PRE	no return to work
F	5.00	\$1,279.49	\$3,195.77	\$0.00	PRE	no return to work
M	9.10	\$3,913.91	\$1,280.32	\$0.00	PRE	no return to work
M	23.80	\$5,145.56	\$2,562.76	\$30.00	NRT	no return to work
F	23.91	\$5,378.73	\$4,476.34	\$0.00	PRE	no return to work
F	12.60	\$4,003.65	\$1,323.43	\$0.00	PRE	no return to work
M	83.29	\$38,946.48	\$8,064.13	\$0.00	PRE	no return to work
M	4.40	\$1,367.68	\$498.54	\$0.00	PRE	no return to work
M	21.00	\$3,780.32	\$2,994.46	\$0.00	PRE	no return to work

Criteria:

Claim Closed last in 2012, Still Closed Today

Back Injury (NWISP POB = 23*)

(TERB Weeks * 7) >= 30

Age At Accident Bewteen 42 and 51

Claim Received Psych Services

Claim Risk = High

Client Gender	Temporary Replacement Weeks To Date	Temporary Replacement Benefits	Temporary Replacement Benefits To Date	Medical Aid To Date (no VR)	Voc Rehab To Date	Final RTW Outcome Code
F	11.60	\$1,476.44	\$6,035.79	\$0.00	PRE	pre injury job
M	30.56	\$8,563.80	\$10,602.87	\$0.00	PRE	alternate job same employer
M	28.25	\$5,449.88	\$22,085.45	\$0.00	PRE	alternate job same employer
F	10.00	\$3,268.40	\$6,025.56	\$0.00	PRE	alternate job same employer
F	50.20	\$19,200.41	\$15,594.53	\$0.00	PRE	alternate job same employer
M	24.00	\$13,046.40	\$11,774.85	\$0.00	PRE	no return to work
F	9.00	\$2,592.84	\$4,460.42	\$0.00	PRE	no return to work
M	33.00	\$8,120.22	\$7,727.36	\$0.00	ALT	no return to work
F	18.00	\$2,866.06	\$3,879.74	\$180.00	PRE	no return to work
M	11.67	\$3,815.97	\$9,954.16	\$0.00	PRE	no return to work
F	22.20	\$7,325.77	\$6,667.62	\$0.00	PRE	no return to work
F	40.20	\$11,923.67	\$20,901.16	\$0.00	PRE	no return to work
M	94.00	\$47,262.90	\$18,787.41	\$0.00	SUI	no return to work
M	27.80	\$15,279.08	\$11,482.09	\$0.00	PRE	no return to work
M	24.00	\$8,715.84	\$8,947.32	\$0.00	PRE	no return to work
F	58.00	\$17,468.76	\$9,684.57	\$0.00	PRE	no return to work
F	29.35	\$9,170.42	\$22,901.79	\$0.00	PRE	no return to work
F	17.00	\$4,581.39	\$11,330.04	\$0.00	PRE	no return to work
M	26.00	\$6,450.46	\$8,822.87	\$0.00	PRE	no return to work
M	16.21	\$4,734.45	\$8,236.21	\$0.00	NRT	no return to work
F	15.80	\$2,713.32	\$9,203.65	\$0.00	NRT	no return to work
F	20.00	\$3,424.80	\$15,096.71	\$0.00	PRE	no return to work
F	18.80	\$5,969.22	\$10,502.81	\$0.00	NRT	no return to work
M	58.75	\$28,625.02	\$17,734.72	\$0.00	PRE	no return to work
F	9.20	\$2,224.16	\$4,558.34	\$0.00	PRE	no return to work
F	18.60	\$7,345.65	\$10,013.22	\$0.00	PRE	no return to work
M	32.20	\$6,307.60	\$11,960.48	\$0.00	PRE	no return to work
F	22.00	\$7,782.06	\$5,695.96	\$0.00	PRE	no return to work
F	9.80	\$1,797.90	\$2,746.45	\$0.00	PRE	no return to work
M	11.60	\$1,314.88	\$8,459.26	\$0.00	PRE	no return to work
F	18.20	\$8,879.96	\$16,428.06	\$0.00	PRE	no return to work
F	199.00	\$76,863.78	\$32,173.16	\$576.00	SUI	no return to work
M	44.00	\$17,883.22	\$16,451.41	\$0.00	NRT	no return to work
M	32.20	\$14,454.03	\$25,092.14	\$0.00	NRT	no return to work
F	32.80	\$6,843.49	\$17,547.80	\$0.00	ALT	no return to work
F	19.10	\$4,658.67	\$19,059.98	\$0.00	PRE	no return to work

Criteria:

Claim Closed last in 2004, Still Closed Today

Back Injury (NWISP POB = 23*)

(TERB Weeks * 7) >= 30

Age At Accident Between 42 and 51

Claim Did Not Receive Psych Services

Claim Risk = High

Client Gender	Temporary Replacement Weeks To Date	Temporary Replacement Benefits	Temporary Replacement Benefits To Date	Medical Aid To Date (no VR)	Voc Rehab To Date	Final RTW Outcome Code
F	19.68	\$8,463.94	\$1,830.91	\$2,910.97	\$0.00	PRE
M	14.00	\$1,838.36	\$3,792.35	\$3,228.72	\$0.00	PRE
F	14.60	\$2,436.12	\$4,327.73	\$1,520.97	\$0.00	PRE
M	10.40	\$2,436.12	\$4,327.73	\$1,520.97	\$0.00	PRE
M	9.73	\$6,260.75	\$2,171.17	\$1,545.31	\$0.00	PRE
F	15.80	\$2,424.74	\$18,794.33	\$255.45	\$0.00	NRT
M	10.85	\$16,019.51	\$4,968.78	\$0.00	\$0.00	PRE
M	5.71	\$24,498.27	\$5,323.72	\$0.00	\$0.00	PRE
F	54.20	\$2,417.05	\$4,364.08	\$0.00	\$0.00	NRT
M	56.60	\$8,291.49	\$4,208.34	\$0.00	\$0.00	PRE
F	20.15	\$18,376.80	\$7,198.96	\$930.95	\$0.00	NRT
M	27.00	\$5,437.08	\$7,106.42	\$0.00	\$0.00	PRE
M	40.70	\$10,228.29	\$2,838.32	\$115.82	\$0.00	PRE
F	39.00	\$2,543.88	\$545.58	\$0.00	\$0.00	PRE
M	6.00	\$6,014.84	\$4,430.52	\$0.00	\$0.00	PRE
M	26.00	\$20,469.56	\$3,579.52	\$0.00	\$0.00	PRE
F	56.50	\$14,905.86	\$6,130.08	\$0.00	\$0.00	PRE
F	59.20	\$3,461.92	\$2,727.03	\$0.00	\$0.00	SUI
M	16.00	\$924.92	\$483.90	\$0.00	\$0.00	PRE
F	6.20	\$6,433.13	\$6,136.79	\$0.00	\$0.00	PRE
M	25.71	\$6,131.70	\$5,253.99	\$0.00	\$0.00	PRE
F	30.60	\$10,250.15	\$5,965.70	\$0.00	\$0.00	PRE
M	28.95	\$10,175.52	\$17,097.40	\$0.00	\$0.00	PRE
M	24.00	\$12,693.22	\$1,214.05	\$0.00	\$0.00	PRE
M	29.00	\$4,654.33	\$3,629.29	\$0.00	\$0.00	PRE
F	19.80	\$1,639.62	\$426.28	\$0.00	\$0.00	PRE
M	4.55	\$3,120.14	\$1,393.85	\$0.00	\$0.00	PRE
M	8.30	\$4,450.21	\$2,762.34	\$0.00	\$0.00	PRE
M	14.80	\$19,176.78	\$6,514.82	\$0.00	\$0.00	PRE
F	42.09	\$1,279.49	\$3,195.77	\$0.00	\$0.00	PRE
F	5.00	\$3,913.91	\$1,280.32	\$0.00	\$0.00	PRE
M	9.10	\$5,145.56	\$2,562.76	\$30.00	\$0.00	NRT
M	23.80	\$5,378.73	\$4,476.34	\$0.00	\$0.00	PRE
F	23.91	\$4,003.65	\$1,323.43	\$0.00	\$0.00	PRE
F	12.60	\$38,946.48	\$8,064.13	\$0.00	\$0.00	PRE
M	83.29	\$1,367.68	\$498.54	\$0.00	\$0.00	PRE
M	4.40	\$3,780.32	\$2,994.46	\$0.00	\$0.00	PRE
M	21.00					PRE

pre injury job
 alternate job same employer
 suitable job different employer
 no return to work

Summary
High risk Claims; backs; over 30 days TERB Impact of Psych

	2004	2012
Avg Weeks TER	23.77	31.87
Avg TERB cost	\$10,514	\$12,802
Avg MA Costs	\$5,735	\$14,267
% Pre	85%	75%
% Alt	0%	6%
% Sui	3%	6%
% NRT	13%	14%

Criteria:
 Claim Closed last in 2012, Still Closed Today
 Back Injury (NWISP POB = 23*)
 (TRB Weeks * 7) >= 30
 Age At Accident Between 42 and 51
 Claim Received Psych Services
 Claim Risk = High

Client Gender	Temporary Replacement Benefits Weeks To Date	Temporary Replacement Benefits To Date	Medical Aid To Date (no Voc Rehab)	Final RTW Outcome Code
---------------	--	--	------------------------------------	------------------------

F	11.60	\$1,476.44	\$6,035.79	PRE
M	30.56	\$8,563.80	\$10,602.87	PRE
M	28.25	\$5,449.88	\$22,085.45	PRE
F	10.00	\$3,268.40	\$6,025.56	PRE
F	50.20	\$19,200.41	\$15,594.53	SUI
M	24.00	\$13,046.40	\$11,774.85	PRE
F	9.00	\$2,592.84	\$4,460.42	PRE
M	33.00	\$8,120.22	\$7,727.36	ALT
F	18.00	\$2,866.06	\$3,879.74	PRE
M	11.67	\$3,815.97	\$9,954.16	PRE
F	22.20	\$7,325.77	\$6,667.62	PRE
F	40.20	\$11,923.67	\$20,901.16	PRE
M	94.00	\$47,262.90	\$18,787.41	SUI
M	27.80	\$15,279.08	\$11,482.09	PRE
M	24.00	\$8,715.84	\$8,947.32	PRE
F	58.00	\$17,468.76	\$9,684.57	PRE
F	29.35	\$9,170.42	\$22,901.79	PRE
F	17.00	\$4,581.39	\$11,330.04	PRE
M	26.00	\$6,450.46	\$8,822.87	PRE
M	16.21	\$4,734.45	\$8,236.21	NRT
F	15.80	\$2,713.32	\$9,203.65	NRT
F	20.00	\$3,424.80	\$15,096.71	PRE
F	18.80	\$5,969.22	\$10,502.81	NRT
M	58.75	\$28,625.02	\$17,734.72	PRE
F	9.20	\$2,224.16	\$4,558.34	PRE
F	18.60	\$7,345.65	\$10,013.22	PRE
M	32.20	\$6,307.60	\$11,960.48	PRE
F	22.00	\$7,782.06	\$5,695.96	PRE
F	9.80	\$1,797.90	\$2,746.45	PRE
M	11.60	\$1,314.88	\$8,459.26	PRE
F	18.20	\$8,879.96	\$16,428.06	PRE
F	199.00	\$76,863.78	\$32,173.16	SUI
M	44.00	\$17,883.22	\$16,451.41	NRT
M	32.20	\$14,454.03	\$25,092.14	NRT
F	32.80	\$6,843.49	\$17,547.80	ALT
F	19.10	\$4,658.67	\$19,059.98	PRE
\$398,400.92			\$448,625.96	
\$460,880.17			\$513,623.56	
\$12,802.23			\$14,267.32	
PRE	27	75%		
ALT	2	6%		
SUI	2	6%		
NRT	5	14%		
	36			

Total Not Indexed
 Total Indexed to 2014 \$
 Total Cases
 Averages (Indexed)

Criteria:
 Claim Closed last in 2004, Still Closed Today
 Back Injury (NWISP POB = 23*)
 (TERB Weeks * 7) >= 30
 Age At Accident Between 42 and 51
 Claim Did Not Receive Psych Services
 Claim Risk = High

pre injury job
 alternate job same employer
 suitable job different employer
 no return to work

Client Gender	Weeks To Date	Temporary Replacement Benefits	Medical Aid To Date (in VR)	Voc Rehab To Date	Final RTW Outcome	Code
F	19.68	\$8,463.94	\$2,910.97	\$0.00	PRE	PRE
M	14.00	\$1,838.36	\$1,830.91	\$0.00	PRE	PRE
F	14.60	\$3,792.35	\$3,228.72	\$0.00	PRE	PRE
M	10.40	\$2,436.12	\$544.86	\$0.00	PRE	PRE
M	9.73	\$4,327.73	\$1,520.97	\$0.00	PRE	PRE
M	15.80	\$6,260.75	\$2,562.88	\$0.00	PRE	PRE
F	10.85	\$2,177.17	\$1,545.31	\$0.00	NRT	PRE
M	5.71	\$2,424.74	\$255.45	\$0.00	PRE	PRE
F	54.20	\$16,019.51	\$18,794.33	\$0.00	PRE	PRE
M	56.60	\$24,498.27	\$4,968.78	\$0.00	PRE	PRE
F	20.15	\$2,417.05	\$5,323.72	\$0.00	NRT	PRE
M	27.00	\$8,291.49	\$4,364.08	\$0.00	PRE	PRE
M	40.70	\$18,376.80	\$4,208.34	\$0.00	NRT	PRE
F	25.50	\$5,437.08	\$7,198.96	\$930.95	NRT	PRE
F	39.00	\$10,228.29	\$7,106.42	\$0.00	PRE	PRE
M	6.00	\$2,838.32	\$115.82	\$0.00	PRE	PRE
M	6.00	\$2,543.88	\$545.58	\$0.00	PRE	PRE
F	26.00	\$6,014.84	\$4,430.52	\$0.00	PRE	PRE
M	56.50	\$20,469.56	\$3,579.52	\$0.00	PRE	PRE
F	59.20	\$14,905.86	\$6,130.08	\$0.00	SUI	PRE
M	16.00	\$3,461.92	\$2,727.03	\$0.00	PRE	PRE
F	6.20	\$924.92	\$483.90	\$0.00	PRE	PRE
M	25.71	\$6,433.13	\$6,136.79	\$0.00	PRE	PRE
F	30.60	\$6,131.70	\$5,253.99	\$0.00	PRE	PRE
M	28.95	\$10,250.15	\$5,965.70	\$0.00	PRE	PRE
M	24.00	\$10,175.52	\$17,097.40	\$0.00	PRE	PRE
M	29.00	\$12,693.22	\$1,214.05	\$0.00	PRE	PRE
F	19.80	\$4,654.33	\$3,629.29	\$0.00	PRE	PRE
M	4.55	\$1,639.62	\$426.28	\$0.00	PRE	PRE
M	8.30	\$3,120.14	\$1,393.85	\$0.00	PRE	PRE
M	14.80	\$4,450.21	\$2,762.34	\$0.00	PRE	PRE
F	42.09	\$19,176.78	\$6,514.82	\$0.00	PRE	PRE
F	5.00	\$1,279.49	\$3,195.77	\$0.00	PRE	PRE
M	9.10	\$3,913.91	\$1,280.32	\$0.00	PRE	PRE
M	23.80	\$5,145.56	\$2,562.76	\$30.00	NRT	PRE
F	23.91	\$5,378.73	\$4,476.34	\$0.00	PRE	PRE
F	12.60	\$4,003.65	\$1,323.43	\$0.00	PRE	PRE
M	83.29	\$38,946.48	\$8,064.13	\$0.00	PRE	PRE
M	4.40	\$1,367.68	\$498.54	\$0.00	PRE	PRE
M	21.00	\$3,780.32	\$2,994.46	\$0.00	PRE	PRE
Total Not Indexed						
Total Indexed to 2014 \$						
40						
23.77						
Averages (Indexed)						
\$10,513.73						
\$159,167.41						
\$420,549.20						
\$229,404.48						
\$5,735.11						
24.02						
PRE						
ALT						
SUI						
NRT						
34	0	1	5	40	85%	
0	0	1	5	40	3%	
0%	0	1	5	40	0%	
13%	0	1	5	40	13%	

Category	Test (N=36)		Control (N=40)		GAP
	Test	Control	Test - Control	value	
Duration	31.87	23.77	+8.1		+34.07%
Average duration of TERB (weeks)					
Cost (in C\$)	Test	Control	Test - Control		
Total cost of TERB (not indexed)	\$398,400.92	\$310,689.57	\$87,711.35		+28.23%
Total cost of TERB (indexed: 2014)	\$460,880.17	\$420,549.20	\$40,330.97		+9.59%
Average cost of TERB per claim	\$12,802.23	\$10,513.73	\$2,288.50		+2.17%
Med Services cost, incl. Psych (not indexed)	\$448,625.96	\$159,167.41	\$289,458.55		+181.85%
Med Services cost, incl. Psych (indexed: 2014)	\$513,623.56	\$229,404.48	\$284,219.08		+123.89%
Med/Psych cost, average per claims	\$14,267.32	\$5,735.11	\$8,532.21		+148.77%
Return to Employment	Test	Control	Test - Control		
% of persons coded PRE	75	85	loss		-10%
% of persons coded ALT	6	0			+6%
% of persons coded SUI	6	5			+1%
% of person coded NRT	15	13	loss		+2%

Załącznik 3

Umowa - Zgoda na wykorzystanie danych do analizy

This CONFIDENTIALITY/INFORMATION SHARING AGREEMENT shall take effect as if it has been entered into and signed by both parties on the 3rd day of April, 2014.

BETWEEN:

WORKERS' COMPENSATION BOARD OF NOVA SCOTIA
(hereinafter referred to as "the BOARD")

OF THE FIRST PART

- and -

PIOTR S. BARANOWSKI
(hereinafter referred to as "the REQUESTOR")

OF THE SECOND PART

DEFINITIONS

- **Information – means confidential Board information of a non-personally identifying nature and which may be provided to the Requestor in aggregate format in accordance with the terms of this Agreement.**
- **Injured Worker – means workers who have been injured at work AND have an ongoing, approved Board claim.**

WHEREAS the parties acknowledge that Piotr S. Baranowski (the Requestor), is a disability management professional practicing in Canada (Canadian Certified Rehabilitation Counselor and Canadian President of the International Association of Rehabilitation Professionals) for the past 25 years and currently a doctorate student at the University of Medical Sciences in Poznan, Poland;

AND WHEREAS the Requestor has asked the Board to release aggregate data relating to two groups of injured workers with similar work injury characteristics who were offered similar treatment (with the exception of the psychological component);

AND WHEREAS the parties recognize the Requestor is seeking the information for research purposes in completing his dissertation: *The Value of Medical and Bio-Psycho-Social Analysis and Support Strategies, in the Process of Restoring Functional Abilities and Returning to Personal and Vocational Effectiveness*, upon completion of which, the Requestor has agreed to provide the Board with access to/use of the research and conclusions;

AND WHEREAS the parties agree that a key function of the Board is the prevention and reduction of workplace injuries and the facilitation of safe and timely return to work of injured workers in Nova Scotia in accordance with the *Workers' Compensation Act of Nova Scotia*, S.N.S. 1994-95, C. 10 ("the Act");

AND WHEREAS the parties further recognize that the Board is responsible for the prevention mandate for occupational health and safety for the province of Nova Scotia;

AND WHEREAS to achieve this goal, the parties recognize and agree it is beneficial to share information that is directly related to the purpose of workplace safety, injury reduction and safe and timely return to work for injured workers in accordance with section 192 of the Act;

THEREFORE the parties agree they will cooperate and share such information in accordance with the following criteria:

TERM/RENEWAL

1. This Agreement shall commence on the 3rd day of April, 2014 and expire on the 1st day of August, 2014. Prior to expiration, the parties may extend the term of this Agreement for an agreed to time period, if required, upon mutual written consent being provided.

TERMINATION OF AGREEMENT

2. Either party may terminate this Agreement without cause upon 5 (five) days advanced written notice being forwarded to the other party in accordance with the notice provisions found at clause 10 herein. Notwithstanding the foregoing, the Board may terminate this Agreement immediately in the case of a breach by the Requestor of any of the terms set out herein under the heading "Confidentiality of Information".

INFORMATION RELEASE

3. The following is the type of information which may be released pursuant to this Agreement:

- Test Group - 40 claims, back injury, received TERB for at least 30 days, between 42-51 years of age at the time, claim closed in 2012, received psychological services;
- Control Group - 40 claims, back injury, received TERB for at least 30 days, between 42-51 years of age at the time, claim closed in 2004, did not receive psychological services;
- Specific data elements for each record in each group will include:
 - (a) gender
 - (b) total claim duration (calendar days)
 - (c) total TERB paid on the claim
 - (d) total health care costs paid on the claim
 - (e) total VR costs paid on the claim
 - (f) RTW outcome.

*Costs will not be adjusted to reflect the time value of money.

*The data will exclude any/all identifying information including: names, date of birth, employer, address, physician, services received, income information

4. The Board reserves the right to refuse (on a case by case basis) any request for information:

- (a) that does not fall within the purview of this Agreement;
- (b) which the Board is not legislatively able to release; and/or
- (c) which an employer would not be entitled under Board Policy 10.3.5;
- (d) that would be personally identifying.

Requests for information not specifically set out in clause 3 above and which the Board agrees to release, will require receipt of a written request from the Requestor and written approval from the Board in writing on a case by case basis.

5. Information released shall be directly forwarded to the Requestor to his attention in a manner as directed by the Board in accordance with any protocols/policies which may be in effect at the time. The Requestor recognizes that the Board will not provide any information which is releasable pursuant to this Agreement via email.

6. Both parties recognize that circumstances may arise where release of non-personally identifying information, when combined with other information held by a member of the public, might lead to identification of personal information about an individual or the individual themselves, and will thus be exempt from release.

CONFIDENTIALITY OF INFORMATION

7. The Requestor acknowledges that the Workers' Compensation Board of Nova Scotia is bound by the terms of s. 192 of the *Workers' Compensation Act*, S.N.S., 1994-95, c.10, the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, S.N.S. 1993, c. 5, the *Personal Information International Disclosure Protection Act*, S.N.S. 2006, c. 3, and the *Privacy Review Officer Act*, S.N.S. 2008, c. 42, and agrees to abide strictly by the terms of these and any other applicable laws which may come into effect throughout the term of this Agreement respecting the collection, use and disclosure of privileged, confidential, sensitive or personal information that the Requestor, and its employees, agents, servants, subcontractors could become exposed to in the provision of services under this Agreement. The Requestor agrees, upon signing this Agreement, it has been provided with a copy of the applicable legislated provisions or has been directed to a link/web address where they may access the information.

8. The Requestor agrees that:

a) no information arising, obtained or compiled in connection with the performance of this Agreement will be released to any third party without the prior written consent of the Board's Director Health & Extended Benefits or designate;

(b) any information arising, obtained or compiled in connection with the performance of this Agreement shall be used by the Requestor only for the purpose as noted herein (i.e., research purposes for the completion of a doctoral dissertation);

(c) the improper or unauthorized use or release of any information arising, obtained or compiled in connection with the performance of this Agreement, as determined by the Board by the Requestor shall be basis for immediate cancellation of this Agreement;

(e) the Requestor will use adequate safeguards (or as specifically directed in accordance with clause 8(g) below to protect information arising, obtained or compiled in connection with the performance of this Agreement from inadvertent disclosure and will inform the Board immediately of any accidental or unauthorized use or disclosure of personal, confidential or other information;

(f) the Board will immediately be informed of any request to the Requestor for release of information provided pursuant to this Agreement;

(g) the Requestor recognizes that the Board does not routinely store, access or release information outside of Canada. Notwithstanding the foregoing, the Board is aware that the Requestor is currently residing in Poland and attending university there and the information provided under this Agreement will be sent, accessed and stored outside of Canada. The Requestor agrees to maintain any information provided hereunder in a safe and secure manner at all times while in his possession and/or in a manner which may be specifically directed by the Board. Further, the Requestor will destroy any/all information provided to him pursuant to this Agreement (in each instance) within six months of the information no longer being required by the Requestor. The information shall be destroyed in a safe and secure manner and as may be specifically directed by the Board.

(h) the provisions of this Agreement and obligations of the Requestor relating to the collection, use, storage or disclosure of confidential information shall survive (indefinitely) the term set out in paragraph 1 above;

INDEMNIFICATION

9. The Requestor agrees that it shall indemnify the Board and hold them harmless from and against any and all claims, liability, losses, damages, costs, expenses, judgments and penalties arising out of, resulting from, based upon or incurred because of the breach of any of the clauses under this Agreement.

NOTICES

10. All notices under this Agreement shall be deemed duly given; upon delivery, if delivered by hand; or three days after posting is sent by registered mail, receipt is required; to a party hereto at the address set forth herein or to such other address as designated by a party by notice pursuant hereto. Nothing in this section shall prevent notice from being given by any other means. Address for service of notices is:

The Board:

5668 South Street
P.O. Box 1150
Halifax, NS
B3J 2Y2
Tel: (902) 491-8351
Tel: (902) 497-2362 (cell)
Fax: 491-8232
e-mail: dennita.fitzpatrick@wcb.gov.ns.ca

Attention: Dennita Fitzpatrick, Director Health & Extended Benefits

(or such other person as designated by the Board)

Requestor:

Permanent Address:

2123 Maitland Street
Halifax, Nova Scotia
B3K 2Z8
Phone: (403) 554-7356
e-mail: rehabsol@telus.net

Temporary Address:

ul. Bananowa 1B/2
65-160 Zielona Gora
Poland
Tel : +48-725-393-669 (mobile)
Tel : +4868 453-4767 (residential)

Attention: Piotr S. Baranowski

(or such other person as designated by the Requestor)

DISPUTE RESOLUTION

11. The parties agree that if they are unable to resolve a dispute on an information sharing issue (or other issue respecting this Agreement, its terms, etc.), either party may provide notice to the other in accordance with clause 10 herein. The parties shall make every effort to resolve the issue or direct the matter to their respective representatives as designated.

12. After following the protocol outlined immediately above in paragraph 11, if the parties are still unable to reach an agreement, either party may, among other things, elect to terminate this Agreement on providing 5 (five) days written notice to the other party.

13. Both parties agree that notwithstanding the dispute resolution mechanisms outlined in clauses 12 and 13 above, the final decision on any request for information release under this Agreement rests solely with the Board.

MISCELLANEOUS

14. The parties may amend any part of this Agreement in writing from time to time upon the mutual written agreement of both parties.

15. This Agreement shall be construed and interpreted in accordance with the laws of the province of Nova Scotia.

AUTHORITY

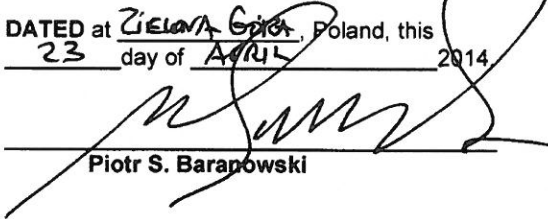
16. The signatories of this Agreement hereby personally warrant that they have the full power and authority to enter into this Agreement on behalf of their respective principals and that the person signing this Agreement on behalf of each has been properly authorized and empowered. Each party further acknowledges that it has read the Agreement, understands it, and agrees to be bound by it.

EFFECTIVE DATE

17. This Agreement shall take effect as if it has been signed by both parties on the 3rd day of April, 2014.

IN WITNESS WHEREOF the Board and the Requestor have caused this Agreement to be executed by their respective officers duly authorized in that behalf on the dates hereinafter set forth.

DATED at Zielona Gora, Poland, this
23 day of April, 2014



Piotr S. Baranowski



WITNESS

DATED at Halifax, in the province of Nova Scotia, this _____ day of _____, 2014.

WITNESS

Dennita Fitzpatrick, Director Health & Extended Benefits, Workers' Compensation Board of Nova Scotia

Załącznik 3

Umowa - Zgoda na wykorzystanie danych do analizy

Załącznik 4

Akty prawne regulujące uprawnienia do usług rehabilitacyjnych w przypadkach urazów i schorzeń nabytych w toku wykonywania obowiązków zawodowych.

1. Kanadyjska Karta Praw Człowieka - *Canadian Human Rights Act*

The Canadian Human Rights Act: Introduction to Canada's Federal Human Rights Legislation

Feature by [Jay Makarenko](#) [1] |

- [Judicial System & Legal Issues](#) [2]

| Nov 18, 2008

One of Canada's central rights documents is the *Canadian Human Rights Act*, which protects Canadians' against discriminated against in areas of federal jurisdiction. This article presents the purpose and history of the *Act*, and provides an overview of its key provisions, application and administration.

[What is the Canadian Human Rights Act?](#)

Introduction to the purpose, history and legal status of the Act

[Discrimination under the Canadian Human Rights Act](#)

What does the Canadian Human Rights Act prohibit?

[Application of the Canadian Human Rights Act](#)

To whom does the Canadian Human Rights Act apply?

[Administration of the Canadian Human Rights Act](#)

How is the Canadian Human Rights Act interpreted and enforced?

[Sources and Links to More Information](#)

List of article sources and links to more on this topic

What is the *Canadian Human Rights Act*?

Introduction to the purpose, history and legal status of the Act

Anti-Discrimination Legislation

The *Canadian Human Rights Act* is federal legislation that prohibits discrimination in areas of federal jurisdiction. As Section 2 of the *Act* states:

The purpose of this Act is to extend the laws in Canada to give effect, within the purview of matters coming within the legislative authority of Parliament, to the principle that all individuals should have an opportunity equal with other individuals to make for themselves the lives that they are able and wish to have and to have their needs accommodated, consistent with their duties and obligations as members of society, without being hindered in or prevented from doing so by discriminatory practices based on race, national or ethnic origin,

colour, religion, age, sex, sexual orientation, marital status, family status, disability or conviction for an offence for which a pardon has been granted. (Department of Justice Canada, Canadian Human Rights Act). Central to the *Act*, then, is the principle that all individuals in Canada should have an equal opportunity to make for themselves “the lives they are able and wish to have” and to “have their needs accommodated.” The *Act*, moreover, is meant to promote this equality by prohibiting discriminatory practices, based on specific attributes such as race, ethnicity, sex, etc., which may hinder or prevent persons from doing so.

History of the Canadian Human Rights Act

How did the federal government come about enacting the *Human Rights Act*? The modern *Act* has its roots in a significant change in Canadian political culture that occurred during the 1940s. Previously, the notion of human rights, at least in the form of state legislation backed by legal sanctions, was not a key issue in Canadian politics. Following the Second World War, however, several events—namely, the Holocaust, the internment of Japanese Canadians during the war, and the introduction of human rights legislation in the United States—brought the issue to the forefront.

Human rights legislation first began to appear at the provincial level. In 1944, the Government of Ontario introduced the *Racial Discrimination Act*, which prohibited the publication, displaying or broadcasting of any materials involving racial or religious discrimination. In 1947, the Government of Saskatchewan passed the *Saskatchewan Bill of Rights Act*, which provided for the protection of civil liberties in the province, as well as prohibited discrimination in a number of areas, including employment, housing, the workplace, land transactions and education. Early human rights legislation were often quasi-criminal pieces of legislation, which approached discrimination as a crime to be dealt with by the police and through the courts.

The 1950s saw the introduction of a new type of human rights legislation. Commonly referred to as “**fair practices legislation**,” these acts prohibited discrimination in employment, housing and services. Initially focused on discrimination based on race and religion, these acts were eventually broadened to include other grounds, such as sex and age. The first province to enact fair practices was the Government of Ontario in 1951. By the 1960s, most jurisdictions in Canada, including the federal government, had passed some form of fair practices laws, although their precise scope and nature differed significantly from one jurisdiction to another. Unlike earlier legislation, these fair practices laws were not quasi-criminal laws. Violations of the acts were not considered criminal offences. Moreover, they emphasized mediation and settling disputes through negotiation, as opposed to adjudication through the courts.

The 1960s and 70s saw the introduction of human rights codes in Canada. These codes consolidated and built upon the basic framework of early fair practices legislation. Moreover, they included human rights commissions, which were separate agencies mandated to administer and enforce the law. By 2003, all jurisdictions in Canada (federal, provincial and territorial) had instituted some form of a human rights code and commission.

The *Canadian Human Rights Act* was introduced by the federal government in 1977. In addition to prohibiting discrimination at the federal level, the *Act* also established a human rights commission system, which included the Canadian Human Rights Commission (CHRC) and the Canadian Human Rights Tribunal (CHRT). Since its inception, the *Act* has undergone several important changes. In 1996, for example, the *Act* was amended to include sexual orientation as an enumerated ground of discrimination. As such, the *Act* now prohibits discrimination on the grounds of a person’s sexuality. In 2001, the *Act* was amended to explicitly include a prohibition on the communication of hate messages via the Internet (previously, the *Act* only explicitly prohibited hate messages through the telephone). More recently, in 2008, the federal government passed Bill C-21, which amended the *Act* to cover federal government and First Nations’ actions pursuant to the *Indian Act*. Previously, the *Indian Act* was exempted from review under the *Canadian Human Rights Act*.

Compared to the Charter of Rights and Freedoms

The effect of the *Act* is to provide individuals with a basic right not to be discriminated against. As such, the *Act* is comparable to other rights documents in Canada, such as the [Canadian Charter of Rights and Freedoms](#) [3]. However, it is important to note a number of key differences between the *Canadian Human Rights Act* and the *Charter*.

First, the *Charter* is a very broad document, which provides Canadians with a wide range of rights, including basic freedoms, democratic rights, legal rights, language rights and equality rights. The *Canadian Human Rights Act*, by contrast, is a much narrower document, and only deals with equality rights; in particular, the right not to be discriminated against.

Second, the *Charter* is entrenched in the [Constitution of Canada](#) [4]. In other words, it is part of the basic constitutional framework of the nation and can only be altered or subsumed under very strict circumstances. The *Canadian Human Rights Act*, however, is simply a piece of federal legislation, which may be repealed or revised by a simple majority vote in the federal House of Commons.

Third, while the *Charter* is applicable to all levels of government in Canada (federal, provincial, territorial and municipal), the Canadian Human Rights Act applies only to the federal government and federal areas of jurisdiction.

Moreover, the *Charter* applies only to governments and not to private individuals, groups or organizations. In other words, only governments, and not private entities, are required to respect the rights and freedoms provided for in the Charter. The *Canadian Human Rights Act*, by contrast, is applicable to all areas within federal jurisdiction. As such, it applies to both public and private institutions at the federal level. This includes the federal government itself (that is, the federal public services), as well as private organizations and businesses that fall within the authority of the federal government. Private organizations and businesses that fall under provincial authority, however, are not bound by the *Canadian Human Rights Act*.

Finally, the *Human Rights Act* is administered quite differently from the *Charter*. Whereas complaints of violations of *Charter* rights are adjudicated strictly through Canada's court system, human rights complaints are generally dealt with through a special human rights commission system. In certain circumstances, however, complaints under the *Human Rights Act* can make their way to the regular court system.

- See the [Administration of the Canadian Human Rights Act](#) for more information on how the *Act* is administered and enforced.

Discrimination under the *Canadian Human Rights Act*

What does the Canadian Human Rights Act prohibit?

Definition of Discrimination

The *Canadian Human Rights Act* prohibits discriminatory practices by employers and/or service providers that fall within federal jurisdiction. Generally speaking, the term “discrimination” is understood to mean “treating people differently, negatively or adversely without good reason” (Canadian Human Rights Commission, 2004). In other words, the *Act* prohibits any practices or conduct that involves treating people “differently, negatively or adversely,” unless there is “good reason” to do so.

In this context, the *Act* deals with discrimination in a wide range of forms:

- **Employment:** A person cannot be denied a job, or released from employment, due to some personal characteristic, such as race or disability, that does not affect job performance or that can be accommodated.
- **Equal pay:** Persons must be paid the same for jobs of equal value. In other words, an employer cannot pay a female employee less than a male employee for performing a job of equal value.
- **Provision of goods and services:** Businesses cannot refuse to provide a good or service to an individual simply on the grounds of some personal characteristic. In example, a bank cannot ask a married woman for her spouse's signature when applying for a loan, on the grounds that she is a woman.

The *Act* also prohibits the **communication of hate messages**. This includes messages that encourage discrimination, hatred of a group, or which involve comments that are demeaning to a group. Initially, this prohibition was reserved only for the communication of hate messages through the telephone. In 2001, the *Act* was amended to explicitly include the Internet, making it unlawful to communicate hate messages on

a website or via email. The *Act* does not apply to communications through other mediums, such as television, radio, or print media (these mediums are, instead, covered by the *Canadian Broadcasting Act*).

Enumerated Grounds of Discrimination

Within this context, the *Act* goes on to enumerate (or “specify”) specific grounds of discrimination:

- race
- national or ethnic origin
- colour
- religion
- age
- sex (including pregnancy and childbirth)
- sexual orientation
- marital status
- family status
- mental or physical disability (including previous or present drug or alcohol dependence)
- pardoned conviction.

The enumerated grounds are important in that they clearly identify what sort of discrimination the *Act* prohibits. It is only discrimination that is based on these specific grounds that is considered unlawful. Discriminatory activities on grounds not enumerated by the *Act* are not prohibited.

Exemptions to the Act

It is important to note that the *Act* makes several exemptions to its prohibition on discrimination. The first of these concerns **mandatory retirement**. Section 15(1)(b) of the *Act* allows employers to terminate or refuse employment once employees or prospective employees have reached the maximum age of employment set out by law. Section 9(2), furthermore, states that it is not discriminatory for unions to terminate membership at the normal age for retirement.

The second key exemption centres on **insurance and pensions**. The *Act* and its regulations state that certain distinctions in insurance and pension plans, which are based on enumerated grounds of discrimination, cannot be the subject of a complaint. This exemption is highly pertinent to insurance and pension plans offered to federal public servants, as well as national public pension plans (for example, **Canada Pension Plan**).

Another important exemption is with regard to **special programs** intended to eliminate or reduced disadvantages that are suffered by a group or individual. The classic example is an affirmative action program in which an employer adopts hiring policies that give advantages to minorities. Such a policy technically meets the definition of discrimination under the *Act* because it treats persons differently by giving an advantage to one enumerated group over another. Nevertheless, affirmative action programs are intended to promote greater overall equality in the workplace. Thus, in order to prevent such special programs from being caught within the law, the *Act* explicitly exempts them from being considered discriminatory.

Legal Defences for Discrimination

In addition to providing certain exemptions, the *Act* also allows for two key defences. The first is referred to as the **bona fide occupational requirements** defence (BFOR), and is related to employment practices. The second, the **bona fide justification** (BFJ) defence, is related to the provision of services.

In basic terms, these defences allow an employer or service provider to engage in conduct that treats persons differently, but can nevertheless be adequately justified. In other words, the *Act*'s prohibition against discrimination is not absolute. Instead, one may engage in discriminatory practices if they can show good reason or cause for doing so.

The legal tests for the BFOR and BFJ defences were clarified by the **Supreme Court of Canada** in two cases in the late-1990s: the *Meiorin* and *Grismer* decisions. In those cases, the Supreme Court concluded that employers and service providers were obligated to accommodate all persons to the point of undue hardship. As such, the notion of “undue hardship” is an important threshold. If an employer or service provider can show that accommodation would cause undue hardship, then an employer or service provider is permitted to treat persons differently.

In order to meet the threshold of “undue hardship,” an employer or service provider must prove a number of things. In regard to the BFOR defence (which is related to employment practices), one must show that:

- The employment practice or policy is rationally connected to the job.
- The employment practice or policy was adopted by the employer in an honest and good faith belief that it was necessary in order to fulfill the job.
- The employment practice or policy is the least discriminatory way to achieve the purpose or goal related to the job.

Take, for example, a case in which an employer required persons to be married in order to be hired. Such a policy would be discriminatory in the sense that it treats married and single persons differently. In order to justify such a policy, the employer would have to show that the “married-only” policy was rationally connected to the job. That is, that it was necessary in order for the person to properly fulfill the goal or duties of the job. Moreover, the employer would have to show that it adopted the policy in good faith, and that the policy was the least discriminatory way to ensure the job was fulfilled properly.

The test for BFJ defences, which are related to the provision of services, is very similar. A service provider must show that the policy or practice is rationally connected to the service provider’s function. Moreover, one must show that it was adopted in an honest and good faith belief that it was necessary, and that the particular policy was the least discriminatory way to achieve the service provider’s goal or purpose.

Application of the *Canadian Human Rights Act*

To whom does the Canadian Human Rights Act apply?

Application to Federal Jurisdiction

The *Canadian Human Rights Act* is legislation passed by the federal government and therefore only applies within the **realm of federal jurisdiction**. As such, the *Act* does not extend to areas that fall within provincial, territorial or municipal jurisdiction. This is not to suggest that these areas operate in the absence of human rights laws, as each provincial and territorial government has enacted its own human rights legislation. It is important to note, however, that there are significant differences between the human rights codes of the different Canadian jurisdictions.

Key Areas of Federal Jurisdiction

Within federal jurisdiction, the *Canadian Human Rights Act* applies to two key areas. The first is the federal government itself. This includes all federal legislation, regulations, departments, agencies and Crown corporations. In this context, the federal government is obliged under the *Act* to hire and deliver services in a manner that does not discriminate between persons.

The second key area is federally regulated businesses and industries. Key examples include charter banks, national airlines, interprovincial telephone companies and interprovincial transportation companies. Again, the *Act* requires organizations in each of these areas to hire individuals and deliver services in a non-discriminatory manner, and prohibits the communication of hate messages via federally regulated telecommunications and the Internet.

Application to Aboriginal Persons

When the *Act* was first passed in 1977, it included an important exemption. Section 67 of the *Act* stipulated that “nothing in this *Act* [the *Canadian Human Rights Act*] affects any provision of the *Indian Act* or any provision made under or pursuant to that *Act*.” The effect of Section 67 was to exempt actions carried out by the Government of Canada or a First Nation government, and which were pursuant to the *Indian Act*, from complaints of discrimination under the *Canadian Human Rights Act*.

The exemption was justified on the grounds that the federal government was obliged not to make any modifications to the *Indian Act* without prior and full consultation with First Nations (Canadian Human Rights Commission, 2005). As such, the federal government would have to consult with First Nations before the new *Canadian Human Rights Act* could be applied to them. Thirty years after the passage of the *Act*, however, this “temporary” exemption had still not been amended.

The issue of the exemption has been a contentious one in Canadian politics. In 2000, for example, a Canadian Human Rights Review Panel was appointed to conduct a comprehensive review of the *Canadian Human*

Rights Act. In its findings, the Panel found that many segments of the Aboriginal population faced human rights concerns related to the limited availability of government and band services (Hurley, 2007). As such, the Panel advocated removing the blanket exemption of Section 67 and extending the full protection of the *Act* to Aboriginal persons. Supporters of Section 67 have, by contrast, argued that “European” conceptions of human rights should not be applied to Aboriginal groups. First Nations should, instead, be free to determine their own anti-discrimination laws and practices.

In 2008, the federal government passed *An Act to amend the Canadian Human Rights Act* [5] (Bill C-21). The first clause of this *Act* repealed Section 67 of the *Canadian Human Rights Act*. As such, actions undertaken pursuant to the *Indian Act*, either by the federal government or a First Nation government, are no longer exempt from review. Moreover, the *Act* included an interpretive clause which requires the *Canadian Human Rights Act* to be applied with “due regard to First Nations legal traditions and customary laws, particularly the balancing of individual rights and interests against collective rights and interests...” The purpose of this clause is to ensure that the “individual rights” contained in the *Canadian Human Rights Act* are properly balanced against the “collective interests” of First Nations.

Administration of the Canadian Human Rights Act

How is the Canadian Human Rights Act interpreted and enforced?

Claim Process under the Act

The *Canadian Human Rights Act* not only prohibits discrimination at the federal level, it also establishes a human rights commission system to administer and enforce the *Act*. Central here are two agencies: the **Canadian Human Rights Commission** (CHRC) and the **Canadian Human Rights Tribunal** (CHRT). The CHRC is an independent federal agency mandated to receive, investigate and mediate alleged violations of the *Act*. As stated above, the *Act* is administered quite differently than other rights legislation, such as the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. When an individual or group alleges discrimination, they do not apply to the courts to have their case heard. Instead, they submit their claim to the CHRC for review and investigation. If the CHRC finds the allegation to be substantive, it will then attempt to mediate a solution between the two parties. This involves CHRC officials negotiating with the parties in an attempt to find a mutually acceptable resolution to the issue.

If, however, mediation fails, then the case is referred to the Canadian Human Rights Tribunal. This is a separate agency that functions as an informal court, with its own rules and procedures. The CHRT will hear arguments from both sides of the dispute, and will render a decision as to whether a violation of the *Act* has taken place and, if so, what remedy and/or sanctions will be applied (see below on what sorts of sanctions the CHRT may apply).

The regular courts only become involved in a human rights case if one of the parties wants to appeal the decision of the CHRC or CHRT. In such circumstances, a party may appeal the decision to the **Federal Court** and, if necessary, all the way to the **Supreme Court of Canada**.

Sanctions under the Act

Violations of the *Act* are not criminal offences and do not result in a criminal record or imprisonment. They are, instead, more akin to a civil dispute. Moreover, the human rights commission system is structured to encourage the settlement of cases through mediation and conciliation. In this context, the goal is not to assign blame and punishment, but to find a mutually agreeable solution between the parties to the dispute.

Some cases, however, cannot be settled through mediation and conciliation. In such circumstances, the case is heard by the Canadian Human Rights Tribunal, which must decide whether or not the *Act* has been violated. When a violation has been found, the CHRT has broad discretionary powers under the *Act* in ordering a remedy. This includes the power to order the offending party to cease the discriminatory activity, to order the party to take measures to redress the practice or to prevent it from occurring in the future, as well as ordering compensation to the victim for expenses, loss of wages or pain and suffering resulting from the practice.

Interpretation of the Act

Another key element of the *Act*'s administration is the interpretation of its clauses. The *Act* itself is a very short and abstract document, and provides little direction as to how it is to be interpreted and applied in particular cases. For example, what precisely is to count as a discriminatory practice? What is the test for

determining that an alleged discriminatory practice is justified under the *bona fide* occupational requirement or *bona fide* justification defences?

The Canadian Human Rights Tribunal and the regular courts play a very important role in this context. When deciding a case, the CHRT must work out these particulars, and is required to provide a written decision, which outlines its lines of reasoning. These written decisions fill out the details of the *Act*, and how it is to be interpreted and applied to specific circumstances.

The CHRT, however, is not the final say on the *Act*'s interpretation. Parties to a dispute may appeal a CHRT decision to the **Federal Court** and eventually to the **Supreme Court of Canada**. In reviewing decisions, these higher courts may disagree with how the CHRT has interpreted the *Act* and, as a result, overturn its decision. In doing so, the higher court often sets out its own conception of how the *Act* ought to be interpreted and applied, which the CHRT and the CHRC are subsequently obliged to follow.

The Supreme Court of Canada's *Meiorin* and *Grismer* decisions are key examples. In those cases, the Supreme Court recognized that there existed uncertainty over the application of the *bona fide* occupational requirement and *bona fide* justification defences. It used its written decision in those cases to establish a legal test for these defences, which the CHRC and CHRT were subsequently obliged to follow.

Finally, **Parliament** plays a key role in the application of the *Act*. The CHRC, CHRT and the courts may only apply the *Act* as it is written by the legislature (although, they may add their own interpretation to the written words). The government can and does attempt to direct the interpretation and application of the *Act* through formal amendments to its text. In 2001, for example, the federal government wanted to ensure that hate messages communicated via the Internet would be prohibited under the *Act*. In order to ensure this, it passed an amendment that explicitly stated that the *Act* applied to the Internet.

Sources and Links to More Information

List of article sources and links to more on this topic

Sources Used for this Article

- Howe, R. and Johnson, D. "Restraining Equality: Human Rights Commissions in Canada." University of Toronto Press: Toronto. 2000.
- "Canadian Human Rights Act (R.S., 1985, c. H-6)" *Department of Justice Canada*. 25 June 2008. 04 August 2008. <<http://laws.justice.gc.ca/en/H-6/index.html> [6]>
- "A Guide to the Canadian Human Rights Act." *Canadian Human Rights Commission*. 16 August 2004. 04 August 2008. <http://www.chrc-ccdp.ca/legislation_policies/human_rights_act-en.asp#Grounds%20for%20action [7]>
- "The Report of the Canadian Human Rights Act Review Panel." *Government of Canada*. June 2000. 04 August 2008. <<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/J2-168-2000E.pdf>[8]>
- "Bona Fide Occupational Requirements and Bona Fide Justifications Under the Canadian Human Rights Act: The Implications of Meiorin and Grismer." *Canadian Human Rights Commission*. March 2007. 04 August 2008. <<http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/bfore.pdf> [9]>
- "Section 13: Overview." *Canadian Human Rights Commission*. 09 May 2008. 04 August 2008. <http://www.chrc-ccdp.ca/proactive_initiatives/hoi_hsi/qa_qr/page1-en.asp [10]>
- "A Matter of Rights: Special Report of the Canadian Human Rights Commission on the Repeal of Section 67 of the Canadian Human Rights Act." *Canadian Human Rights Commission*. October 2005. 04 August 2008. <http://www.chrc-ccdp.ca/proactive_initiatives/section_67/TOC_TDM-en.asp [11]>

- Hurley, M. “Legislative Summary: Bill C-21: An Act to amend the Canadian human Rights Act.” *Parliament of Canada*. 29 May 2008. 04 August 2008.

Links to More Information

- [Department of Justice: Canadian Human Rights Act](#) [12]
- [Canadian Human Rights Commission: The Canadian Human Rights Act: A Guide](#) [13] (PDF)
- [Canadian Human Rights Tribunal](#) [14]
- [Canadian Human Rights Commission](#) [15]
- [Canadian Human Rights Tribunal: Tribunal Decisions](#) [16]

© 2001-2012 Maple Leaf Web.
All Rights Reserved

Source URL: <http://mapleleafweb.com/features/canadian-human-rights-act-introduction-canada-s-federal-human-rights-legislation>

Załącznik 3

Akty prawne regulujące uprawnienia do usług rehabilitacyjnych w przypadkach urazów i schorzeń nabytych w toku wykonywania obowiązków zawodowych.

2. Prawa Amerykanów z niepełnosprawnością - *Americans with Disability Act*

A Guide to Disability Rights Laws

July 2009

TABLE OF CONTENTS

[Americans with Disabilities Act](#)

[Telecommunications Act](#)

[Fair Housing Act](#)

[Air Carrier Access Act](#)

[Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act](#)

[National Voter Registration Act](#)

[Civil Rights of Institutionalized Persons Act](#)

[Individuals with Disabilities Education Act](#)

[Rehabilitation Act](#)

[Architectural Barriers Act](#)

[General Sources of Disability Rights Information](#)

[Statute Citations](#)

For persons with disabilities, this document is available in large print, Braille, and CD.
Reproduction of this document is encouraged.

This guide provides an overview of Federal civil rights laws that ensure equal opportunity for people with disabilities. To find out more about how these laws may apply to you, contact the agencies and organizations listed below.

Americans with Disabilities Act (ADA)

The ADA prohibits discrimination on the basis of disability in employment, State and local government, public accommodations, commercial facilities, transportation, and telecommunications. It also applies to the United States Congress.

To be protected by the ADA, one must have a disability or have a relationship or association with an individual with a disability. An individual with a disability is defined by the ADA as a person who has a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities, a person who has a history or record of such an impairment, or a person who is perceived by others as having such an impairment. The ADA does not specifically name all of the impairments that are covered.

ADA Title I: Employment

Title I requires employers with 15 or more employees to provide qualified individuals with disabilities an equal opportunity to benefit from the full range of employment-related opportunities available to others. For example, it prohibits discrimination in recruitment, hiring, promotions, training, pay, social activities, and other privileges of employment. It restricts questions that can be asked about an applicant's disability before a job offer is made, and it requires that employers make reasonable accommodation to the known physical or mental limitations of otherwise qualified individuals with disabilities, unless it results in undue hardship. Religious entities with 15 or more employees are covered under title I.

Title I complaints must be filed with the U. S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) within 180 days of the date of discrimination, or 300 days if the charge is filed with a designated State or local fair employment practice agency. Individuals may file a lawsuit in Federal court only after they receive a "right-to-sue" letter from the EEOC.

Charges of employment discrimination on the basis of disability may be filed at any U.S. Equal Employment Opportunity Commission field office. Field offices are located in 50 cities throughout the U.S. and are listed in most telephone directories under "U.S. Government." For the appropriate EEOC field office in your geographic area, contact:

(800) 669-4000 (voice)

(800) 669-6820 (TTY)

www.eeoc.gov

Publications and information on EEOC-enforced laws may be obtained by calling:

(800) 669-3362 (voice)

(800) 800-3302 (TTY)

For information on how to accommodate a specific individual with a disability, contact the Job Accommodation Network at:

(800) 526-7234 (voice)

(877) 781-9403 (TTY)

<http://askjan.org>

ADA Title II: State and Local Government Activities

Title II covers all activities of State and local governments regardless of the government entity's size or receipt of Federal funding. Title II requires that State and local governments give people with disabilities an equal opportunity to benefit from all of their programs, services, and activities (e.g. public education, employment, transportation, recreation, health care, social services, courts, voting, and town meetings).

State and local governments are required to follow specific architectural standards in the new construction and alteration of their buildings. They also must relocate programs or otherwise provide access in inaccessible older buildings, and communicate effectively with people who have hearing, vision, or speech disabilities. Public entities are not required to take actions that would result in undue financial and administrative burdens. They are required to make reasonable modifications to policies, practices, and procedures where necessary to avoid discrimination, unless they can demonstrate that doing so would fundamentally alter the nature of the service, program, or activity being provided.

Complaints of title II violations may be filed with the Department of Justice within 180 days of the date of discrimination. In certain situations, cases may be referred to a mediation program sponsored by the Department. The Department may bring a lawsuit where it has investigated a matter and has been unable to resolve violations. For more information, contact:

U.S. Department of Justice
Civil Rights Division
950 Pennsylvania Avenue, N.W.
Disability Rights Section - NYAV
Washington, D.C. 20530

www.ada.gov

(800) 514-0301 (voice)

(800) 514-0383 (TTY)

Title II may also be enforced through private lawsuits in Federal court. It is not necessary to file a complaint with the Department of Justice (DOJ) or any other Federal agency, or to receive a "right-to-sue" letter, before going to court.

ADA Title II: Public Transportation

The transportation provisions of title II cover public transportation services, such as city buses and public rail transit (e.g. subways, commuter rails, Amtrak). Public transportation authorities may not discriminate against people with disabilities in the provision of their services. They must comply with requirements for accessibility in newly purchased vehicles, make good faith efforts to purchase or lease accessible used buses, remanufacture buses in an accessible manner, and, unless it would result in an undue burden, provide paratransit where they operate fixed-route bus or rail systems. Paratransit is a service where individuals who are unable to use the regular transit system independently (because of a physical or mental impairment) are picked up and dropped off at their destinations. Questions and complaints about public transportation should be directed to:

Office of Civil Rights

Federal Transit Administration

U.S. Department of Transportation

1200 New Jersey Avenue, Room E54-427

Room 9102

Washington, D.C. 20590

www.fta.dot.gov/ada

(888) 446-4511 (voice/relay)

ADA Title III: Public Accommodations

Title III covers businesses and nonprofit service providers that are public accommodations, privately operated entities offering certain types of courses and examinations, privately operated transportation, and commercial facilities. Public accommodations are private entities who own, lease, lease to, or operate facilities such as restaurants, retail stores, hotels, movie theaters, private schools, convention centers, doctors' offices, homeless shelters, transportation depots, zoos, funeral homes, day care centers, and recreation facilities including sports stadiums and fitness clubs. Transportation services provided by private entities are also covered by title III.

Public accommodations must comply with basic nondiscrimination requirements that prohibit exclusion, segregation, and unequal treatment. They also must comply with specific requirements related to architectural standards for new and altered buildings; reasonable modifications to policies, practices, and procedures; effective communication with people with hearing, vision, or speech disabilities; and other access requirements. Additionally, public accommodations must remove barriers in existing buildings where it is easy to do so without much difficulty or expense, given the public accommodation's resources.

Courses and examinations related to professional, educational, or trade-related applications, licensing, certifications, or credentialing must be provided in a place and manner accessible to people with disabilities, or alternative accessible arrangements must be offered.

Commercial facilities, such as factories and warehouses, must comply with the ADA's architectural standards for new construction and alterations.

Complaints of title III violations may be filed with the Department of Justice. In certain situations, cases may be referred to a mediation program sponsored by the Department. The Department is authorized to bring a lawsuit where there is a pattern or practice of discrimination in violation of title III, or where an act of discrimination raises an issue of general public importance. Title III may also be enforced through private

lawsuits. It is not necessary to file a complaint with the Department of Justice (or any Federal agency), or to receive a "right-to-sue" letter, before going to court. For more information, contact:

U.S. Department of Justice
Civil Rights Division
950 Pennsylvania Avenue, N.W.
Disability Rights Section - NYAV
Washington, D.C. 20530
www.ada.gov
(800) 514-0301 (voice)
(800) 514-0383 (TTY)

ADA Title IV: Telecommunications Relay Services

Title IV addresses telephone and television access for people with hearing and speech disabilities. It requires common carriers (telephone companies) to establish interstate and intrastate telecommunications relay services (TRS) 24 hours a day, 7 days a week. TRS enables callers with hearing and speech disabilities who use TTYs (also known as TDDs), and callers who use voice telephones to communicate with each other through a third party communications assistant. The Federal Communications Commission (FCC) has set minimum standards for TRS services. Title IV also requires closed captioning of Federally funded public service announcements. For more information about TRS, contact the FCC at:

Federal Communications Commission
445 12th Street, S.W.
Washington, D.C. 20554
<https://www.fcc.gov/general/disability-rights-office>
(888) 225-5322 (Voice)
(888) 835-5322 (TTY)

Telecommunications Act

Section 255 and Section 251(a)(2) of the Communications Act of 1934, as amended by the Telecommunications Act of 1996, require manufacturers of telecommunications equipment and providers of telecommunications services to ensure that such equipment and services are accessible to and usable by persons with disabilities, if readily achievable. These amendments ensure that people with disabilities will have access to a broad range of products and services such as telephones, cell phones, pagers, call-waiting, and operator services, that were often inaccessible to many users with disabilities. For more information, contact:

Federal Communications Commission
445 12th Street, S.W.
Washington, D.C. 20554

www.fcc.gov/cgb/dro
(888) 225-5322 (Voice)
(888) 835-5322 (TTY)

Fair Housing Act

The Fair Housing Act, as amended in 1988, prohibits housing discrimination on the basis of race, color, religion, sex, disability, familial status, and national origin. Its coverage includes private housing, housing that receives Federal financial assistance, and State and local government housing. It is unlawful to discriminate in any aspect of selling or renting housing or to deny a dwelling to a buyer or renter because of the disability of that individual, an individual associated with the buyer or renter, or an individual who intends to live in the residence. Other covered activities include, for example, financing, zoning practices, new construction design, and advertising.

The Fair Housing Act requires owners of housing facilities to make reasonable exceptions in their policies and operations to afford people with disabilities equal housing opportunities. For example, a landlord with a "no pets" policy may be required to grant an exception to this rule and allow an individual who is blind to

keep a guide dog in the residence. The Fair Housing Act also requires landlords to allow tenants with disabilities to make reasonable access-related modifications to their private living space, as well as to common use spaces. (The landlord is not required to pay for the changes.) The Act further requires that new multifamily housing with four or more units be designed and built to allow access for persons with disabilities. This includes accessible common use areas, doors that are wide enough for wheelchairs, kitchens and bathrooms that allow a person using a wheelchair to maneuver, and other adaptable features within the units. Complaints of Fair Housing Act violations may be filed with the U.S. Department of Housing and Urban Development. For more information or to file a complaint, contact:

Office of Compliance and Disability Rights Division
Office of Fair Housing and Equal Opportunity
U.S. Department of Housing and Urban Development
451 7th Street, S.W. , Room 5242
Washington, D.C. 20410

www.hud.gov/offices/fheo

(800) 669-9777 (voice)

(800) 927-9275 (TTY)

For questions about the accessibility provisions of the Fair Housing Act, contact Fair Housing FIRST at:

www.fairhousingfirst.org

(888) 341-7781 (voice/TTY)

For publications, you may call the Housing and Urban Development Customer Service Center at:

(800) 767-7468 (voice/relay)

Additionally, the Department of Justice can file cases involving a pattern or practice of discrimination. The Fair Housing Act may also be enforced through private lawsuits.

Air Carrier Access Act

The Air Carrier Access Act prohibits discrimination in air transportation by domestic and foreign air carriers against qualified individuals with physical or mental impairments. It applies only to air carriers that provide regularly scheduled services for hire to the public. Requirements address a wide range of issues including boarding assistance and certain accessibility features in newly built aircraft and new or altered airport facilities. People may enforce rights under the Air Carrier Access Act by filing a complaint with the U.S. Department of Transportation, or by bringing a lawsuit in Federal court. For more information or to file a complaint, contact:

Aviation Consumer Protection Division, C-75

U.S. Department of Transportation

1200 New Jersey Avenue, S.E.

Washington, D.C. 20590

<https://www.transportation.gov/airconsumer/disability>

(202) 366-2220 (voice)

(202) 366-0511 (TTY)

(800) 778-4838 (voice)

(800) 455-9880 (TTY)

Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act

The Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act of 1984 generally requires polling places across the United States to be physically accessible to people with disabilities for federal elections. Where no accessible location is available to serve as a polling place, a political subdivision must provide an alternate means of casting a ballot on the day of the election. This law also requires states to make available registration and voting aids for disabled and elderly voters, including information by TTYs (also known as TDDs) or similar devices. For more information, contact:

U.S. Department of Justice

Civil Rights Division

950 Pennsylvania Avenue, N.W.

Voting Section - 1800 G
Washington, D.C. 20530
(800) 253-3931 (voice/TTY)

National Voter Registration Act

The National Voter Registration Act of 1993, also known as the "Motor Voter Act," makes it easier for all Americans to exercise their fundamental right to vote. One of the basic purposes of the Act is to increase the historically low registration rates of minorities and persons with disabilities that have resulted from discrimination. The Motor Voter Act requires all offices of State-funded programs that are primarily engaged in providing services to persons with disabilities to provide all program applicants with voter registration forms, to assist them in completing the forms, and to transmit completed forms to the appropriate State official. For more information, contact:

U.S. Department of Justice
Civil Rights Division
950 Pennsylvania Avenue, N.W.
Voting Section - 1800 G
Washington, D.C. 20530
www.usdoj.gov/crt/voting
(800) 253-3931 (voice/TTY)

Civil Rights of Institutionalized Persons Act

The Civil Rights of Institutionalized Persons Act (CRIPA) authorizes the U.S. Attorney General to investigate conditions of confinement at State and local government institutions such as prisons, jails, pretrial detention centers, juvenile correctional facilities, publicly operated nursing homes, and institutions for people with psychiatric or developmental disabilities. Its purpose is to allow the Attorney General to uncover and correct widespread deficiencies that seriously jeopardize the health and safety of residents of institutions. The Attorney General does not have authority under CRIPA to investigate isolated incidents or to represent individual institutionalized persons.

The Attorney General may initiate civil law suits where there is reasonable cause to believe that conditions are "egregious or flagrant," that they are subjecting residents to "grievous harm," and that they are part of a "pattern or practice" of resistance to residents' full enjoyment of constitutional or Federal rights, including title II of the ADA and section 504 of the Rehabilitation Act. For more information or to bring a matter to the Department of Justice's attention, contact:

U.S. Department of Justice
Civil Rights Division
950 Pennsylvania Avenue, N.W.
Special Litigation Section - PHB
Washington, D.C. 20530
<https://www.justice.gov/crt/civil-rights-institutionalized-persons>
(877) 218-5228 (voice/TTY)

Individuals with Disabilities Education Act

The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) (formerly called P.L. 94-142 or the Education for all Handicapped Children Act of 1975) requires public schools to make available to all eligible children with disabilities a free appropriate public education in the least restrictive environment appropriate to their individual needs.

IDEA requires public school systems to develop appropriate Individualized Education Programs (IEP's) for each child. The specific special education and related services outlined in each IEP reflect the individualized needs of each student.

IDEA also mandates that particular procedures be followed in the development of the IEP. Each student's IEP must be developed by a team of knowledgeable persons and must be at least reviewed annually. The team includes the child's teacher; the parents, subject to certain limited exceptions; the child, if determined

appropriate; an agency representative who is qualified to provide or supervise the provision of special education; and other individuals at the parents' or agency's discretion.

If parents disagree with the proposed IEP, they can request a due process hearing and a review from the State educational agency if applicable in that state. They also can appeal the State agency's decision to State or Federal court. For more information, contact:

Office of Special Education and Rehabilitative Services

U.S. Department of Education

400 Maryland Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20202-7100

www.ed.gov/about/offices/list/osers/osep

(202) 245-7468 (voice/TTY)

Rehabilitation Act

The Rehabilitation Act prohibits discrimination on the basis of disability in programs conducted by Federal agencies, in programs receiving Federal financial assistance, in Federal employment, and in the employment practices of Federal contractors. The standards for determining employment discrimination under the Rehabilitation Act are the same as those used in title I of the Americans with Disabilities Act.

Section 501

Section 501 requires affirmative action and nondiscrimination in employment by Federal agencies of the executive branch. To obtain more information or to file a complaint, employees should contact their agency's Equal Employment Opportunity Office.

Section 503

Section 503 requires affirmative action and prohibits employment discrimination by Federal government contractors and subcontractors with contracts of more than \$10,000. For more information on section 503, contact:

Office of Federal Contract Compliance Programs

U.S. Department of Labor

200 Constitution Avenue, N.W.

Room C-3325

Washington, D.C. 20210

www.dol.gov/ofccp/index.htm

(202) 693-0106 (voice/relay)

Section 504

Section 504 states that "no qualified individual with a disability in the United States shall be excluded from, denied the benefits of, or be subjected to discrimination under" any program or activity that either receives Federal financial assistance or is conducted by any Executive agency or the United States Postal Service.

Each Federal agency has its own set of section 504 regulations that apply to its own programs. Agencies that provide Federal financial assistance also have section 504 regulations covering entities that receive Federal aid. Requirements common to these regulations include reasonable accommodation for employees with disabilities; program accessibility; effective communication with people who have hearing or vision disabilities; and accessible new construction and alterations. Each agency is responsible for enforcing its own regulations. Section 504 may also be enforced through private lawsuits. It is not necessary to file a complaint with a Federal agency or to receive a "right-to-sue" letter before going to court.

For information on how to file 504 complaints with the appropriate agency, contact:

U.S. Department of Justice

Civil Rights Division

950 Pennsylvania Avenue, N.W.

Disability Rights Section - NYAV

Washington, D.C. 20530

www.ada.gov

(800) 514-0301 (voice)

(800) 514-0383 (TTY)

Section 508

Section 508 establishes requirements for electronic and information technology developed, maintained, procured, or used by the Federal government. Section 508 requires Federal electronic and information technology to be accessible to people with disabilities, including employees and members of the public.

An accessible information technology system is one that can be operated in a variety of ways and does not rely on a single sense or ability of the user. For example, a system that provides output only in visual format may not be accessible to people with visual impairments and a system that provides output only in audio format may not be accessible to people who are deaf or hard of hearing. Some individuals with disabilities may need accessibility-related software or peripheral devices in order to use systems that comply with Section 508. For more information on section 508, contact:

U.S. General Services Administration

Office of Government-wide Policy IT Accessibility & Workflow Division (ITAW)

1800 F Street, N.W.

Room 2222 - MEC:ITAW

Washington, DC 20405-0001

www.gsa.gov/portal/content/105254

(202) 501-4906 (voice)

U.S. Architectural and Transportation Barriers Compliance Board

1331 F Street, N.W., Suite 1000

Washington, DC 20004-1111

www.access-board.gov

800-872-2253 (voice)

800-993-2822 (TTY)

Architectural Barriers Act

The Architectural Barriers Act (ABA) requires that buildings and facilities that are designed, constructed, or altered with Federal funds, or leased by a Federal agency, comply with Federal standards for physical accessibility. ABA requirements are limited to architectural standards in new and altered buildings and in newly leased facilities. They do not address the activities conducted in those buildings and facilities. Facilities of the U.S. Postal Service are covered by the ABA. For more information or to file a complaint, contact:

U.S. Architectural and Transportation Barriers Compliance Board

1331 F Street, N.W., Suite 1000

Washington, D.C. 20004-1111

www.access-board.gov

(800) 872-2253 (voice)

(800) 993-2822 (TTY)

General Sources of Disability Rights Information

ADA Information Line

(800) 514-0301 (voice)

(800) 514-0383 (TTY)

www.ada.gov

Regional Disability and Business

Technical Assistance Centers

(800) 949-4232 (voice/TTY)

www.adata.org

Statute Citations

Air Carrier Access Act of 1986

49 U.S.C. § 41705

Implementing Regulation:

14 CFR Part 382

Americans with Disabilities Act of 1990

42 U.S.C. §§ 12101 et seq.

Implementing Regulations:

29 CFR Parts 1630, 1602 (Title I, EEOC)

28 CFR Part 35 (Title II, Department of Justice)

49 CFR Parts 27, 37, 38 (Title II, III, Department of Transportation)

28 CFR Part 36 (Title III, Department of Justice)

47 CFR §§ 64.601 et seq. (Title IV, FCC)

Architectural Barriers Act of 1968

42 U.S.C. §§ 4151 et seq.

Implementing Regulation:

41 CFR Subpart 101-19.6

Civil Rights of Institutionalized Persons Act

42 U.S.C. §§ 1997 et seq.

Fair Housing Amendments Act of 1988

42 U.S.C. §§ 3601 et seq.

Implementing Regulation:

24 CFR Parts 100 et seq.

Individuals with Disabilities Education Act

20 U.S.C. §§ 1400 et seq.

Implementing Regulation:

34 CFR Part 300

National Voter Registration Act of 1993

42 U.S.C. §§ 1973gg et seq.

Section 501 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended

29 U.S.C. § 791

Implementing Regulation:

29 CFR § 1614.203

Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended

29 U.S.C. § 793

Implementing Regulation:

41 CFR Part 60-741

Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended

29 U.S.C. § 794

Over 20 Implementing Regulations for federally assisted programs, including:

34 CFR Part 104 (Department of Education)

45 CFR Part 84 (Department of Health and Human Services)

28 CFR §§ 42.501 et seq.

Over 95 Implementing Regulations for federally conducted programs, including:

28 CFR Part 39 (Department of Justice)

Section 508 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended

29 U.S.C. § 794d

Telecommunications Act of 1996

47 U.S.C. §§ 255, 251(a)(2)

Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act of 1984

42 U.S.C. §§ 1973ee et seq.