

IQEA evolution

Propozycje, doświadczenia oraz narzędzia do:
uznania nabytych umiejętności, ułatwiania rozwoju
zawodowego, wspierania mobilności zawodowej
pracowników, poprawy jakości opieki nad osobami
starszymi





Projekt ten został sfinansowany przy wsparciu Komisji Europejskiej.
Poniższa publikacja odzwierciedla jedynie poglądy autora, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za użytek zrobiony z informacji tu zawartych

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ 1

KONTEKST

STRONA 07

ROZDZIAŁ 2

ECVET: EUROPEJSKA ODPOWIEDŹ NA POTRZEBĘ ROZPOZNAWANIA KWALIFIKACJI
W PRZYPADKU MOBILNOŚCI PRACOWNIKÓW

STRONA 12

ROZDZIAŁ 3

PROJEKT IQEA

STRONA 16

ROZDZIAŁ 4

ETAPY ROZWOJU

STRONA 18

ROZDZIAŁ 5

POROZUMIENIE ECVET

STRONA 24

ROZDZIAŁ 6

TEST PILOTAŻOWY

STRONA 29

ROZDZIAŁ 7

PODSUMOWANIE

STRONA 31

KONTAKT ORAZ INNE INFORMACJE

STRONA 33

STARZEJĄCE SIĘ SPOŁECZEŃSTWO W EUROPIE A USŁUGI OPIEKI

W nadchodzących dziesięcioleciach, liczebność i struktura wiekowa ludności Europy ulegnie radykalnym zmianom spowodowanym niskimi wskaźnikami przyrostu naturalnego, stale rosnącą średnią długości życia oraz przechodzeniem na emeryturę pokolenia powojennego wyżu demograficznego (tzw. pokolenia baby-boom)¹.

Jako, że większość usług w sektorze opieki jest kierowana do osób starszych, popyt i podaż opieki długoterminowej w dużej mierze zależy od równowagi demograficznej między starszymi a pracującą grupą wiekową (tak zwany "współczynnik zależności"). Według danych Eurostatu, w 2020 r. będą tylko trzy osoby na osobę w wieku powyżej 65 lat w Europie, a liczba zmniejszy się do dwóch osób w 2045 (w Niemczech i we Włoszech nastąpi to dziesięć lat wcześniej).

Należy podkreślić, że zmiany demograficzne przebiegają w różnym tempie w poszczególnych krajach. Proces ten będzie najbardziej widoczny w Polsce i Rumunii: współczynnik zależności w obu krajach ma wzrosnąć o 150% w ciągu najbliższych 40 lat. Ponadto, oczekuje się, że w 2040 roku osób w wieku 80 + (w stosunku do osób aktywnych zawodowych) będzie ponad dwukrotnie więcej niż obecnie.²

Rosnąca populacja osób starszych oznacza, że będą rosnąć potrzeby na usługi opieki. Według szacunków dokonanych przez

1 Wpływ starzenia się na społeczne oczekiwania: prognozy dla 25 krajów zrzeszonych EU dotyczących emerytury, opieki zdrowotnej, opieki długookresowej, edukacji i bezrobocia DG ECFIN, Raport specjalny 1/2006

2 Usługi dla osób starszych w Europie, ESN, październik 2008

DG ds. Gospodarczych i Finansowych, około 17% mężczyzn i 23% kobiet w wieku powyżej 65 lat ma ograniczenia w poruszaniu się. Starzenie się społeczeństwa będzie więc miało silny wpływ na wzrost wydatków publicznych na opiekę długoterminową. Odsetek PKB przeznaczany na opiekę długoterminową w budżetach poszczególnych krajów EU będzie musiał wzrosnąć ponad dwukrotnie na przestrzeni lat 2000 - 2050³.

Pomimo prognoz wzrostu zapotrzebowanie na pracowników w zawodach opieki, jak i potwierdzeń, że już obecnie odczuwany jest znaczący niedobór takich pracowników, sektor ten często oferuje złe warunki pracy i płacy w porównaniu do innych sektorów wymagających odpowiedniego poziomu umiejętności i wykształcenia. To właśnie doprowadziło do znacznej mobilności pracowników w UE oraz poza nią. Nie rozwiązuje to jednak problemu braku kadry⁴. Innym problemem jest istniejąca w sektorze opieki szara strefa, nieoficjalne zatrudnianie opiekunów przez rodziny osób starszych dotyczy nadal znaczącego odsetka pracowników.

MOBILNOŚĆ PRACOWNIKÓW OPIEKI - DLACZEGO POTRZEBUJEMY PRZEJRZYŚCІ KWALIFIKACJI?

Według *Action for Global Health* Organizacji działającej na rzecz zdrowia światowego, na całym świecie, będzie zapotrzebowanie na dodatkowe 4,3 mln pracowników w służbie zdrowia, głównie w podstawowej opiece zdrowotnej. Niezależnie od zamożności społeczeństwa, w większości krajów na świecie, jest widoczny wzrost wymagań stawianych przed systemem opieki zdrowotnej. Jednocześnie warunki pracy w służbie zdrowia i sektorze opieki nie są atrakcyjne. I dlatego brytyjskie położne jadą do pracy do Australii, lekarze z Zimbabwe wyjeżdżają do Afryki Południowej, pielęgniarki z Senegalu zasilają kadrę we Francji

3 Comas-Herrera A., Wittenberg R., Europejskie studia nad opieką długookresową, PSSRU Discussion Paper 1840

4 Zatrudnienie i relacje w sektorze opieki zdrowotnej. Europejska fundacja na rzecz poprawy warunków życia i pracy.

a niemieccy lekarze migrują do Szwajcarii. Polską kadre medyczną można spotkać niemal we wszystkich krajach wysoko rozwiniętych w EU jak i na innych kontynentach. Mobilność pracowników służby zdrowia jest już więc rzeczywistością na całym świecie.

W całej Europie, regulacje prawne sprzyjają mobilności pracowników - faktycznie swobodny przepływ pracowników jest jedną z podstawowych swobód gwarantowanych przez prawo wspólnotowe i prawa obywateli UE do pracy w innym państwie członkowskim zarówno w charakterze pracownika jak i urzędnika. Możliwa jest również praca na własny rachunek w innym państwie członkowskim. W konsekwencji, mobilność pracowników jest duża, zwłaszcza w sektorze opieki zdrowotnej, gdzie wiele państw członkowskich rejestruje niedobór kadry.

Skupiając się na krajach uczestniczących w projekcie IQEA, t.j. na Włoszech, Rumunii i Polsce, dane są następujące. W 2011 roku we Włoszech sektor opieki zdrowotnej zgłaszał brak 50,000 pielęgniarek. Wśród pracujących pielęgniarek, więcej niż 10% to osoby wykształcone za granicą (w niektórych regionach wskaźnik przekracza 16%). Odsetek ten wzrósł o 25% od roku 2007 do 2010. W roku 2010 dane wykazały, że 43,9% nowo zarejestrowanych pielęgniarek pochodzi z Rumunii, a tylko 3,8% z Polski (w 2006 r. 16%).

Z drugiej strony Rumunia stoi również w obliczu niedoboru pracowników w służbie zdrowia (w szczególności na obszarach wiejskich), która może prowadzić do konieczności "importu" pracowników służby zdrowia z krajów sąsiednich. Bardzo wyraźne jest zapotrzebowanie na pielęgniarki i opiekunów. Jeśli tempo emigracji pozostanie na tym samym poziomie to za 3 - 5 lat system będzie również odczuwać dotkliwy brak lekarzy.

Pielęgniarstwo w Polsce jest także pod presją z powodu exodusu personelu medycznego do krajów zachodnich od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej. Przyciągane ofertą wyższych zarobków, w ciągu ostatnich 6 lat, tysiące pielęgniarek

opuściły Polskę. Doprowadziło to do niedoboru pracowników w kraju. Pielęgniarki ostrzegają, że niedobór kadry ma wpływ na jakość świadczonej opieki. Jest więc prawdopodobne, że rządy będą interweniować i będą pomagać w przepływie migracji powrotnych z krajów zachodnich do Polski, Rumunii i innych wschodnich krajów unijnych.

SEKTOR OPIEKI TO NIE TYLKO PIELEŃNIARKI

Niestety brakuje danych dotyczących kadry zagranicznej pracującej jako asystenci i wykwalifikowani pracownicy opieki w szpitalach i innych placówkach we Włoszech, ale szacuje się, że są znaczącą grupą. W regionie Veneto (położony w północno-wschodniej części Włoch, główne miasto Verona), w 2009 roku 37% osób zarejestrowanych, jako wykwalifikowani pracownicy w tym sektorze byli to obcokrajowcy. Wśród pracowników zatrudnianych w domach, przez rodziny we Włoszech większość pochodzi z zagranicy. W roku 2010 na ponad 870,000 osób zatrudnionych w sektorze opieki we Włoszech - 700,000 to obcokrajowcy. Wśród nich, 150,000 to Rumuni – rozpoczynający ranking, jako pierwsi z reprezentowanych narodowości, i około 70,000 to Polacy.

Zarejestrowane pielęgniarki mogą korzystać z dyrektywy 2005/36/WE Europejskiej dla uznawania kwalifikacji zawodowych w związku z pracą w innym państwie członkowskim. We Włoszech procedura jest dość prosta i nie wymaga dodatkowych szkoleń z wyjątkiem egzaminu z języka włoskiego i przepisów włoskich dotyczących pielęgniarek.

A JAK JEST W PRZYPADKU PRACOWNIKÓW OPIEKI?

Zagraniczni pracownicy opieki i pielęgniarki, których kwalifikacje nie zostały uznane, ale chcą pracować jako profesjonalni pracownicy opieki zdrowotnej mogą - w niektórych regionach Włoch - uzyskać "rabat" na 1000 godzin szkolenia i muszą to zrealizować, aby dostać "OSS" kwalifikacje (potrzebne do pracy w zakładach opieki i usług formalnych). Mimo to uznawalność kwalifikacji nie jest do końca ściśle sprecyzowana.

Uznawanie kwalifikacji dla pracowników opieki domowej nie jest uregulowane - to pozostawia się pracodawcy. Niemniej jednak, coraz częściej szkolenia z zakresu opieki są wymagane przez prywatne i publiczne służby zatrudniające - i ma znaczny wpływ na możliwości zdobycia pracy.

Z drugiej strony, prawdą jest, że podczas mobilności, pracownicy nabywają szereg umiejętności, które powinny być określane i uznawane, co jest ważne dla poprawy jakości opieki nad starszymi zależnymi osobami.

Podsumowując: mobilność pracowników sektora opieki z Rumunii i Polski do Włoch oraz odwrotnie, to fakt, ale brak prostych procedur wzajemnego uznawania kwalifikacji uzyskanych w poszczególnych krajach jest istotną przeszkodą do zatrudnienia wykwalifikowanej kadry w kraju przeznaczenia. ECVET jest narzędziem, które może przyczynić się do skutecznego rozwiązania tego problemu.

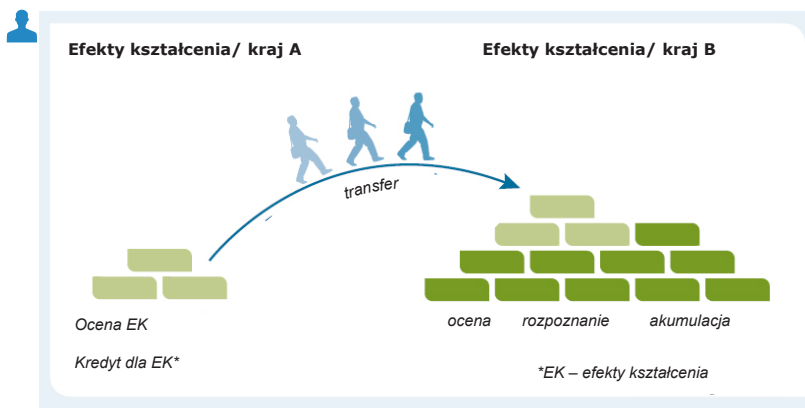
ROZDZIAŁ 2

ECVET: EUROPEJSKA ODPOWIEDŹ NA POTRZEBĘ ROZPOZNAWANIA KWALIFIKACJI W PRZYPADKU MOBILNOŚCI PRACOWNIKÓW ¹

Europejski system transferu osiągnięć w kształceniu i szkoleniu zawodowym (ECVET) jest europejskim instrumentem wspierania kształcenia ustawicznego, mobilności europejskich uczniów oraz elastycznych ścieżek kształcenia wspierających osiągnięcie kwalifikacji zawodowych. Po przyjęciu nowelizacji przez Parlament Europejski i Radę (18 czerwca 2009) ¹, ECVET jest obecnie w fazie stopniowego wdrażania.

Celem ECVET jest umożliwienie uznawania osiągnięć (efektów kształcenia) osób uczących się w okresie mobilności, tworząc struktury, tworząc wspólny język i stymulując wymianę i wzajemne zaufanie między instytucjami kształcenia i szkolenia zawodowego i odpowiednich instytucji w całej Europie.

W kontekście międzynarodowej mobilności, ale także mobilności w obrębie danego kraju, celem ECVET jest wspieranie uznawania efektów kształcenia (gdziekolwiek nabytych, formalnie i nieformalnie), bez przedłużania edukacji i ścieżek szkoleniowych osób uczących się.



Proces ECVET– pobrany z: http://www.ecvet-team.eu/sites/default/files/ecvet_leaflet_en.pdf

¹ Akapit opracowany na podstawie dokumentu „Poznać lepiej ECVET – pytania i odpowiedzi” www.ecvet-projects.eu/Documents/ECVET_QnA_Web_21_04_2010.pdf

ECVET opiera się na kilku kluczowych pojęciach i procesach. Zostały one zastosowane w projekcie IQEA. Prezentujemy je pokrótce:

➤ **EFEKTY KSZTAŁCENIA:** - Efekty kształcenia to potwierdzenie tego, co uczeń/student wie, rozumie i potrafi wykonać po ukończeniu procesu uczenia się. Efekty kształcenia mogą być nabywane za pośrednictwem różnych ścieżek kształcenia, sposobów nauczania (szkolny, w firmie, itp.), w różnych formach uczenia się (formalnego, pozaformalnego i nieformalnego) lub kontekstach (tj. kraj, system kształcenie i szkolenia...). Istnieją różne podejścia do identyfikowania i opisywania efektów kształcenia, w zależności od systemu kwalifikacji. Europejska definicja efektów kształcenia, która wykorzystuje kategorie wiedzy, umiejętności i kompetencji (patrz zalecenie EQF), jest wspólnym mianownikiem, który wpisuje się w różne istniejące podejścia do opisywania efektów kształcenia. Ułatwieniem jest, gdy efekty kształcenia są uzupełnione obserwowalnymi i mierzalnymi wskaźnikami kompetencji, mającymi na celu wykazanie nabycia konkretnego efektu kształcenia.

➤ **JEDNOSTKI:** Jednostka jest składnikiem kwalifikacji, będący spójnym zbiorem wiedzy, umiejętności i kompetencji, które mogą być oceniane i zatwierdzone. Jednostki umożliwiają stopniowe osiągnięcie kwalifikacji przez transfer i akumulację efektów kształcenia. Są one przedmiotem oceny i weryfikacji, które sprawdzają i rejestrują to, co uczeń osiągnął. Celem systemu ECVET jest ułatwienie transferu uznawania i akumulacji ocenianych efektów kształcenia u osób pragnących uzyskać kwalifikacje. Jest to możliwe, ponieważ każda jednostka jest udokumentowana i efekty kształcenia w nim zawarte są oceniane i zatwierdzone. Stąd uczniowie mogą:
(1) Progresywne (jednostka po jednostce lub zestaw jednostek po zestawie jednostek) gromadzić efekty kształcenia w celu osiągnięcia kwalifikacji,
(2) uzyskać potwierdzenie zdobytych efektów kształcenia uzyskanych w innych formach bez oceny (tj. jednostki, mogą być przenoszone, ponieważ uczący się może dostarczyć instytucji dowody, że on / ona był/a oceniany/a i osiągnął określone efekty kształcenia).

➤ **PUNKTY ECVET:** liczbowe określenie ogólnej wartości efektów kształcenia w ramach kwalifikacji oraz wagi względnej jednostek w odniesieniu do kwalifikacji. Wspólne z jednostkami, opisy efektów kształcenia i informacje o poziomie kwalifikacji, punkty ECVET mogą wspierać zrozumienie kwalifikacji. Liczba punktów ECVET przydzielonych kwalifikacji, wraz z innymi specyfikacjami, może wskazywać na przykład, że zakres

kwalifikacji - wąski lub szeroki. Liczba punktów ECVET przydzielona do jednostki daje uczniowi informacje dotyczące względnego znaczenia, tego, co on / ona już zgromadził. Podaje również uczniowi informacje, co pozostaje jeszcze do osiągnięcia.

▼ **POROZUMIENIE MOU:** jest porozumieniem pomiędzy kompetentnymi instytucjami, które ustalają ramy dla punktów transferowych. To formalizuje porozumienie partnerskie ECVET zaangażowanych instytucji, potwierdzając wzajemną akceptację statusu i procedur. Jednocześnie tworzy procedury partnerskiej współpracy. W ramach porozumienia MoU zazwyczaj mówimy o „rodzimej instytucji” oraz „instytucji goszczącej”. „Rodzima instytucja” potwierdza efekty kształcenia - określone dla okresu mobilności - które zostały rzeczywiście pozytywnie ocenione przez „instytucję goszczącą”.

W tym procesie „rodzima instytucja” wykorzystuje a uczący się otrzymuje podsumowanie do weryfikacji, czy efekty kształcenia rzeczywiście zostały pozytywnie ocenione w instytucji goszczącej.

▼ **EUROPEJSKIE RAMY KWALIFIKACJI (EQF EUROPEAN QUALIFICATION FRAMEWORK):** działają jako mechanizm przekładu krajowych kwalifikacji na „język” możliwy do odczytania w całej Europie. EQF ma odnosić kwalifikacje zdobyte w różnych krajach oraz krajowe systemy kwalifikacji do wspólnego europejskiego odniesienia - systemu ram kwalifikacji.

ERK (EQF) dotyczy ośmiu poziomów, opisujących to, co uczący się wie, co rozumie i co jest w stanie zrobić - „efekty kształcenia”. Poziomy kwalifikacji krajowych zostaną umieszczone w jednym z centralnych poziomów odniesienia, od podstawowych (poziom 1) do zaawansowanych (poziom 8). W perspektywie ponadnarodowej (i to jest przypadek projektu IQEA), możliwe jest, że kwalifikacje przygotowujące do tego samego zawodu będą opisane na różnych poziomach ERK. Jest możliwość zorganizowania transferu jednostek, które są częścią kwalifikacji opisanych na różnych poziomach EQF, pod warunkiem, że działania i zadania, są porównywalne (a więc również efekty kształcenia).

Omawiając projekt IQEA, warto wspomnieć, że ECVET ułatwia rozwój elastycznych i zindywidualizowanych ścieżek, jak również uznawanie efektów kształcenia osiągniętych w ramach uczenia się pozaformalnego i incydentalnego.

Odnosząc ECVET do efektów kształcenia uzyskanych w trybie

pozaformalnym lub innym niż te, opisane w porozumieniu, właściwa instytucja, która jest upoważniona do przyznawania kwalifikacji lub zaliczania jednostek i przyznawania punktów, powinna ustanowić procedury i mechanizmy identyfikacji, oceny i uznawania tych efektów kształcenia poprzez zaliczanie odpowiednich jednostek.

PROJEKT IQEA

CELE I ZADANIA

Projekt IQEA jest realizowany w ramach Programu *Uczenie się przez całe życie / Leonardo Da Vinci / Projekt transferu innowacji, współfinansowanego przez Komisję Europejską*. Projekt został zaplanowany na 36 miesięcy, od października 2010 do października 2013.

Projekt IQEA (Podnoszenie kwalifikacji opiekunów osób starszych) został zaplanowany i wdrożony z uwzględnieniem opisanego wyżej kontekstu.

Ogólnym celem projektu IQEA było wypracowanie porozumienia ECVET angażującego trzy kraje, między którymi istnieje na wysoką skalę wymiana kadry w sektorze opieki (Włochy, Rumunia oraz Polska), skupiając się na najbardziej popularnych zawodach i stanowiskach w sektorze opieki nad osobami starszymi. Projekt IQEA skupia się zarówno na formalnych i pozaformalnych efektach kształcenia i zwraca szczególną uwagę na najpopularniejsze zawody obierane w sektorze opieki dla osób starszych.

Celem projektu było:

- 1) wsparcie mobilności pracowników sektora opieki, stwarzanie przejrzystości systemu kształcenia formalnego i pozaformalnego oraz poprawianie warunków pracy jak i możliwości rozwijania kariery;
- 2) zapewnienie jakości opieki w oparciu o wykwalifikowane zasoby ludzkie spełniające stawiane wymagania;
- 3) zagwarantowanie odpowiedniego serwisu społecznościom, rodzinom oraz osobom starszym.

PARTNERSTWO

Instytucje z: Friuli Wenecja, Region Giulia oraz Region Sardynia. Z poziomu regionalnego partnerzy zostali wybrani jako posiadający odpowiedzialność w zakresie kwalifikacji zawodowych. Te dwa

regiony uznane za szczególnie istotne w tego typu projekcie, ponieważ:

- 1) opracowywały system opieki zdrowotnej i socjalnej w oparciu o integrowanie domów opieki i opieki domowej
- 2) wprowadziły prawo "ad hoc" w celu uregulowania polityki opieki rodzinnej oraz związanych z nimi zawodów
- 3) opracowały system kształcenia i przyznawania kwalifikacji zawodowych w sektorze opieki domowej.

Partnerzy operacyjni odpowiedzialni są realizację działań na lokalnym i krajowym poziomie. Są to Exfor agencja kształcenia i szkolenia zawodowego (również instytucja aplikująca w projekcie IQEA) z Sardynii, Kairos z Friuli Wenecji, regionu Giulia, Habitas z Rumunii oraz Transfer z Polski. Partnerstwo było uzupełnione przez obecność koordynatora naukowego - organizacji pozarządowej Anziani e non solo i eksperta ECVET z Niemiec - IAT.

ZADANIA WORK PACKAGES

Projekt składa się z sześciu zadań. Trzy z nich (zarządzanie, monitoring/ ewaluacja oraz promocja) są realizowane przez cały czas trwania projektu. Pakiet zadań przewiduje realizację wszystkich aktywności, które zostały opisane w kolejnym rozdziale, podczas gdy ostatnia część projektu skupiona jest na realizacji zadania 6 – by cele projektu IQEA były wykorzystywane przez szersze grono odbiorców. Ta publikacja jest rezultatem zadania 6.

Pierwszym etapem było opisanie profili zawodowych, celu transferu ECVET: profile zawodowe zostały zebrane, porównane w celu określenia, które są odpowiednie dla wymogów projektu www.iqea.eu

4.1. PROFILE ZAWODOWE

Pierwszym etapem było opisanie profili zawodowych, celu transferu ECVET: profile zawodowe zostały zebrane, porównane w celu określenia, które są odpowiednie dla wymogów projektu. Na tym etapie zostało przedstawionych siedem profili zawodowych:

▼ **1. Opiekun medyczny** - (*Rumunia*): osoby wykonujące ten zawód opiekują się pacjentem dbając o jego stan fizyczny i psychiczny w szpitalu, w domu opieki społecznej lub ośrodkach medycznych. Zapewniają oni utrzymanie higieny oraz odpowiedniego środowiska zapewnia pozwalających na funkcjonowanie osoby wymagającej opieki, towarzysząc jej i pomagając w realizacji codziennych aktywności. Zapewniają również właściwe odżywianie i nawadnianie swoim beneficjentom. Zachęcają swoich podopiecznych do codziennych aktywności i podejmuje działania mające na celu poprawę zdrowia i odzyskanie niezależności. Pomaga również swoim podopiecznym przy podawaniu leków. Są odpowiedzialni za transport i towarzyszą swoim podopiecznym podczas przemieszczania się respektując prawa do poufności dotyczących postępów ich choroby i stanu zdrowia.

✱ *Międzynarodowy poziom kwalifikacji EQF lub/i ISCED. Może być zakwalifikowany na poziomie 3 (EQF). Nie ma klasyfikacji EQF/ISCED na poziomie krajowym*

▼ **2. Opiekun domowy** - (*Rumunia*): wykwalifikowani opiekunowie domowi zapewniają opiekę w domu osoby zależnej, starszej, która nie jest samodzielna (nie jest w stanie podjąć tych działania samodzielnie). Pomagają lub zastępują wspieraną osobę w realizowaniu codziennych podstawowych czynności (takich jak zapewnienie higieny w domu oraz higieny osobistej - toalecie, przygotowywanie posiłków - gotowanie i zakupy, w zadaniach

administracyjnych - płacenie rachunków). Biorą również udział w opiece medycznej nad osobami starszymi (podawanie leków według recept, pomoc personelowi medycznemu w realizacji procedur terapeutycznych, w monitorowaniu stanu zdrowia wspomaganej osoby). Zarządzają materiałami oraz środkami finansowymi niezbędnymi do zorganizowania działań spełniających potrzeby osób starszych. Dodatkowo zapewniają komfort psychiczny beneficjenta, w zależności od osoby, od indywidualnych cech, poprzez działania relacyjne (komunikacja, spędzanie czasu wolnego).

✱ *Międzynarodowy poziom kwalifikacji EQF lub/i ISCED* Może zostać zakwalifikowany na poziomie 3 (EQF). Nie podlega klasyfikacji EQF/ISCED na poziomie krajowym

➤ **3. Opiekun w domu opieki społecznej** - (Polska): opiekun w domu opieki społecznej sprawuje pomocniczą opiekę pielęgniarską przy obsłudze osób starszych, niezdolnych do pracy i życia, przewlekle chorych lub dotkniętych niepełnosprawnością. Realizuje procedury utrzymania higieny (sprzątanie, zmiana pościeli, etc.) i podstawowych działań (karmienie, pomoc w poruszaniu się, transport, itp.). Nadzoruje stan pacjenta, w dzień i w nocy (kontroluje podstawowe parametry życiowe u pacjenta: temperaturę, ciśnienie, puls). Uczestniczy w realizacji procedur opieki i leczenia, stosuje leczenie przeciwzapalne zewnętrzne (smarowanie, masaże, ćwiczenia). Uczestniczy w prowadzeniu rehabilitacji (ćwiczenia, masaże i inne zabiegi zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty lub lekarza). Wykonuje prace związane ze sprzątaniami. Zgodnie ze wskazówkami lekarza udziela pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

✱ *Międzynarodowy poziom kwalifikacji: EQF i/lub ISCED : ISCED 4.*

➤ **4. Opiekun osoby starszej** - (Polska): planowanie kompleksowej pomocy i opieki nad osobą starszą. 2. Udzielanie pomocy w rozwiązywaniu społecznych i osobistych problemów osoby starszej 3. Udzielanie pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego 4. Pomoc w czynnościach związanych z utrzymaniem higieny osobistej 5. Zachęcanie do aktywności i ćwiczeń przez osoby w podeszłym wieku 6. Pomoc starszej osobie w korzystaniu z usług medycznych i społecznych 7. Interakcja z rodziną, społecznością lokalną, jak i profesjonalistami zajmującymi się opieką nad osobami starszymi 8. Pomoc starszej osobie w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych 9. Wspieranie osób starszych w rozwijaniu swoich zdolności twórczych i organizowaniu różnych działań rekreacyjnych.

✱ *Międzynarodowy poziom kwalifikacji: EQF i/lub ISCED : ISCED 4*

➤ **5. Asystent medyczny (OSS) ochrona zdrowia** - (Włochy): OSS mają kompetencje zarówno w socjalnym, jak i medycznym sektorze, pracują w ścisłej współpracy z personelem medycznym oraz socjalnym zgodnie

z podejściem multizawodowym/ interdyscyplinarnym.

Do ich zadań należy:

- a) umożliwianie, w ramach swoich kompetencji, realizowania podstawowych potrzeb człowieka, dot. pomocy socjalnej i opieki zdrowotnej;
- b) dbanie o respektowanie praw pacjenta i jego autonomii. OSS ma pełne kompetencje w zapewnianiu usług szpitalnych, obsłudze sprzętów po otrzymaniu konkretnych wskazówek od kadry medycznej i socjalnej wyżej wykwalifikowanej.

Główne zadania związane z pomocą socjalną i opieką medyczną z drowotną i są skupione na podopiecznym i jego/jej środowisku życia:

- a) bezpośrednia pomoc w sprawach mieszkaniowych;
- b) interwencja w kwestiach sanitarnych i socjalnych;
- c) wsparcie przy zarządzaniu, sprawach organizacyjnych oraz szkoleniach.

✳ *Międzynarodowy poziom kwalifikacji: EQF i/lub ISCED EQF poziom 3*

➤ **6. Asystent rodzinny** - (*Region Sardynia – Włochy*): asystent rodzinny wspiera aktywność osób starszych w ciągu dnia, osób, które czasowo lub na stałe utraciły autonomię. Asystent rodzinny wspiera lub wyřęcza podopiecznego w utrzymaniu higieny osobistej, sprzątaniu, zakupach, przygotowywaniu posiłków, karmieniu, i załatwianiu spraw urzędowych.

✳ *Międzynarodowy poziom kwalifikacji: EQF i/lub ISCED EQF poziom 3*

➤ **7. Minimalne kompetencje asystenta** - (*Friuli Wenecja, Region Giulia – Włochy*): to nie jest profil zawodowy, ale profil szkoleń. Program szkoleniowy ma na celu zaoferowanie szkolenia na poziomie “średniozaawansowanym” jako etap pozwalający na zdobycie kwalifikacji OSS (patrz wyżej) dla osób pracujących - lub planujących pracować - w opiece domowej, sprawujących opiekę nad osobami słabszymi. Program, w rzeczywistości, pozwala użytkownikom na uzyskanie punktów do dyplomu OSS. Szkolenie również, może być stosowane jako szkolenia dla zawodów w dziedzinie opieki niewymagających kwalifikacji, takich jak asystent rodzinny. Szkolenie obejmuje: (1) aspekty społeczno – kulturowe, (2) zagadnienia psycho-społeczne, (3) zagadnienia zdrowia, higieny oraz procedur technicznych.

4.2. ANALIZA ZADAŃ (PORÓWNANIE ZAKRESU OBOWIĄZKÓW POMIĘDZY PROFILAMI ZAWODOWYMI)

W drugim etapie, przeprowadzona została szczegółowa analiza zadań wykonywanych przez osoby określonych zawodów, w celu upewnienia się, czy obowiązki i czynności wykonywane

są w rzeczywistości podobne (czy inne).

Ogólnie rzecz biorąc, pod koniec tego etapu - nawet przy różnicach i podobieństwach pomiędzy specyficznymi zadaniami - potwierdziliśmy, że profile nad którymi pracowaliśmy, były to te wspomniane w punkcie 4.1. Ponadto, udało nam się zidentyfikować dwie główne grupy zawodów: prowadzące świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i działań opieki (pod nadzorem bardziej wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia) i tych dotyczących tylko higieny osobistej.

| NAZWA | KRAJ | GODZINY SZKOLENIOWE | ŚRODOWISKO PRACY |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------|--|
| ▶ OPIEKUN MEDYCZNY | RUMUNIA | 150 | DOMY OPIEKI I INNE INSTYTUCJE |
| ▶ OPIEKUN W DOMU OPIEKI SPOŁECZNEJ | POLSKA | 700 | DOMY OPIEKI I INNE INSTYTUCJE |
| ▶ ASYSTENT MEDYCZNY | WŁOCHY | 1000 | SERWIS W DOMU ALE GŁÓWNIEM W DOMACH OPIEKI I INNYCH INSTYTUCJACH |
| ▶ OPIEKUN OSOBY STARSZEJ | POLSKA | 700 | DOMY OPIEKI I INNE INSTYTUCJE ALE GŁÓWNIEM W DOMU PACJENTA |
| ▶ MINIMALNE KOMPETENCJE ASYSTENTA | FRIULI WENECCJA REGJON GIULIA | 200 | DOM PACJENTA JAK RÓWNIEŻ DOM OPIEKI ORAZ INNE INSTYTUCJE |
| ▶ ASYSTENT RODZINNY | REGJON SARDYNIA | 200 | DOM PACJENTA |
| ▶ OPIEKUN DOMOWY | RUMUNIA | 360 | DOM PACJENTA |

Tabela 1 - Porównanie zadań

4.3. PORÓWNANIE PROGRAMÓW NAUCZANIA

Po wspólnym zaakceptowaniu profili zawodowych, następnym etapem była pogłębiona analiza programów nauczania dla tych profili. Porównaliśmy programy szkoleń oferowanych aktualnie w trzech krajach i dotyczących zakresu godzin szkolenia, jednostek szkoleniowych, obecności stażu w całym programie nauczania. Zebraliśmy po jednym programie nauczania dla każdego profilu zawodowego, ogólnie 7 programów.

Ta perspektywa pokazuje dużą różnorodność czasu trwania, jak i struktury kursów. Zidentyfikowaliśmy obszary nauczania wspólne dla wszystkich profili:

- * Higiena osobista
- * Odżywianie i karmienie
- * Uruchamianie
- * Zarządzanie oraz higiena otoczenia
- * Pierwsza pomoc
- * Komunikacja
- * Etyka zawodowa
- * Praca, zdrowie oraz bezpieczeństwo

4.4. PORÓWNANIE EFEKTÓW KSZTAŁCENIA

Kolejnym krokiem było porównanie efektów kształcenia, których na został oparty każdy program szkolenia.

Ten etap jest najbardziej czasochłonny, ale z drugiej strony, uważaliśmy za niezbędne, aby upewnić się, czy wszystkie elementy były właściwie porównane - pod względem treści, jak i pod względem poziomu.

Nie wszystkie profile zostały opisane w kategoriach efektów kształcenia. I to było kolejne wyzwanie. W przypadku Włoch partnerzy opracowali sposób opisu, który został potwierdzony w grupach fokusowych organizowanych przez ekspertów i trenerów w Friuli-Wenecja Julijska i Regionu Sardynii.

4.5. ANALIZA STANDARDÓW KSZTAŁCENIA

W końcowym etapie projektu, przygotowaliśmy kwestionariusz dla wszystkich zaangażowanych organizacji, który miał na celu zebranie informacji na temat i procesu kształcenia w ich jednostkach. Kwestionariusz obejmował: wymagania wstępne do przyjęcia na kursy/do szkoły, profil nauczycieli oraz wykorzystywane narzędzia oceny itd. Kwestionariusz został częściowo oparty na wskaźnikach EQARF dla ujednolicenia wspólnych europejskich ram odniesienia.

Badanie pokazało wiele podobieństw w sposobie nauczania, doboru kandydatów oraz oceny kompetencji. Był to ważny wkład w budowaniu wzajemnego zaufania między instytucjami/szkołami.

Ponadto uzgodniono, że każda instytucja szkoląca/nauczająca zainteresowana dołączeniem do porozumienia IQEA powinna dokonać samooceny według wybranych wskaźników EQARF, a w szczególności:

- 1) Współczynnik realizacji programu. Liczba zakończonych z sukcesem / lub nieukończonych programów kształcenia i szkolenia zawodowego, w zależności od rodzaju programu i kryteriów indywidualnych;
- 2) Występowanie grup szczególnie zagrożonych: a) udział procentowy uczestników kształcenia i szkolenia zawodowego sklasyfikowanych, jako osoby w złym położeniu (w określonym regionie) zgodnie z wiekiem i płcią b) wskaźnik sukcesu uprzywilejowanych grup w zależności od wieku i płci;
- 3) Wykorzystanie nabytych umiejętności w miejscu pracy: a) informacje na temat zawodu uzyskane przez osoby, po zakończeniu kształcenia/szkolenia, w zależności od rodzaju szkolenia i indywidualnych kryteriów, b) wskaźnik zadowolenia z nabytych umiejętności / kompetencji przez absolwentów i pracodawców.

Numer 5. to ostatni etap prac badawczych. Na tym etapie posiadaliśmy wszystkie informacje potrzebne do wdrożenia umowy ECVET.

POROZUMIENIE ECVET

Podsumowując, projekt IQEA - zgodnie z zasadami systemu ECVET - zamierza ułatwić ocenę, uznawanie i akumulację umiejętności zawodowych związanych z doświadczeniem zawodowym i wiedzą nabytymi podczas pobytu w innym kraju, podczas mobilności lub w trybie pozaformalnym i zapewnić ich uwzględnienie w kwalifikacjach zawodowych.

Zamierzeniem projektu IQEA jest zapewnienie przejrzystości profili zawodowych oraz kwalifikacji zawodowych opisanych zawodów. Celem projektu jest umożliwienie wzajemnego uznania punktów ECVET przez organizacje kształcące/ szkolące we Włoszech (Sardynia Regiony i Friuli Venezia Giulia), Rumunii i Polsce. Dodatkowo projekt IQEA ma również na celu wspieranie mobilności zawodowej osób z kwalifikacjami od niższych po wyższe, a tym samym wspieranie rozwoju osobistego i zawodowego osób biorących udział w tym procesie.

Aby osiągnąć zamierzone cele wykorzystując porozumienie ECVET należy zauważyć, że partnerzy skupili się na podobieństwach w kształceniu a nie na różnicach.

5.1. PROGRAM IQEA

Na cele projektu partnerzy uzgodnili, że przedmiotem wzajemnego uznawania będzie grupa efektów kształcenia (tzw. "program IQEA"), która jest wspólna dla wszystkich profili, z wyjątkiem "bezpieczeństwa i higieny pracy".¹

Wszystkie efekty kształcenia zostały oznaczone przez zestaw wskaźników, wyszczególniając, jakie umiejętności student powinien nabyć po ukończeniu szkolenia / poprzez ocenę pozaformalnie nabytych umiejętności. Należy zaznaczyć, że dla

¹ Ten temat, nawet jeśli jest wspólny dla wszystkich profili, zależy od krajowych przepisów dlatego został wykluczony z wzajemnego uznawania.

profilu określanych, jako EQF 4 I EQF 3 wskaźniki są te same, różnią się stopniem złożoności praktyki (niezależnie od wykonania, liczby zmiennych itp.)

| JEDNOSTKA | EFEKT(-Y) KSZTAŁCENIA | WSKAŹNIKI |
|---|--|--|
| HIGIENA OSOBISTA | <i>Utrzymywanie higieny osobistej</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umiejętność zapewnienia odpowiednich środków do zabiegów higienicznych 2. Umiejętność prawidłowego użycia i sanitacji basenu 3. Umiejętność prawidłowego wykonywania zabiegów toalety i higieny intymnej 4. Umiejętność pomagania pacjentowi w utrzymaniu higieny włosów i paznokci 5. Umiejętność pomagania pacjentowi podczas wykonywania czynności fizjologicznych 6. Umiejętność kąpania osoby zależnej 7. Umiejętność wykonywania częściowej lub całkowitej toalety pacjentów leżących 8. Umiejętność wspomaganie zależnego odbiorcy świadczeń w procesie ubierania i rozbierania się |
| ODŻYWIENIE I KARMIENIE | <i>Pomaga osobie w odżywianiu się i karmieniu</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umiejętność stosowania technik karmienia beneficjenta zależnego pokarmem stałym i płynnym 2. Umiejętność stosowania podstawowych zasad dietetycznych stosownie do różnych chorób (np. cukrzycy, diety sercowej etc.) 3. Umiejętność stosowania podstawowych zasad higieny żywności 4. Umiejętność zapewnienia pacjentowi komfortu/dobrego samopoczucia podczas posiłków |
| URUCHAMIANIE | <i>Wspiera chorego w poruszaniu stosownie do stopnia niesprawności, w zmianach pozycji u osób zależnych od osób trzecich lub leżących, chodzeniu wewnątrz (w domu lub miejscu sprawowania opieki) i na zewnątrz, transporcie.</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umiejętność stosowania technik zabiegów uruchamiania i manipulowania leżącym beneficjentem (jak podnieść leżącego beneficjenta, jak zmienić pozycję pacjenta leżącego, jak używać specyficznych przyrządów mających na celu uruchomienie pacjenta, takich jak laska, wózek inwalidzki) 2. Umiejętność stosowania procedur zapobiegających powstaniu odleżyn 3. Umiejętność wspierania pacjenta podczas chodzenia 4. Umiejętność przenoszenia pacjenta z zapewnieniem bezpieczeństwa (podopiecznego jak i opiekuna) podczas całego procesu transportowania |
| ZARZĄDZANIE I HIGIENA ŚRODOWISKA ŻYCIA | <i>Zajmuje się sprzątaniem i higieną środowiska życia pacjenta; higieną łóżka, zachowaniem reguł sanitarnych i bezpieczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem otoczenia pacjenta. Wspiera pacjenta w prowadzeniu gospodarstwa domowego i kwestiach domowych.</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umiejętność stosowania zasad higieny i opieki środowiskowej (higiena, sanityzacja otoczenia, standardy przestrzeni zamkniętej, temperatura, oświetlenie etc.), stosowanie odpowiednich procedur i środków czystości 2. Umiejętność stosowania technik dezynfekcji 3. Umiejętność siania łóżka w różnych sytuacjach i warunkach (pacjent leżący...) 4. Umiejętność zapobiegania przypadkowej ekspozycji na produkty biologiczne 5. Umiejętność wspierania w prowadzeniu domu, i spraw domowych. |
| PIERWSZA POMOC | <i>Jest w stanie zapewnić osobom starszym pomoc w nagłych wypadkach/ udzielić pierwszej pomocy</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umiejętność interweniowania w nagłych i krytycznych sytuacjach 2. Umiejętność korzystania z telefonów alarmowych 3. Umiejętność stosowania technik i procedur pierwszej pomocy w razie sytuacji nagłej, takich jak: krwotoki, wypadki samochodowe, techniki sztucznej wentylacji I masażu serca, urazy, złamania, oparzenia, porażenie prądem, utrata przytomności, umyślne/nieumyślne zatrucia, chwyt Heimlicha. |





| | | |
|---|--|--|
|  | <i>Potrafi porozumiewać się z odbiorcą świadczeń i jego/jej rodziną używając (gdy zasadne) języka miejsca pracy oraz używając, w razie potrzeby, alternatywnych metod komunikacji.</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Znajomość zasad, systemów, stylów i metod komunikacji (komunikacja werbalna, komunikacja wzrokowa etc.) 2. Umiejętność komunikowania się w odpowiedni sposób z beneficjentem i jego/jej rodziną dostosowując ton swojego głosu i postawę do deficytu zmysłów pacjenta |
|  | <i>Stosuje się do zasad etyki zawodowej.</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umiejętność stosowania się do zasady poufności odnoszącej się do odbiorców świadczeń 2. Umiejętność właściwego rozpoznawania naruszenia praw beneficjenta 3. Umiejętność stosowania procedur zawodowego kodeksu etyki 4. Znajomość zasad odpowiedzialności prawnej towarzyszącej sprawowaniu opieki i praw regulujących działalność zawodową |

Tabela 2 - Program IQEA

5.2. NARZĘDZIA OCENY

Drugim ważnym punktem w porozumieniu partnerskim było zdefiniowanie grupy wspólnych narzędzi do oceny zdobytych umiejętności przez osoby chcące pracować w innym kraju. Do tego celu został przygotowany zestaw testów – wybrany z tych stosowanych przez partnerów, ale najbardziej odpowiedni i pasujący do potrzeb projektu.

Należy podkreślić, że narzędzie to powinno być uznawane przez nauczycieli/ trenerów, jako ocena poziomu minimalnego i testy mogą być rozszerzane. Zestaw narzędzi projektu IQEA powinien być rozpatrywany do oceny minimalnego poziomu kompetencji. Ponieważ testy są identyczne dla obu poziomów EQF 3 oraz EQF4, ocena wyższego poziomu jest zintegrowana z ćwiczeniami praktycznymi/ symulacjami mającymi sprawdzić umiejętności ucznia/ studenta, jak wykorzystuje wiedzę w różnych sytuacjach.



UMIĘJĘTNOŚĆ ZASTOSOWANIA PROCEDURY ZAPOBIEGANIA POWSTAWANIU ODLEŻYN

1. Odleżyny powstają:

- a) z powodu pozostawiania długo w tej samej pozycji
- b) z powodu braku ruchu
- c) tylko u osób starszych z cukrzycą

2. Pierwsze symptomy powstawania odleżyn to:

- a) małe, białe pęcherze na skórze
- b) przedłużające się zaczerwienienie skóry
- c) niebieskie plamy na skórze

Tabela 3- Przykłady testów oceniających

Zgodnie z założeniami metodologii ECVET punkty ECVET naliczane dla każdego kraju i każdej kwalifikacji mogą być wykorzystywane podczas mobilności. Punkty ECVET są liczbowym określeniem ogólnej wartości efektów kształcenia w ramach danej kwalifikacji z uwzględnieniem jednostek odnoszących się danej kwalifikacji. Wspólnie z jednostkami, opisami efektów kształcenia i informacjami o poziomie kwalifikacji, punkty ECVET mogą pomagać w zrozumieniu zakresu kwalifikacji. Liczba punktów ECVET przydzielonych danej kwalifikacji, wraz z innymi specyfikacjami, może wskazywać na przykład, czy zakres kwalifikacji jest wąski lub szeroki.

W projekcie została wykorzystana następująca metodologia: obliczona została względna wartość programu IQEA w stosunku do krajowych ram programowych, sprawdzając jak bardzo wskaźniki IQEA pokrywają się w całym programem. Tak więc na przykład obliczono, że program IQEA ma wagę 6,5 punktów w stosunku do 15 punktów ECVET, które są maksymalnie przyznawane dla zawodu Opiekun domowy w Rumunii.

5.4. POROZUMIENIE – PROTOKÓŁ USTALEŃ (MOU)

Wszystkie elementy zostały zebrane w Porozumieniu (MoU) the Memorandum of Understanding. MoU jest porozumieniem pomiędzy poszczególnymi instytucjami, które ustanawiają ramy dla transferu punktów (np. dla potwierdzenia wyników nauczania w celu uzyskania kwalifikacji). Porozumienie jest potwierdzeniem partnerstwa ECVET - wzajemnej akceptacji statusu i procedur przyjętych przez zaangażowane instytucje.

W rzeczywistości, by punkty były uznawane, instytucja zatrudniająca musi być przekonana, że wymagane przez nią efekty kształcenia zostały ocenione w sposób rzetelny i prawidłowy. Musi także wierzyć, że punkty przyznane uczniom/ studentom

odnoszą się do właściwego poziomu efektów kształcenia. Porozumienie zasadniczo stwierdza, że każda instytucja VET przystępująca do projektu IQEA jest zobowiązana do:

- Przyjęcia opisu efektów kształcenia opracowanych w ramach projektu IQEA (dla których efekty kształcenia są zarówno częścią lokalnego programu nauczania oraz programu IQEA)
- W razie potrzeby dostosowanie zawartości programu kształcenia w celu dopasowania ich do programu IQEA (zwracamy uwagę, że dopasowanie może dotyczyć małej części, ponieważ w projekcie IQEA skupiono się na tych efektach kształcenia, które są częściami wszystkich profili)
- Wykorzystywania narzędzi oceny IQEA, jako metody wspólnej oceny do oceny wspólnej, minimalnej.
- W przypadku mobilności, do uznania kompetencji potwierdzonych przez partnera-instytucję, albo z racji formalnego wykształcenia lub (gdy dozwolone przez lokalne przepisy) potwierdzenie nieformalnie nabytych umiejętności
- W przypadku mobilności, przyznane punktów ECVET obliczonych w ramach projektu

TEST PILOTAŻOWY

Porozumienie (PoU) oraz przygotowane narzędzia (opisy LOs - efektów kształcenia - oraz jednostki, metodologia oceny itp.) zostały przetestowane przez wszystkich partnerów we wszystkich krajach/ regionach, przed wydaniem ostatecznie dopracowanej wersji.

Celem fazy pilotażowej było sprawdzenie narzędzi projektu IQEA w rzeczywistej sytuacji w instytucji VET, oraz zdobycie informacji zwrotnej od nauczycieli i uczniów/ studentów na temat przydatności narzędzi. Interesowały nas potencjalne przeszkody lub elementy zachęcające do przystępowania do porozumienia, po zakończeniu projektu.

Podsumowując, w testowanie narzędzi IQEA zaangażowanych było 230 odbiorców oraz 42 nauczycieli i specjalistów VET z różnych krajów, z różnym przygotowaniem i doświadczeniem szkoleniowym.

Uczestnicy pochodzili z Rumunii, Polski i trzech włoskich regionów (oprócz regionów Friuli i Sardynii, część testów przeprowadzono również w regionie Emilia Romagna) byli reprezentowani przez studentów lub nowo przeszkolonych specjalistów w zawodach, na których skupiał się projekt IQEA (patrz rozdział 4.2).

Dodatkowo badanie zostało przeprowadzone, jako potwierdzenie efektów kształcenia zdobytych podczas kształcenia formalnego (jako egzamin końcowy, jako wstępna ocena, jako egzamin na koniec modułu) a również do celów komercyjnych (włączając ocenę podczas selekcji nowego pracownika), jako ocena kwalifikacji zdobytych podczas kształcenia pozaformalnego. W wyniku przeprowadzonych testów otrzymaliśmy dogłębną informację zwrotną na temat mocnych i słabych elementów przygotowanych narzędzi wraz z propozycjami ich poprawy przed dalszym wykorzystywaniem.

Główne wyniki badania to:

▼ Potwierdzenie dużego zainteresowania ze strony organizacji (stakeholders) oraz potencjalnych użytkowników oferowanym modelem opartym ECVET na jako: łatwiejsza europejska mobilność pracowników w sektorze opieki, wyraźnie postrzegane, jako wartość dodana dla organizacji szkoleniowych, jak również dla studentów i profesjonalistów.

▼ Potwierdzenie ze strony organizacji VET, instytucji zatrudniających oraz użytkowników, że ocena pozaformalnie nabytych umiejętności jest ważnym, innowacyjnym narzędziem dla systemu VET oraz dla instytucji zatrudniających, jako, że wspiera kształcenie ustawiczne oraz jest silnym połączeniem rynku pracy ze szkoleniami

▼ Potwierdzenie, że narzędzia mogą być w pełni wykorzystywane przez osoby zaangażowane w proces oceny umiejętności zdobytych pozaformalnie. Jest to wartość dodana projektu, ponieważ poszerza potencjalną grupę docelową i odpowiada europejskim zasadom kształcenia przez całe życie.

▼ Docenienie wysiłków podejmowanych w ramach projektu IQEA evolution w celu standaryzacji szkolenia pracowników w sektorze opieki w różnych regionach Europy, z poszanowaniem lokalnej specyfiki i przepisów.

▼ Uwagi i sugestie dotyczące narzędzi oceny, które po korekci-uwzględniają różnice kulturowe, są bardziej przyjazne dla uczniów i nauczycieli, jak również bardziej wiarygodnie pokazują umiejętności nabyte przez uczestników. Potwierdzenie, że pomimo wszystkich różnic, ogólne zastosowanie procesu przez różnych graczy jest możliwe oraz że możliwe jest, aby eksperymentalne zawieranie porozumień (MoU) stało się praktyką.

IProjekt IQEA pokazał partnerom oraz stronom zainteresowanym, że pomimo różnic w poziomie kwalifikacji oraz organizacji systemu opieki, przepisów lokalnych czy też kontekstu kulturowego, istnieje wspólny rdzeń umiejętności zapewniający opiekę nad osobami starszymi. Jesteśmy przekonani, że dalsze badania i analizy mogą wzbogacić umiejętności opisane w Programie IQEA.

Ta świadomość może być i powinna być podstawą do ułatwienia transferu kwalifikacji w sektorze, w którym transfer już ma miejsce i to w dużo większym stopniu niż w innych.

W rzeczywistości we Włoszech 10,2% zarejestrowanych pielęgniarek, 15% pracowników opieki zdrowotnej i społecznej oraz 70% asystentów rodzinnych/zatrudnianych prywatnie opiekunów pochodzi z poza Włoch, w większości z Rumunii oraz Polski.

W tym kontekście uznawanie umiejętności nabytych podczas mobilności, a szczególnie zdobytych nieformalnie podczas pracy, motywuje nas do inwestowania w system uznawania umiejętności, który równocześnie może ułatwiać powrót pracowników z zagranicy do swojego kraju pochodzenia, z nowymi umiejętnościami uznawanymi w całej Europie.

Bardzo ciekawym dodatkowym efektem wymiany w ramach projektu IQEA było zwiększone zrozumienie ze strony zainteresowanych instytucji zawartością i jakością szkoleń/kształcenia za granicą, podważające stereotypowe myślenie na temat poziomu wykształcenia zagranicznych pracowników. Większość specjalistów zaangażowanych w projekt, uznało, że IQEA oferuje praktyczny zestaw narzędzi oddający stan faktyczny, narzędzi, które mogą być wykorzystywane do uznawania kwalifikacji studentów oraz pracowników podczas

mobilności.

Przydatność projektu IQEA w kontekście oceny umiejętności zdobytych pozaformalnie jest znaczącą wartością dodaną.

Po pierwsze, odpowiada to na potrzeby pracowników sektora opieki, którzy chcą wrócić do swojego kraju, po zdobyciu doświadczenia za granicą i mogą z większą łatwością zdobywać nowe doświadczenia na bazie umiejętności już zdobytych podczas pracy. Po drugie, projekt IQEA łączy system ECVET nie tylko ze szkoleniami, ale również ze służbami zatrudnienia, dając im możliwość zwiększenia możliwości odpowiedzi na zapotrzebowanie z wysokiej jakości ofertą usług opiekuńczych w szerszej, międzynarodowej perspektywie...

Na koniec – i co jest najważniejsze – uznano, że jest potrzeba, by narzędzia wypracowane w ramach projektu włączyć do stałych umów, które w niektórych przypadkach zostały już podpisane.

Uznając i doceniając możliwość wytworzenia atmosfery wzajemnego zaufania w tak wrażliwym sektorze, jesteśmy zachęcani do tworzenia narzędzi rekrutacyjnych, które będą lepiej odpowiadały na potrzeby osób starszych oraz ich rodzin w ramach międzynarodowego europejskiego porozumienia.

Kolejnym wyzwaniem będzie zwiększenie liczby organizacji z różnych krajów europejskich w przygotowanym w ramach projektu IQEA porozumieniu. Zapraszamy do współpracy!

Każdy etap projektu został udokumentowany szczegółowym raportem, który jest dostępny na stronie projektu: www.iqea.eu

POLSKA

▼ TRANSFER

AGNIESZKA LUCK – s-transfer@stowarzyszenie-transfer.pl

<http://www.stowarzyszenie-transfer.pl/>

