

**DOBRE PRAKTYKI.
WYBRANE USŁUGI ŚWIADCZONE NA RZECZ
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH WE FRANCJI,
SZWECJI ORAZ NIEMCZECH.**

Publikacja powstała w ramach dotacji przyznanej przez Fundację im. Stefana Batorego oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (FIO).



Spis treści

Wstęp	3
Polityka międzynarodowa	7
Jakość usług	9
Usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych we Francji	14
Usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych w Szwecji	27
Usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych w Niemczech	40
Bibliografia	50

1. Wstęp

W Polsce, w której żyje około 5 mln. osób niepełnosprawnych, spotyka się te spełnione prywatnie, zawodowo, radzące sobie w życiu codziennym, dobrze, a nawet bardzo dobrze funkcjonujące. Jednak w wielu przypadkach dysfunkcja powoduje ograniczenia i wymaga wsparcia otoczenia i specjalistów. Często nieprawidłowe funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej spowodowane jest zaniedbaniem na etapie rehabilitacji podstawowej, której albo nie otrzymuje wcale, albo otrzymuje zbyt późno, albo nie jest ona rehabilitacją kompleksową.

Osoba dorosła, która na skutek wypadku bądź choroby stała się niepełnosprawna, wymaga innego podejścia rehabilitacyjnego niż osoba niepełnosprawna od urodzenia. Rehabilitacją objęty musi zostać cały człowiek – zarówno jego dysfunkcje fizyczne, jak i jego psychika. Wymaga jej także rodzina, czy osoby pozostające w najbliższym otoczeniu niepełnosprawnego.

Na przykład, w Polsce osoba tracąca wzrok po zakończeniu leczenia szpitalnego zostaje pozostawiona sama sobie. Nie ma zagwarantowanej systemowo rehabilitacji podstawowej. A musi nauczyć się życia na nowo. Konieczne są zajęcia z orientacji przestrzennej, nauczanie się technik bezwzrokowych samoobsługi, nauka komunikowania się z otoczeniem w formatach stosownych do dysfunkcji oraz psychoterapia. Zajęciami edukacyjnymi oraz terapią psychologiczną objęta powinna zostać również rodzina osoby nowo ociemniałej. Tylko w roku 2010 na przyjęcie do krajowego ośrodka szkolenia i rehabilitacji wzroku prowadzonego przez Polski Związek Niewidomych, gdzie odbywają się turnusy rehabilitacji podstawowej, z powodu braku systemowych rozwiązań i gwarantowanego finansowania, w kolejce czekało kilkaset osób. Nie do zaakceptowania jest podobna sytuacja w nowoczesnym państwie.

Rehabilitacja podstawowa winna w końcowej fazie ukształtować człowieka mogącego funkcjonować samodzielnie w nowych realiach. Powinna przygotować go do pełnienia podstawowych ról społecznych. Do tego potrzebne są odpowiednie usługi świadczone przez specjalistyczną kadrę oraz wyposażenie osoby niepełnosprawnej w pomoce ułatwiające np. poruszanie się czy komunikację. Profesor Wiktor Dega wymienia podstawowe cechy nowoczesnego systemu rehabilitacji:

- Powszechność – obejmuje główne dyscypliny w leczeniu zamkniętym i otwartym
- Wczesne rozpoczęcie, możliwie jeszcze w okresie leczenia
- Kompleksowość, uwzględnienie od początku wszystkich aspektów rehabilitacji
- Ciągłość – rehabilitacja lecznicza ma zabezpieczoną ciągłość z rehabilitacją społeczną i zawodową (Ossowski, 1999)

Już dawno w literaturze przedmiotu zauważono, że „wczesna rehabilitacja okazała się bardzo korzystna, bo poprawiała szybko wyniki leczenia i skracala jego okres. Następnie rehabilitacja stała się kompleksowa. Obok lekarzy w realizację procesu rehabilitacji włączyli się inni specjaliści, tzw. zespołu rehabilitacyjnego, a więc psychologzy, pedagogzy specjalni, instruktorzy gimnastyki leczniczej, fizykoterapeuci, technicy fizjoterapii, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni, technicy ortopedyczni, nauczyciele, instruktorzy zawodu. Każdorazowo skład zespołu rehabilitacyjnego jest dobierany według indywidualnych potrzeb pacjenta.” (W. Dega)

Jak pisze Hanna Żuraw „Działania związane z jednostką wiążą się z kształtowaniem lub przywracaniem poczucia sprawstwa, możliwości samorealizacji oraz pełnienia ról społecznych osobom, które noszą skutki wad wrodzonych, nieszczęśliwych wypadków, chorób. Tak pojmowana rehabilitacja powinna mieć charakter **systemowy, profesjonalny, kompleksowy, ciągły, wczesny** i w większym stopniu ma uwzględniać aspekty promujące, aktywizujące, kreatywne aniżeli ochronne.

Szczegółowe cele rehabilitacji wiążą się z:

- Maksymalnym uniezależnieniem jednostki (funkcjonalnym, ekonomicznym, mentalnym);
- Korzystną zmianą statusu wiążącą się z pełnieniem ról społecznie wartościowych;
- Dostępem do wolnego rynku pracy
- Zaakceptowaniem niepełnosprawności

- Pozostawaniem w stanie więzi z rodziną, grupą rówieśniczą, społecznością lokalną;
- Uwolnieniem od stereotypów i presji społecznej
- Realizmem w ocenie swoich możliwości
- Definiowaniem siebie jako osoby realizującej cele zdrowotne i rehabilitacyjne, żyjącej w poczuciu sprawstwa” (Żuraw, 2008)

„Podstawą działań usprawniających ma być wczesna diagnoza, formułowana tak wcześnie jak to jest możliwe. (...) Jej zakres winien obejmować samą osobę niepełnosprawną oraz jej środowisko życia ze wskazaniem słabych i mocnych stron, szans i barier.” (Żuraw, 2008)

Dopiero kolejnym etapem może być wejście tej osoby na drogę rehabilitacji zawodowej, której końcowym etapem będzie podjęcie pracy.

Przez minione wieki osoby niepełnosprawne uważano za „ciężar społeczeństwa”. Dopiero pod koniec lat 60-tych ubiegłego wieku osoby niepełnosprawne zaczęły upominać się o godne życie. „W swych żądaniach niepełnosprawni zwracali uwagę na konieczność zwiększenia możliwości „samodzielnego życia” w społeczeństwie. Niepełnosprawni aktywiści oraz organizacje osób niepełnosprawnych wspólnie potępiali traktowanie ich jako „obywateli drugiej kategorii”. Zwracali oni uwagę na wpływ barier społecznych i środowiskowych (jak nieprzystosowane budynki i komunikacja), dyskryminujących postaw oraz negatywnych stereotypów kulturowych, które „upośledzały” niepełnosprawnych.” (Colin Barnes, 2008)

„W Polsce pierwszy systemowy program rehabilitacji pojawił się w 1969 roku, kiedy to Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, uznał rehabilitację za integralną część leczenia.” (Ossowski, 1999) W wielu krajach na świecie niepełnosprawni nadal są pozostawieni sami sobie. Światowa Organizacja Zdrowia dopiero w 1980 roku wprowadziła definicję niepełnosprawności społecznej: „oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wypełnianie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową”.

O tzw. rehabilitacji środowiskowej zaczęto mówić dopiero pod koniec lat 60-tych ubiegłego wieku. „Idea rehabilitacji środowiskowej została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia, a jej celem było zwiększenie dostępności usług związanych z „niepełnosprawnością i rehabilitacją” dla zwykłych ludzi przy efektywnym wykorzystywaniu zasobów finansowych. (...) nie udało się podobnym inicjatywom wywrzeć obiecane go wpływu na życie niepełnosprawnych, ich rodzin i lokalnych wspólnot. Wywołało to fundamentalne pytania dotyczące tego, dlaczego programy rehabilitacji środowiskowej są planowane i wdrażane, zanim lokalne społeczności będą miały możliwość zasygnalizowania swoich potrzeb. Ostatnio doszło jednak do istotnych zmian w organizacji projektów rehabilitacji środowiskowej. Związane jest to ze zmieniającą się rolą międzynarodowych organizacji pozarządowych i rosnącym znaczeniem zaangażowania się ważnych sponsorów programów rehabilitacji środowiskowej niepełnosprawnych na wszystkich szczeblach i w różnych warunkach. (...) Wiele rządów państw takich jak Norwegia czy Szwecja było głównymi sponsorami podobnych organizacji. Pomimo trudności finansowych organizacji pozarządowych, ich zaangażowanie pomogło zmienić priorytety w funkcjonowaniu rehabilitacji środowiskowej, przejść od projektów krótkoterminowych i o małym zasięgu, działających o medyczny model niepełnosprawności, do zakrojonych na szeroką skalę, długoterminowych strategii”. (Colin Barnes, 2008)

Roman Ossowski, psycholog, w „Teoretycznych i praktycznych podstawach rehabilitacji” napisał: „Należy mieć nadzieję, że w wieku XXI rehabilitacja przyczyni się do jeszcze większego upodmiotowienia pacjentów – będą oni klientami usług rehabilitacyjnych, a nie przedmiotem rehabilitacji. (...) Głównym celem rehabilitacji jest przywracanie ludzi niepełnosprawnych „sobie” i społeczeństwu. (...) w przyszłości proces rehabilitacji będzie opierał się głównie na rehabilitacji środowiskowej, w otoczeniu przyjaznej rodziny, samopomocy oraz dobrze zorganizowanej pomocy instytucji rządowych i pozarządowych” (Ossowski, 1999). Warto zwrócić uwagę na jeden niezwykle ważny aspekt: „Niezdolność chodzenia jest upośledzeniem, podczas gdy niemożność wejścia do budynku ze względu na konieczność pokonania kilku stopni jest niepełnosprawnością. Niezdolność mówienia jest upośledzeniem, ale niemożność komunikowania się, gdyż nie pozwalają na to odpowiednie środki techniczne jest niepełnosprawnością.” (Jenny Morris). Rehabilitowany zatem musi być człowiek, ale i jego otoczenie.

Nie istnieje jeden idealny system rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych. Każdy ma swoje zalety i swoje wady. Na kształtowanie każdego z nich wpływa ustrój polityczny, historia, rozwój gospodarczy, mentalność obywateli. W niniejszym opracowaniu wskazane zostaną te praktyki, które uważa się za dobre i godne zaimplementowania w polskiej polityce społecznej. Nie ma oczywiście możliwości bezpośredniego ich wdrożenia w Polsce, mogą jednak służyć jako przykład, źródło inspiracji dla przedstawicieli organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z różnymi dysfunkcjami, przedstawicieli administracji publicznej oraz wolontariuszy.

2. Polityka międzynarodowa

Unia Europejska sugeruje, monitoruje, a niejednokrotnie wymusza na państwach członkowskich odpowiedni kierunek prowadzenia polityki społecznej. Działania unijne mają prowadzić do powstawania jednolitego prawa, minimalnych standardów socjalnych. Nowoczesna koncepcja polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych zawarta jest między innymi w zaleceniu nr R (92) 6 Komitetu Ministrów Spraw Socjalnych Rady Europy w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych. Rządy krajów kształtujących na nowo politykę społeczną wzorują się również na dokumencie Standardowe Zasady Wyrównywania Szans 93 ONZ, Europejskiej Karcie Społecznej oraz na Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ.

W ostatnich kilku latach stało się jasne dla wielu organizacji dostarczających usługi rehabilitacyjne, że to właśnie Unia Europejska inicjuje ustawodawstwo, które następnie przenoszone jest na prawo krajowe bądź regionalne. Więcej niż 60% krajowych przepisów w krajach unijnych pozostaje pod wpływem legislacji unijnej bądź też prawa precedensowego, które wyraźnie wpływają na usługi społeczne i sektor usług adresowanych do osób niepełnosprawnych w Europie. Polityka dotycząca niepełnosprawności przestała być już jedynie przedmiotem kompetencji krajowej. Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych czy np. kanadyjska Ustawa o rehabilitacji osób niepełnosprawnych są *dokumentami inspirującymi zmiany w prawie*. Wszystkie państwa członkowskie UE zapewniają określone świadczenia dla osób niepełnosprawnych. Mają one na celu promowanie nie tylko integracji społecznej osób niepełnosprawnych, ale i rozwoju gospodarczego. W niektórych krajach świadczenia dla osób niepełnosprawnych są częścią krajowego systemu zabezpieczenia

społecznego, i są dostępne tylko dla osób, które są ubezpieczone w ramach odpowiedniego systemu. Jednak wiele świadczeń nie wymaga wcześniejszej historii zatrudnienia lub płacenia składek ubezpieczeniowych. Charakter tych świadczeń również znacznie się różni. Niektóre świadczenia są pieniężne i służą jako rodzaj dochodu. Jednak inne świadczenia pieniężne są przeznaczone do wykorzystania na cele specjalne, jak np. zakup związanego z niepełnosprawnością sprzętu. Wiele innych świadczeń to tzw. świadczenia w naturze, na przykład liczba godzin opieki osobistej lub wypożyczenia urządzeń, z których niektóre są ograniczone do określonych kontekstów (np. użytkowania w domu, miejscu pracy lub miejscu kształcenia). Wreszcie, istnieją świadczenia, które obejmują bezpłatny lub preferencyjny dostęp do różnych usług, takich jak np. transport publiczny, muzea i inne usługi świadczone przez sektor publiczny lub prywatny.

Uprawnienia do porównywalnych korzyści wahają się między państwami członkowskimi, tak samo jak narzędzia, za pomocą których stan niepełnosprawności jest oceniana i udokumentowane. Państwa członkowskie mają w zasadzie wolną rękę w podejmowaniu decyzji, które świadczenia udostępnić osobom niepełnosprawnym, oraz jak określić, kto jest uprawniony do tych świadczeń. Choć prawo UE ustaliło zasady dotyczące przenoszenia niektórych związanych z niepełnosprawnością świadczeń z ubezpieczenia społecznego z jednego państwa członkowskiego do innego, większość krajowych związanych z niepełnosprawnością świadczeń, które nie prowadzą do świadczeń z zabezpieczenia społecznego, nie zostało poddanych takim wymogom. W rezultacie państwa członkowskie były wolne, aby ograniczyć uprawnienia do tych świadczeń dla mieszkańców, i ograniczać gdy osoba przenosi się do innego państwa członkowskiego. Prawo UE nie ma jednak wpływu na swobodę państw członkowskich w celu określenia kwalifikacji w zakresie stopnia lub rodzaju niepełnosprawności, ani nie ma prawa UE wpływającego na poziom i rodzaj świadczeń, które muszą być dostarczone i nie ma "minimum" poziomu ochrony, które państwa członkowskie UE muszą zapewnić dla osób niepełnosprawnych.

3. Jakość usług

W krajach, które już rozwinęły system usług rehabilitacyjnych czyni się aktualnie starania o podwyższenie jakości dostarczanych usług i wypracowanie odpowiednich standardów. Przykładem może być działalność organizacji, z siedzibą w Belgii, European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (Europejskie Stowarzyszenie Świadczeniodawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych). Stowarzyszenie reprezentuje około 9000 organizacji dostawców usług społecznych w całej Europie. Głównym celem stowarzyszenia, w oparciu o Konwencję Praw Osób Niepełnosprawnych, jest promocja wyrównywania szans osób niepełnosprawnych poprzez skuteczny i wysokiej jakości system usług.

Widoczny jest również pewien europejski trend: osoba niepełnosprawna nie jest już pacjentem, staje się klientem, który wymaga i ma prawo otrzymać wysokiej jakości usługę. W Anglii na przykład istnieje Rada ds. rehabilitacji, która jest wspólnotą zrzeszającą stowarzyszenia zajmujące się rehabilitacją, dostawców usług rehabilitacyjnych, klientów i inne zainteresowane strony. Wspólnym celem wszystkich zrzeszonych jest zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług rehabilitacyjnych, zarówno medycznych, jak i zawodowych w Zjednoczonym Królestwie. Rehabilitację rada definiuje jako *proces aktywnej zmiany, poprzez który niepełnosprawna osoba osiąga optymalne fizyczne, psychologiczne oraz społeczne funkcjonowanie*.

Rada działa jako organizacja parasolowa i została ustanowiona, by jednym głosem mówić na tematy, które mają dla wszystkich członków dużą wagę. Rozpoczęła swoją pracę stosunkowo niedawno, bo w 2008 roku przy wsparciu finansowym Departamentu Pracy, Renty i Emerytur oraz Szkockiego Centrum na rzecz Zdrowej Aktywności Zawodowej (Department of Work and Pensions and from the Scottish Centre for Healthy Working Lives).

Rada wydała na przykład opracowanie pod tytułem: „Standardy rehabilitacji – cechy charakterystyczne dobrego świadczeniodawcy”. Już na poziomie językowym daje się zauważyć różnicę między polską a europejską rzeczywistością. Nie mówi się bezpośrednio o polityce społecznej, a o rynku rehabilitacji (wchodzenie w sferę ekonomiczną, finansową). Ten rynek w Zjednoczonym Królestwie rozwija się szybko. Ze wzrostem tym przychodzi zapotrzebowanie, by użytkownicy/klienci byli w stanie bez

trudu ustalić, która z usług w ofercie sprosta ich oczekiwaniom oraz potrzebom zarówno jeśli chodzi o rezultat, jak i cenę, i który z dostawców oferuje usługę wysokiej jakości.

Również organizacje europejskie zrzeszające organizacje krajowe działające na rzecz osób z daną dysfunkcją starają się wypracować zasady, które mają służyć jako wytyczne. I tak na przykład Europejska Unia Niewidomych (EUN) przygotowała dokument pod tytułem „Złoty Standard Rehabilitacji”.

Już doświadczenie Europejskiej Unii Niewidomych wskazuje na to, że jest ogromna różnorodność w prawach, świadczeniach rehabilitacyjnych w ramach krajów członkowskich. Celem stworzenia standardów przez EUN jest korzystanie z nich i lobbowanie na rzecz zmian. Dokument ten, w zamierzeniach EUN, służyć ma jako narzędzie, które umożliwi osiągnięcie rehabilitacji na jednakowym poziomie w różnych krajach.

W niektórych państwach termin habilitacja¹ używany jest do opisanie szerokiej gamy sposobów, które pozwalają osobie urodzonej z niepełnosprawnością rozwijać swoje umiejętności. Jej potrzeby bardzo często są różne od potrzeb osób, które stają się niepełnosprawne w trakcie życia. Jednakże, w nowoczesnej definicji re(habilitacja) ma podejście holistyczne wychodzące daleko poza sektor opieki zdrowotnej i obejmuje szeroki wachlarz tematów takich jak edukacja, szkolenia doradczo-zawodowe, transport, dostępność i technologie wspomagające.

EUN powołuje się, podobnie jak polskie organizacje pozarządowe działające na rzecz osób niepełnosprawnych, na Konwencje Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ. Warto przytoczyć zwłaszcza art. 26:

¹ W polskim nazewnictwie habilitacja oznacza usprawnienie dzieci z wadami wrodzonymi i/ lub wcześniej nabytymi. Terminu tego używa się dla odróżnienia od rehabilitacji, która odnosi się do przywracania sprawności w zakresie funkcji już kiedyś przez jednostkę opanowanych. Natomiast u dzieci mamy do czynienia z wykształceniem wielu nawyków po raz pierwszy i tym uzasadnia się stosowanie tego terminu. Termin ten jest jednak stosowany głównie w piśmiennictwie anglosaskim. W Polsce się nie przyjęło. U nas stosuje się i w odniesieniu do dzieci i dorosłych rehabilitację (bądź) rewalidację w pedagogice specjalnej jako oddziaływania terapeutyczno-pedagogiczne)

Habilitacja i rehabilitacja

1. Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społecznego. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej habilitacji i rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób, aby usługi i programy:

(a) były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,

(b) wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społecznego, były dobrowolne i osiągalne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich,

2. Państwa Strony będą popierać rozwój szkolenia wstępnego i ustawicznego specjalistów i personelu pracujących w usługach habilitacji i rehabilitacji.

3. Państwa Strony będą promować dostępność, znajomość i korzystanie w procesie habilitacji i rehabilitacji z urządzeń i technologii wspomagających, zaprojektowanych dla osób niepełnosprawnych

Drugim ważnym dokumentem, na który powołuje się EUN jest Deklaracja Rady Europy z Petersburga z września 2006 roku, która przyjęła dziesięcioletni plan poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Powołując się na powyższy dokument EUN określiła swoje wyzwania w tej perspektywie:

- ograniczyć różnicę pomiędzy krajami wschodnimi i zachodnimi

- przybliżyć potrzebę rehabilitacji europejskim rządcom

- poszukiwać prawnego rozwiązania określającego prawo do rehabilitacji bez względu na to, w jakim kraju dana osoba żyje

- określenie minimalnego standardu, którego mogą żądać osoby z dysfunkcją od swojej wspólnoty

Czym jest rehabilitacja dla osoby z dysfunkcją wzroku?

Tradycyjnie, rehabilitacja jest definiowana jako profesjonalna, medyczna lub powiązana ze zdrowiem usługa dostarczana pacjentom bądź klientom, których określa się jako potrzebujących tych usług zgodnie z diagnozą. W bardziej nowoczesnej definicji uznaje się rehabilitację za proces, lub zestaw procesów, który jest zaplanowany według dobrze zdefiniowanych celów i środków, w których kilku specjalistów lub usług współpracuje pomagając indywidualnemu użytkownikowi w jego wysiłkach zmierzających do osiągnięcia jak najlepszego funkcjonowania, umiejętnego korzystania z umiejętności oraz promowania niezależności i uczestnictwa w społeczeństwie.

Jest to bardzo szeroka definicja i obejmuje wszystkie aspekty życia. Należy podkreślić, że ta definicja rehabilitacji angażuje jednostkę dając jej możliwość uczestniczenia. Osoby niepełnosprawne nie tylko powinny otrzymać pomoc, ale również muszą same założyć ich różnorodne cele na życie. Pomoc musi się różnić w zależności od osoby. Uczestniczenie osoby niepełnosprawnej jest wobec tego postrzegane jako absolutnie konieczne w osiągnięciu zindywidualizowanych celów, ponieważ to użytkownik wie, jakie są jego potrzeby, a profesjonalna kadra ma mu pomagać w procesie rehabilitacji.

Rehabilitacja musi być zatem rozumiana w kontekście indywidualnych potrzeb i sytuacji życiowej, jak również należy wykazywać się perspektywą holistyczną procesu trwającego całe życie oraz działań, które prowadzą do równego i niezależnego życia. To może obejmować między innymi rehabilitację medyczną, społeczną, zawodową, psychologiczną i inne. Akurat dla osób z dysfunkcją wzroku ważne jest uznanie konieczności nauki i adaptacji nowych umiejętności, które kompensować będą brak wzroku w codziennym funkcjonowaniu. Obejmuje to rehabilitację na poziomie fizycznym, funkcjonalnym oraz psychospołecznym.

Prawo do rehabilitacji jest przedmiotem ustawodawstwa w wielu europejskich krajach. Zauważa się dużą rozbieżność pomiędzy poszczególnymi krajami, zależy ona od tego w jaki sposób poszczególne rządy podchodzą do tego zagadnienia. EUN uznaje rehabilitację podstawową za elementarne prawo każdej osoby z dysfunkcją. Odgrywa ona bowiem pierwszoplanową rolę w adaptacji osoby niepełnosprawnej do

funkcjonowania w codziennym życiu. Można zdefiniować rehabilitację podstawową dla osób niepełnosprawnych wzrokowo w trzech punktach:

1. Rehabilitacja fizyczna – nauka orientacji przestrzennej, umiejętności poruszania się. Obejmuje to korzystanie z białej laski, psa przewodnika, przewodnika, bezpłatnych taksówek lub innego transportu.
2. Rehabilitacja funkcjonalna zakłada naukę korzystania z urządzeń technicznych, takich jak komputer, naukę brajla lub pomocy technicznych używanych na co dzień. Poprzez naukę praktycznych czynności jak na przykład gotowanie, szycie, osoba uczy się korzystania z koniuszków palców i trenuje inne zmysły
3. Rehabilitacja psychologiczna pomaga w dostosowaniu się do nowej sytuacji. Obejmuje porady od profesjonalistów takich jak psychoterapeuta, pracownik socjalny. Również bardzo ważna jest praca otoczenia.

Nadal niestety wydaje się, że w ramach medycyny, rehabilitacja, ma niski status. Jednakże rehabilitacja pojmowana w nowoczesny, holistyczny sposób postrzegana jest jako:

- narzędzie kompensujące utratę funkcjonalności w codziennym życiu
- narzędzie mające za zadanie znalezienie bądź utrzymanie w zatrudnieniu
- narzędzie mające za zadanie podtrzymanie godności, poczucia własnej wartości oraz jakości życia
- narzędzie wspomagające uczestnictwo w społeczeństwie na zasadach równego obywatela

Przeciwieństwem rehabilitacji jest izolacja. Niestety, jest to rzeczywistość wielu osób niepełnosprawnych. Bez rehabilitacji, człowiek izoluje się w domu i staje się ofiarą medycyny, samotności, a w najgorszych przypadkach biedy i braku społecznych kontaktów. Potrzeba strukturalnej i systematycznej rehabilitacji nie może być zatem ignorowana. Jest to jedyna słuszna opcja.

4. Usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych we Francji

Francja ma długą dość tradycję zinstytucjonalizowanego podejścia do tematyki niepełnosprawności. W ostatnich latach nastąpił jednak zwrot i francuskie ustawodawstwo oraz polityka wobec niepełnosprawności rozwijają się przede wszystkim w stronę podejścia opartego na prawach osób niepełnosprawnych i zasadzie „niezależnego życia” (tzw. independent living). Zmiana ta następuje dzięki dwóm ustawom: ustawie równe prawa i możliwości, partycypacja i obywatelstwo osób niepełnosprawnych (2005-102 Act) oraz odnowienie socjalnych oraz medyczno-socjalnych działań (2002-2 Act).

W odróżnieniu od innych krajów, francuskie organizacje osób niepełnosprawnych oraz organizacje rodziców utworzyły w przeszłości specjalne instytucje i nadal nimi zarządzają (z Funduszem Państwowym). Jednocześnie występują o wspólne prawa, dostęp do wspólnych usług i środków, dla tych osób niepełnosprawnych, które chcą żyć niezależnie. Od lat 70-tych pojawiła się kolejna grupa organizacji osób niepełnosprawnych, wyraźnie przeciwstawiająca się specjalnym instytucjom i występująca przede wszystkim o prawo do niezależnego życia.

Ustawa równe prawa i możliwości, partycypacja i obywatelstwo osób niepełnosprawnych określa nową politykę w oparciu o dwa główne cele: dostępność oraz rekompensatę. Nowe uregulowania mają zastosowanie do wyposażenia, usług, budynków, itp. i w ten sposób przyczyniają się do ustanowienia niepełnosprawności jako przedmiotu polityki krajowej. Druga istotna poprawa odnosi się do systemu rekompensacji, który obejmuje innowację indywidualnego budżetu, mowa o świadczeniu rekompensującym niepełnosprawność (Disability Compensation Benefit) oraz rozwoju usług wspierających osoby niepełnosprawne. Biorąc pod uwagę, że trzy główne wskaźniki polityki niezależnego życia to: wsparcie w samodzielnym życiu w domu, wolność wyboru oraz deinstytucjonalizację, francuska polityka dot. niepełnosprawności konstruowana w oparciu o Ustawę nr 2005-102 ma na celu przede wszystkim dwa pierwsze wskaźniki.

Ustawa nr 2005-102 oraz ustawa nr 2002-2 stanowią ramy dla reform funkcjonowania specjalnych instytucji i dostępu do praw dla ich mieszkańców. Francuska polityka dot. niepełnosprawności mogłaby więc zostać opisana bardziej adekwatnie jako polityka

dwuścieżkowa zmierzająca do zapewnienia osobie niepełnosprawnej możliwości wyboru życia niezależnego bądź w instytucji, jeśli takie jest jej życzenie. Polityka ta odzwierciedla kompromis pomiędzy systemem instytucjonalizacji i organizacji zarządczych, które ją prowadzą, jednak odzwierciedla również podejście deinstytucjonalizacyjne, mające zapewnić różnorodność sposobów życia osób niepełnosprawnych dostosowanych do poziomu ich autonomii.

4.1. Kontekst prawny i polityczny

Do 2005 roku francuska polityka dot. niepełnosprawności była ukształtowana przez „prawo ukierunkowane na rzecz osób niepełnosprawnych” (*Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*) z 1975 roku. Odzwierciedlała ona dominację indywidualnego modelu niepełnosprawności. Jako taki, był on dwojaki, oparty na 1) uznaniu osób niepełnosprawnych jako specjalnej populacji; 2) zharmonizowaniu kolejnych aktów prawnych i innych regulacji związanych z niepełnosprawnością, zebranych od lat 50-tych i zapewnienie specjalnym instytucjom fundamentów prawnych oraz krajowych zasad zarządzania. W ciągu ostatnich czterech dekad XX wieku we Francji pojawił się szereg specjalnych instytucji w całym kraju dla dzieci i dorosłych. Większość z nich utworzona została przez organizacje osób niepełnosprawnych i organizacje rodziców, które obecnie również prowadzą te instytucje na zasadzie delegacji uprawnień ze strony państwa, które, zapewnia ich finansowanie i określa krajowe przepisy.

Od lat 90-tych francuska polityka wobec osób niepełnosprawnych postępuje w kierunku polityki opartej o prawa, poprzez szereg ustaw, reformy dot. integracji szkolnej, specjalnych instytucji, świadczeń dla osób starszych, dostępność, niedyskryminację. Mowa między innymi o takich regulacjach prawnych jak:

- ustawa z 1990 roku odnosząca się do ochrony osób przeciw dyskryminacji ze względu na ich stan zdrowia bądź niepełnosprawność
- ustawa z 1991 roku dotycząca dostępności; ustawa o różnych środkach na rzecz dostępności dla osób niepełnosprawnych domów mieszkalnych, miejsc pracy, wyposażenia na użytek publiczny
- ustawa z 1999 roku dotycząca integracji szkolnej

- ustawa z 2001 roku dotycząca świadczenia ze względu na utratę autonomii osób starszych oraz indywidualnego zasiłku na rzecz autonomii
- ustawa z 2002 roku dotycząca praw pacjentów oraz jakości systemu ochrony zdrowia
- ustawa z 2004 roku dotycząca polityki publicznej ochrony zdrowia oraz narodowego planu poprawiającego jakość życia osób chorujących chronicznie
- ustawa z 2005 roku dotycząca rozwoju usług i podjęcia rozmaitych środków na rzecz społecznej spójności (cohesion)
- ustawa z 2007 roku reformująca prawną ochronę dorosłych

Ustawa nr 2005-102 (*Równe prawa i szanse, obywatelstwo i partycypacja osób niepełnosprawnych*) odzwierciedla wolę polityczną do zmiany polityki wobec niepełnosprawności na poziomie globalnym. Przede wszystkim podkreśla prawa osób niepełnosprawnych. W jednym z artykułów czytamy:

„Każda osoba niepełnosprawna ma prawo do solidarności z całą narodową wspólnotą, która zapewnia mu/jej dostęp do wszystkich praw podstawowych uznanych dla wszystkich obywateli, a także korzystanie z pełnego obywatelstwa”. Prawa podstawowe oznaczają edukację, zdrowie, zatrudnienie, obywatelstwo, swobodę poruszania się oraz życie kulturalne i społeczne.

Dwa lata po ogłoszeniu ustawy, celem skutecznego egzekwowania prawa, zostało wydanych ponad 100 wdrażających dekretów, ukazało się szereg wytycznych oraz rozporządzeń. W odróżnieniu od poprzedniego prawa (z 1975 roku), które nie zawierało definicji niepełnosprawności, pozostawiając lokalnym komisjom, odpowiedzialnym między innymi za przyznawanie zasiłków, zdefiniowanie kto jest a kto nie osobą niepełnosprawną, ustawa z 2005 roku definiuje niepełnosprawność w następujący sposób:

„Niepełnosprawność stanowi ograniczenie w aktywności lub ograniczenia w partycypacji w życiu społecznym, których jednostka nie może podejmować w swoim środowisku ze względu na znaczące, trwałe zmiany jednej lub więcej funkcji, czy to fizyczne, sensoryczne, umysłowe, zaburzenia funkcji poznawczych bądź psychologicznych, ze względu na sprzężone niepełnosprawności lub powodujący niepełnosprawność stan zdrowia.”

Często podnosi się krytykę uznając tę definicję za bardziej restrykcyjną od uznanych międzynarodowych definicji (np. definicji Światowej Organizacji Zdrowia) i nadal odzwierciedlającą wizję, która obciąża nierówno indywidualne upośledzenie („ze względu na zmianę funkcji”). Jednakże ta prawna definicja niepełnosprawności bierze pod uwagę różne wymiary niepełnosprawności (upośledzenia, ograniczenia w funkcjonowaniu, ograniczenia w partycypacji w życiu społecznym) i jako taka może być uważana za znaczny postęp stanowiący podstawę dla kryteriów kwalifikujących do świadczeń dla osób niepełnosprawnych w porównaniu z uprzednim, opartym na ocenie niezdolności. Jest to również definicja, która obejmuje złe funkcjonowanie psychiczne, a więc uprawnia osoby doświadczające takich stanów do świadczeń z tytułu niepełnosprawności.

Ogólna zasada ustawy nr 2005-102 odnosi się do wolności wyboru osoby niepełnosprawnej co do udziału w podejmowaniu wszystkich decyzji jej dotyczących. Oparta jest na dwóch filarach: dostępności i rekompensacie (compensation).

Dostępność rozumiana jest w sensie globalnym, tj. zapewnienia środowiskowych, socjalnych, ekonomicznych i kulturalnych adaptacji tak, by dać osobom niepełnosprawnym dostęp do edukacji, rynku pracy, mieszkań, kultury, rozrywki głównego nurtu życia. Zasada dostępności dla wszystkich, bez względu na niepełnosprawność zostaje potwierdzona, ale nowe są definicje kryteriów dostępności oraz terminów zastosowania się do prawa. Tak więc budynki publiczne, transport publiczny oraz publiczne i miejskie usługi komunikacyjne, muszą być dostosowane do 2015 roku (termin wynosi 10 lat). Zasada dostępności ma zastosowanie do wszystkich dziedzin życia społecznego.

Komisja ds. dostępności, kierowana przez międzyresortową grupę, z udziałem większości ministerstw, podaje następującą definicję dostępności:

„Dostępność pozwala osobom niepełnosprawnym na autonomię i partycypację, poprzez ograniczanie, bądź likwidowanie rozbieżności pomiędzy ich możliwościami, potrzebami, oczekiwaniami z jednej strony, a różnorodnymi fizycznymi, organizacyjnymi i kulturalnymi komponentami ich środowiska z drugiej strony. Dostępność wymaga wdrożenia elementów uzupełniających, tak, by każda osoba ze stałą bądź czasową niepełnosprawnością mogła poruszać się, swobodnie i bezpiecznie uzyskać dostęp do miejsc, usług, produktów oraz

aktywności. Społeczeństwo poprzez takie podejście przyczynia się do poprawy jakości życia swoich członków”.

Poza tym istnieją specyficzne definicje odpowiadające działaniom poszczególnych ministerstw.

W zakresie rekompensaty (compensation) ustawa nr 2002-2 stanowi, że *„Osoba niepełnosprawna ma prawo do rekompensaty za skutki swojej niepełnosprawności, bez względu na źródło i rodzaj niepełnosprawności, wiek, typ mieszkania (w instytucji lub w domu), oraz gwarancji minimalnych środków, które pozwalają na pokrycie wszystkich niezbędnych potrzeb codziennego życia”.*

Ustawa nr 2005-102 rozszerzyła to prawo do rekompensaty tworząc tzw. świadczenie wyrównawcze z tytułu niepełnosprawności. Ta innowacja oddaje koncepcyjne przesunięcie z pojęcia świadczenia dla osób niepełnosprawnych do indywidualnego wyboru i wolności. Jest to część nieskładkowego programu ochrony socjalnej.

Obecnie francuska polityka wobec niepełnosprawności może być opisana jako dwuścieżkowa. Jej cele są następujące:

- opracowanie środków ułatwiających dostępność oraz przepisów dla osób niepełnosprawnych umożliwiających dostęp do podstawowych usług w społeczeństwie oraz zapewnienia im lepszych indywidualnych środków, które umożliwią im niezależne życie
- kierowanie i monitorowanie rozwoju i zmian specjalnych instytucji (od tradycyjnego, zamkniętego obszaru ku otwartym świadczeniom usług w społeczeństwie, dając osobie żyjącej w instytucji dostęp do takich samych praw i świadczeń, jak osobie żyjącej niezależnie).

We Francji przejście do społecznego modelu niepełnosprawności nie oznacza radykalnej zmiany na politykę promującą wyłącznie „życie niezależne”, lecz danie osobie niepełnosprawnej prawa wyboru. Oznacza to, że normy dot. świadczeń i jakości muszą być skutecznie stosowane w praktyce w instytucjach, że oceny jakości (zewnątrzne i wewnętrzne) muszą przedstawiać dowody potwierdzające jakość życia użytkownika, muszą przedstawiać dowody implementacji nowych regulacji, oznacza również, że tradycyjny model instytucjonalnego świadczenia redukuje użytkownika do roli

„zniewolonego użytkownika” skutecznie zmienia się na otwartą formę, w której respektuje się prawa, godność, wybór oraz głos osoby.

Osoba niepełnosprawna, niezależnie od tego, czy mieszka samodzielnie, czy w instytucji, ma takie same prawa jak każdy inny obywatel. Jednakże wiadomo, że w rzeczywistości korzystanie z praw podstawowych i obywatelskich jest trudne do realizacji z powodu braku dostępności i osobistej asysty, braku środków, informacji o prawach i obowiązkach osób niepełnosprawnych lub nawet z powodu poważnych przeszkód w możliwości wypowiedzenia się w sprawach, które byłyby inaczej poza instytucjonalną kontrolą (seksualność jest jedną z nich, ale również próby zorganizowania się bez nadzoru wokół wspólnych celów i żądań) mianowicie w instytucjach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Obie powyższe ustawy mają stanowić remedium na te milczące zaprzeczenia praw.

Dobłą praktyką jest wynikający z ustawy nr 2005 -102 obowiązek organizacji przez rząd Krajowej Konferencji o Niepełnosprawności. Ma ona odbywać się co trzy lata. Spotykają się na niej przedstawiciele organizacji, instytucji specjalnych, usługodawcy, ciała odpowiedzialne za opiekę społeczną, organizacje pracowników, pracodawców celem omówienia kierunków i środków krajowej polityki wobec niepełnosprawności. Pierwsza taka konferencja odbyła się w 2008 roku. Rząd jest zobowiązany przedstawić ocenę wdrażania polityki wobec niepełnosprawności za okres 3 lat, która musi zostać zweryfikowana przez Krajową Radę Konsultacyjną Osób Niepełnosprawnych (*Conseil national consultatif des personnes handicapées*) zanim zostanie przedstawiona parlamentowi.

Ustawa z 1975 roku rekomendowała już wprowadzenie autonomii i niezależne życie dla osób niepełnosprawnych, ale nie wzięła pod uwagę skutecznych środków, które należy zapewnić i pozostawiła rekomendację niewdrożoną, a roszczenia niezaspokojone.

Od tamtej pory, poprzez powracającą mobilizację, organizacje (głównie osób niepełnosprawnych fizycznie i sensorycznie takich jak APF – stowarzyszenie osób sparaliżowanych Francji; AFM – francuskie stowarzyszenie przeciw dystrofii mięśni; GIHP – Grupy na rzecz włączenia osób niepełnosprawnych fizycznie; organizacji osób niesłyszących i niewidomych) podtrzymały swoje żądania niezależnego życia, dostępu

do pomocy technicznych, zindywidualizowanych adaptacji lokalizacji mieszkaniowych, rozwoju pomocy ludzkiej w domach i poza nimi.

By rozwiązać ten problem pomiędzy 1997 a 1999 rokiem, w 100 francuskich regionalnych departamentach wypróbowano innowacyjny system. Mowa o biurach niezależnego życia. Miały one za zadanie dostarczanie porad oraz pomocy technicznych oraz zindywidualizowanych adaptacji mieszkań. Można wyróżnić trzy zasadnicze cele takich biur:

- utworzenie wielodyscyplinarnego zespołu oceniającego: oceniał potrzeby danej osoby w kontekście pomocy technicznych oraz potrzeb finansowych
- zapewnienie porad dot. dostępnych pomocy technicznych, dostawców, adaptacji mieszkań, automatyzacji mieszkań
- ułatwienie dostępu do finansowania poprzez zracjonalizowanie i koordynowanie różnych istniejących funduszy dostawców (głównie państwa, lokalnych organów administracyjnych, lokalnych i regionalnych biur opieki społecznej, agencji zarządzającej na rzecz integracji osób niepełnosprawnych w zatrudnieniu).

Biura te okazały się bardzo skuteczne i stopniowo stały się powszechne w 100 francuskich departamentach pomiędzy 2000 a 2004 rokiem.

4.2 Finanse

Pośród wielu czynników, które umożliwiają osobom niepełnosprawnym samodzielne życie, finanse mają oczywiście ogromne znaczenie. Jedno wydarzenie sądowe doprowadziło do promulgacji (ogłoszenia) ustawy nr 2002-2 i uznania konieczności istnienia dodatku wyrównawczego dla osób niepełnosprawnych. (tzw. Sprawa Perruche). Niepełnosprawne dziecko, Nicolas Perruche (w rzeczywistości jego rodzice) zażądali finansowej rekompensaty za jego niepełnosprawność, która powstała na skutek błędnej medycznej diagnozy. Matka Nicolasa będąc w ciąży zachorowała na różyczkę, uniemożliwiono jej aborcję. W 2000 roku sąd przyznał mu to prawo. Wyrok ten spowodował wielkie poruszenie i doprowadził ówczesnego ministra zdrowia do przegłosowania tekstu zatrzymującego inne takie żądania i wyroki.

Tym przypadkiem podkreślono fakt, że jeśli osoba niepełnosprawna korzystałaby z przyzwoitych zasiłków i świadczeń kompensacyjnych, nie odwoływałaby się do sądu.

Po tym przypadku, jeden z głównych punktów ustawy nr 2002-2 stanowi, że *„osoba niepełnosprawna ma prawo do rekompensaty za konsekwencje niepełnosprawności, bez względu na pochodzenie i rodzaj niepełnosprawności, wiek, rodzaj mieszkania (dom, instytucja) oraz gwarancji minimum środków pozwalających na pokrycie istotnych potrzeb codziennego życia”*.

4.3 Tworzenie planu usług

Sprawozdanie Krajowego Funduszu Solidarnościowego na rzecz Autonomii (CNSA) prezentuje krajową politykę na rzecz rozwoju społecznych i medycznych usług dla niepełnosprawnych dorosłych pomiędzy 2005 a 2007 rokiem. 87.4 miliony euro plus uzupełniające fundusze od władz administracyjnych departamentów przeznaczono na utworzenie 6400 miejsc opieki pielęgniarstwa i medycznej w domach dla osób niepełnosprawnych, w tym 1900 dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w ramach planu Psychiatria i Zdrowie Psychiczne).

4.4 Rodzaje wsparcia niezależnego życia w społeczności

Podkreśla się, że rozwój usług, pomimo że wciąż jest ich niewystarczająca ilość oraz nie są równomiernie dystrybuowane w całym kraju, jest znaczący.

Kilka rodzajów wsparcia może być świadczonych osobie niepełnosprawnej (dziecku bądź dorosłemu) w domu, a także rodzinie, w zależności od natury potrzeb. Mowa o wsparciu na polu edukacyjnym, czy też społecznym, asysta w podstawowych czynnościach dnia codziennego, pielęgniarstwo i opieka medyczna.

Dla dzieci i rodziny: kilka narzędzi/sposobów zostało wprowadzonych, by zapewnić dzieciom alternatywę dla instytucjonalizacji, dać im dostęp do szkoły i utrzymać je przy rodzinie:

Dziecko (do 20 roku życia), które uczęszcza do normalnej szkoły, ma świadczone edukacyjne i rozwojowe wsparcie w domu. Ten rodzaj opieki i wsparcia jest dostarczany przez mobilne zespoły interdyscyplinarne. Zespoły takie specjalizują się w jednym rodzaju niepełnosprawności albo innych (sensorycznej, poznawczej, fizycznej,

sprzężonej niepełnosprawności): SSESAD – dla dzieci niepełnosprawnych intelektualnie i ruchowo, SSEFIS dla dzieci z dysfunkcją słuchu, SAAAIS – dla dzieci niepełnosprawnych wzrokowo, SSAD – specjalizuje się we wsparciu dla dzieci (i ich rodzin) ze sprzężoną niepełnosprawnością, które nie uczęszczają do szkoły.

Liczba tych usług stale wzrasta, najczęściej są związane są ze specjalnymi instytucjami i działają albo jako kontynuacja usługi dla dziecka, które wcześniej znajdowało się pod opieką danej instytucji, albo właśnie jako alternatywa dla instytucjonalizacji.

Usługi dla dorosłych: różne rodzaje usług są świadczone dorosłym w domach obejmujące opiekę zdrowotną oraz działania niezbędne w codziennym życiu jednostki, pomoc indywidualną, działalność społeczną. Usługi obejmują usługi pielęgniarские, opiekę medyczną oraz wielofunkcyjną opiekę i pomoc.

Usługa osobistej asysty obejmuje usługi w niezbędnych czynnościach dnia (toaleta, opieka osobista, posiłki), czy asystę w życiu społecznym.

System rekompensaty z tytułu niepełnosprawności wliczając w to indywidualny budżet

Na wniosek osoby (lub jej/jego prawnego pełnomocnika) złożony do lokalnego biura dla osób niepełnosprawnych (MDPH - La maison départementale des personnes handicapées). MDPH zaliczane są do usług publicznych przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych. Utworzone zostały na mocy ustawy z dnia 11 lutego 2005 r. na rzecz równych praw i szans, partycypację i obywatelstwo osób niepełnosprawnych. Głównym zadaniem MDPH jest umożliwienie dostępu do praw osób niepełnosprawnych oraz kompensacja konsekwencji niepełnosprawności. W tym kontekście zapewnia indywidualne usługi w zakresie edukacji, życia codziennego miejscu zamieszkania, instytucji edukacyjnej bądź miejscu pracy. Składa się z partnerów publicznych oraz prywatnych skupionych wokół przewodniczącego Rady Generalnej, jest kierowana przez komitet wykonawczy.

Każda osoba składająca wniosek do MDPH poddawana jest dokładnej ocenie potrzeb przez zespół wielodyscyplinarny. Następnie decyzje podejmowane są przez komisję praw i autonomii osób niepełnosprawnych.

Jedno takie biuro znajduje się w każdym ze 100 francuskich departamentów. Indywidualny plan rekompensaty w postaci pomocy technicznej bądź asysty ludzkiej jest dostosowywany do potrzeb danej osoby, oceniane one są przez interdyscyplinarny zespół. Następnie plan rekompensaty przedkładany jest osobie zainteresowanej, która go analizuje i może go przedyskutować w ciągu 15 dni. Plan rekompensaty obejmuje świadczenie wyrównawcze, które jest indywidualnym budżetem mającym się przyczynić do wydatków osoby w następujących czterech dziedzinach:

- asysta człowieka
- pomoce techniczne (stałe bądź czasowe)
- adaptacja mieszkania, samochodu oraz dodatkowe koszty transportu
- asysta zwierzęcia

Rodzaj asysty, dostosowane produkty, pomoce, są wybierane przez daną osobę. Wysokość świadczenia wyrównawczego zależy od oceny rodzaju i kosztu potrzeb każdej osoby i jest ustalane według ustalonych stawek krajowych dla każdego rodzaju pomocy i wsparcia. Po obliczeniu indywidualnej kwoty świadczenia jest wypłacane w całości, niezależnie od wynagrodzenia, zasiłku, lub innych świadczeń z tytułu niepełnosprawności, które dana osoba może otrzymywać, ale ograniczone do 80% jeżeli osoba niepełnosprawna dysponuje innymi środkami finansowymi niż te. Decyzja o przyznaniu świadczenia jest podejmowana przez lokalną komisję na rzecz praw i autonomii osób niepełnosprawnych.

Ocena całościowej sytuacji i potrzeb osoby niepełnosprawnej, jak również stopień trudności wykonywania codziennych czynności (koncentrująca się na rzeczywistym poziomie funkcjonalności osoby bez względu na korzystanie z pomocy technicznych) jest prowadzona przez interdyscyplinarny zespół lokalnego biura dla osób niepełnosprawnych na podstawie wielopłaszczyznowego przewodnika oceny opartego na międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia Międzynarodowej Organizacji Zdrowia. Ten 40-stronnicowy przewodnik składający się z 8 części (społeczna, ekonomiczna i rodzinna sytuacja, mieszkanie, wykształcenie, doświadczenie zawodowe, zdrowie, aspekty psychologiczne, możliwości funkcjonalne, pomoce).

Stopniowo, świadczenie wyrównawcze z tytułu niepełnosprawności ma zastąpić „zasiłek kompensacyjny za pomoc udzielaną przez osoby trzecie”. Na razie osoby niepełnosprawne mogą wybrać jeden z dwóch systemów, który odpowiada im bardziej. Warto nadmienić, że „zasiłek kompensacyjny za pomoc udzielaną przez osoby trzecie” jest również formą indywidualnego budżetu i nie podlega kontroli. Zostało przyznane na podstawie oceny niezdolności (tj. stopień ciężkości niepełnosprawności, a nie stan funkcjonalny). Zasiłek ten wynosi od ok. 404 euro do 808 euro miesięcznie.

Pomiędzy grudniem 2007 a grudniem 2008 liczba osób, którym wypłacono świadczenie wyrównawcze z tytułu niepełnosprawności podwoiła się (28 600 w 2007 ; 58 200 w 2008). Ten wzrost nastąpił częściowo ze względu na osoby, które zrezygnowały z „zasiłku kompensacyjnego za pomoc udzielaną przez osoby trzecie” i wybrały zamiast niego tę drugą możliwość. Świadczenie wyrównawcze wynosiło średnio 1010 euro miesięcznie na osobę w 2008 roku. Świadczenie kompensacyjne na osobistą asystę to jest objęte programem krajowym i stawki mają zastosowanie do całego kraju. Stawki zależą od rodzaju asysty wybranej przez osobę niepełnosprawną: zatrudnienie bezpośrednio: 11.57 euro za godzinę; dostawca usługi: 12.37 euro za godzinę; członek rodziny: 3.63 euro za godzinę. Świadczenie to nie jest przychodem, ale ma na celu przyczynić się do wydatków na pomoc ludzką w znaczących czynnościach życia, określonych i ocenionych jak poniżej:

- Podstawowe czynności dnia są podzielone na trzy główne grupy: samoobsługa (mycie, ubieranie, jedzenie, toaleta); poruszanie się w domu (przeniesienie, chodzenie, chodzenie po schodach, operowanie wózkiem inwalidzkim) do 5 godzin dziennie oraz poruszanie się poza domem celem prowadzenia działań związanych z niepełnosprawnością i wymagających obecności osoby z niepełnosprawnością do 30 godzin rocznie; udział w życiu społecznym (poruszanie się na zewnątrz i komunikacja np. dla celów rozrywkowych, kulturalnych) do 30 godzin miesięcznie.

W przeciwieństwie do indywidualnego zasiłku z tytułu utraty autonomii dla osób powyżej 60 roku życia, pomoc domowa (zakupy, przygotowanie posiłków, prowadzenie domu, pranie i prasowanie, itp.) nie jest pokrywana przez świadczenie wyrównawcze z tytułu niepełnosprawności, ale może być świadczona przez lokalny program pomocy społecznej przy limicie 30 godzin miesięcznie.

W ramach reformy specjalnych instytucji (ustawa nr 2002-2) osoby z niepełnosprawnością mieszkające w domu mogą odbywać krótkoterminowe pobyty w instytucjach, by czasowo odciążyć rodzinę z obowiązku opieki.

Krajowa Agencja ds. oceny i jakości społecznych i medyczno-społecznych instytucji (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) jest odpowiedzialna za: nadawanie ważności, rozwijanie bądź aktualizowanie procedur, normy i rekomendacje dobrych profesjonalnych praktyk oraz ocenianie w ramach instytucji i usług oraz akredytowanie podmiotów zewnętrznych do oceny działalności i jakości świadczonych usług. Ocena jakości wymaga wewnętrznej oceny przez instytucje (na podstawie krajowego przewodnika referencyjnego) oraz zewnętrznej oceny dokonanej przez autoryzowane organa, których lista jest zamieszczana przez Krajową Agencję.

Usługi osobistej asysty

Usługi te są kontrolowane i zarządzane przez same osoby niepełnosprawne. Świadczenie wyrównawcze z tytułu niepełnosprawności jest przeznaczone na wszystkie sytuacje życiowe (w domu, w pracy, edukacji, szkoleniu). W pracy liczba godzin asysty na profesjonalną działalność lub na wybieralną funkcję (???? Elective function) nie może przekraczać 156 godzin rocznie. Świadczenie to może być wykorzystane na osobiste adaptacyjne wyposażenie.

Uczeń w college'u, uniwersytecie, lub innym miejscu edukacyjnym, szkoleniowym we Francji może korzystać ze świadczenie wyrównawczego, by opłacić pomoc osobistą. Studenci pobierający to świadczenie mają prawo do sumy średnio 1300 euro miesięcznie bez względu na dochody swoich rodziców bądź inne świadczenia z tytułu niepełnosprawności, czy środki, do których mają prawo. Tekst prawa nie jest czytelny w stanowieniu, czy student niepełnosprawny, który chce studiować poza Francją nadal może otrzymywać to świadczenie, wydaje się, że sytuacja ta jest negocjowana z lokalnymi władzami.

Pomoc jest świadczona przez organizację pozarządowe osób niepełnosprawnych oraz przez prywatnych dostawców:

Organizacje pozarządowe osób niepełnosprawnych: ten rodzaj wsparcia jest świadczony często przez te same organizacje, które prowadzą specjalne instytucje, które aktualnie poszerzają zakres działalności i rozwijają swoje możliwości, tak, by sprostać potrzebom osób niepełnosprawnych, takie jak francuskie stowarzyszenie osób sparaliżowanych, stowarzyszenie polio.

Prywatni usługodawcy: rozwój polityki dotyczącej niezależnego życia we Francji, który nastąpił wraz z wdrożeniem Ustawy nr 2005-102 i przydzielaniem świadczenia wyrównawczego z tytułu niepełnosprawności stymuluje rynek usług. Liczba prywatnych dostawców usług stale wzrasta.

5. Usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych w Szwecji

W Szwecji są trzy poziomy zarządzania państwem. Rząd jest odpowiedzialny za legislację, kwestie związane z ubezpieczeniem społecznym i ogólnym planowaniem. 21 rady powiatowe lub regionalne są odpowiedzialne za opiekę medyczną, rehabilitację i urządzenia pomocnicze. Władze samorządowe miast (290) mają podstawową odpowiedzialność za edukację, mieszkania, opiekę przedszkolną i usługi społeczne. Fakt, że usługi społeczne i opieka medyczna finansowane są przede wszystkim z podatków lokalnych potwierdzają niezależną rolę władz lokalnych tzn. ich niezależności od rządu narodowego.

To w rękach władz samorządowych miast i rad powiatów pozostaje najwyższa odpowiedzialność za zaspakajanie potrzeb osób niepełnosprawnych w Szwecji. W przeciwieństwie do innych krajów Szwecja nie ma żadnego ogólnokrajowego prawa mającego na celu zabezpieczenie praw osób niepełnosprawnych. Zgodnie ze staraniami, by zintegrować różnorodne kwestie dotyczące osób niepełnosprawnych w obszarach, które ich dotyczą, stosowne zapisy zostały włączone do niektórych ustaw (np. ustawy o budownictwie, ustawy o usługach społecznych). W innych ustawach, np. ustawie o środowisku pracy (the Work Environment Act), albo kwestie osób niepełnosprawnych są postrzegane jako oczywiste, albo historia ustawodawcza określa, że osoby niepełnosprawne są również objęte prawem.

Ustawy o usługach społecznych oraz ochronie zdrowia pozwalają władzom samorządowym miasta oraz radom powiatowym (county council) na dużą swobodę w planowaniu i organizowaniu ich własnych usług i nakładaniu podatków celem ich sfinansowania. Autonomia tych dwóch poziomów władzy lokalnej oznacza również, że usługi są zorganizowane i uszeregowane pod względem ważności różnie w różnych częściach kraju.

Odpowiedzialność władz samorządowych i powiatowych za wczesną interwencję, rehabilitację oraz zaopatrzenie w pomoce techniczne jest obecnie precyzyjnie określona niż w przeszłości, a w 1994 roku została wpisana do ustawy o usługach zdrowotnych i medycznych. Poprzez ten akt na powiatach spoczywa również np. obowiązek zapewnienia codziennych tłumaczeń dla osób niesłyszących oraz głuchoniewidomych. Ustawa ta stanowi, że osoby powinny otrzymać zdrowotne i medyczne usługi dobrej

jakości, które powinny zostać dostarczone na jednakowych warunkach i być łatwo dostępne dla każdego. Usługi powinny również, tak szybko jak to możliwe, zostać zorganizowane i wykonane w konsultacji z pacjentem.

Samorząd jest odpowiedzialny głównie za rehabilitację osób starszych oraz osób niepełnosprawnych, które żyją w specjalnych domach mieszkalnych, takich jak domy usługowe, domy spokojnej starości oraz dorosłych osób korzystających z dziennej opieki. Ponadto samorzady odpowiedzialne są za dostarczanie technicznej pomocy dla tych osób.

W 2000 roku szwedzki parlament przedstawił Dokument Rządowy pod tytułem: „Od pacjenta do obywatela: krajowy plan działania na rzecz polityki dot. niepełnosprawności”. Decyzja ta oznacza krok wielkiej wagi w szwedzkiej polityce społecznej. Celem tejże jest społeczeństwo umożliwiające osobom niepełnosprawnym pełny udział we wspólnocie (społeczeństwie). Perspektywa niepełnosprawności musi przenikać wszystkie sfery społeczeństwa. Dyskryminacja osób niepełnosprawnych musi zostać zwalczona. Decyzja parlamentu oznacza również, że Szwecja ma w tej chwili plan na to, jak społeczeństwo ma podejść do tego tematu, by te cele osiągnąć.

W oświadczeniu na temat polityki w 1999 roku, rząd zadeklarował, że przeszkody, które uniemożliwiają osobom niepełnosprawnym pełne uczestnictwo w życiu społeczności zostaną usunięte. Perspektywa zastosowana w dokumencie Standardowe Zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych powinna zostać wykorzystana jako wskazówka, przewodnik. Osoby niepełnosprawne są tak samo wartościowe, jak każda inna osoba; są obywatelami posiadającymi te same prawa i obowiązki jak inni obywatele.

Opierając się na doświadczeniach szwedzkich, należy wskazać na szerszą perspektywę oraz poprawny tok myślenia. Niepełnosprawność staje się upośledzeniem tylko wówczas, kiedy jednostka staje wobec braków w środowisku lub niedociągnięć w organizacji działań społeczeństwa. Kiedy podejmie się środki by poprawić te niedoskonałości oraz dostępność, upośledzenie może się zmniejszyć bądź zniknąć. Rehabilitacji wymaga więc oczywiście człowiek, ale wymaga jej również otoczenie, społeczeństwo, środowisko. Co z tego, że osoba niepełnosprawna otrzyma, nawet

najwyższej klasy wózek inwalidzki, kiedy nie będzie mogła skorzystać z transportu miejskiego z powodu niedostosowania pojazdów.

Szwedzkie cele polityki społecznej dot. niepełnosprawności i propozycję konkretnych środków oznaczają, że polityka ta skupia się wyraźniej na zadaniu usuwania tych przeszkód, które uniemożliwiają osobom niepełnosprawnym pełny udział w społeczeństwie. Niektóre z propozycji mogą zostać wdrożone natychmiast, inne zaś, które wymagają inwestycji czy zmiany postaw, zabiorą więcej czasu.

Aby umożliwić życie na równych warunkach zasadniczym jest, by dzieci i dorośli otrzymali szansę prowadzenia tak normalnego życia jak to możliwe. Celem jest by dzieci niepełnosprawne miały takie same możliwości jak inne, by dorastać w rodzinie. Osoby niepełnosprawne, jak pozostali członkowie społeczeństwa, muszą mieć oferowane dobre usługi opieki nad dzieckiem i edukację, szansę zarabiania na życie, posiadania rodziny, gospodarstwa domowego i możliwość uczestnictwa w kulturze i rozrywce.

Osoby niepełnosprawne wciąż zbyt często są widziane jedynie jako przedmiot opieki. W rezultacie na politykę dot. niepełnosprawności patrzy się zbyt wąsko, jako jedynie kwestię dostarczania opieki właśnie lub być może jedynie jako przedmiot zasiłku. Jeśli natomiast zdecydujemy się rozumieć ją jako kwestię niedyskryminacji i praw człowieka, oznaczać to będzie próbę dostrzeżenia, że ludzie mają bardzo różne potrzeby i oczekiwania.

Od maja 1999 roku Szwecja ma ustawodawstwo, które zakazuje dyskryminacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy. W marcu 2002 roku weszło w życie ustawodawstwo o równym traktowaniu studentów szkolnictwa wyższego, obejmujące również studentów niepełnosprawnych.

W szwedzkiej polityce podkreśla się, że zastosowanie powyższej perspektywy oznacza, że różne osoby mają różne możliwości percepcyjne i wedle tego myślenia należy planować. Jeśli na tym etapie odniesiemy porażkę automatycznie wykluczamy duży segment populacji z życia. Ważne, by społeczeństwo doceniało i korzystało z różnic pomiędzy swymi członkami. Dysfunkcje występują w każdej populacji. Szacunkowo jedna na pięć osób w wieku aktywności zawodowej ma różną formę niepełnosprawności.

Szwedzkie cele polityki dot. niepełnosprawności są następujące:

- wspólnota społeczna oparta na różnorodności
- społeczeństwo zaprojektowane w taki sposób, aby umożliwić osobom niepełnosprawnym w każdym wieku pełne uczestnictwo w życiu wspólnoty
- równe szanse w życiu dla niepełnosprawnych dziewcząt i chłopców, kobiet i mężczyzn.

Praca nad polityką dot. niepełnosprawności skupia się w szczególności na następujących zadaniach:

- identyfikacja i usunięcie przeszkód uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym pełny udział w społeczeństwie
- zapobieganie i zwalczanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych
- umożliwienie niepełnosprawnym dzieciom, młodzieży i dorosłym prowadzenia niezależnego życia i decydowania o nim

Określone są również priorytety:

- zapewnienie, że perspektywa dot. niepełnosprawności przeniknie wszystkie sektory społeczeństwa
- stworzenie bardziej dostępnego społeczeństwa
- lepsze traktowanie osób niepełnosprawnych

Specjalnym celem rehabilitacji i habilitacji jest pomoc w osiągnięciu przez osoby niepełnosprawne zdobycia i/lub odzyskania maksymalnego możliwego poziomu funkcjonowania i poprawę warunków pełnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa.

5.1 Pola interwencji

Istnieją dwa wyjątki od wskazanej powyżej zasady polityki głównego nurtu. Jednym z nich jest ustawa dotycząca wsparcia i usług dla osób z określonymi niepełnosprawnościami, drugim ustawa dotycząca rekompensaty za pomoc. Obie ustawy weszły w życie w 1994 roku. W przeciwieństwie do szwedzkiego trendu, który kładzie nacisk na ramowe prawodawstwo, ustawa dot. wsparcia i usług dla osób z

określonymi funkcjonalnymi dysfunkcjami, ma, można powiedzieć, statut praw człowieka. Ustawa zawiera zapisy o świadczeniach powiązane ze środkami specjalnego wsparcia i specjalnych usług dla tych osób, które:

- są upośledzone umysłowo, autystyczne lub są w stanie przypominającym autyzm
- mają znaczne i stałe funkcjonalne upośledzenie intelektualne po uszkodzeniu mózgu w wieku dorosłym, upośledzenie spowodowane zewnętrznymi czynnikami bądź chorobą fizyczną lub
- mają inne trwałe fizyczne bądź mentalne funkcjonalne upośledzenie nie wynikające z wieku, jeśli upośledzenia te powodują znaczące trudności w życiu codziennym, i, w konsekwencji, potrzebę wsparcia i usług.

Ustawa ta ma zastosowanie w usługach specjalnych poza tymi dostępnymi dla wszystkich obywateli. Ustawa ta obejmuje specjalne usługi takie jak:

- porada i wsparcie wymagające specjalistycznej wiedzy o problemach i warunkach determinujących życie osób z daną dysfunkcją
- pomoc osobistego asystenta lub wsparcie finansowe na taką pomoc w stopniu kiedy potrzeba na finansowe wsparcie nie jest pokryta przez świadczenie pomocowe zgodnie z ustawą o świadczeniach pomocowych
- asystę na specjalne okazje takie jak spacer, wizytę w instytucjach kultury, obiektach rekreacyjnych, itp.
- pomoc od np. towarzysza/przyjaciela
- usługę pomocową w domu
- krótki pobyt poza domem
- krótki okres nadzoru dla dzieci w wieku szkolnym powyżej 12 roku życia (przebywające) poza domem łącznie z dniem szkolnym i podczas wakacji
- domy zastępcze i domy mieszkalne ze specjalnym przygotowaniem dla dzieci i młodych osób, które muszą przebywać z dala od ich rodzinnego domu
- mieszkanie przygotowanie ze specjalną usługą dla dorosłych

- dzienne ośrodki dla osób w wieku aktywności zawodowej, które nie mają ani zatrudnienia przynoszącego dochód ani nie przeszły szkolenia

Ta ostatnia usługa jest dostępna jedynie dla osób, które są upośledzone umysłowo, autystyczne lub są w stanie przypominającym autyzm lub mają znaczne i stałe funkcjonalne upośledzenie intelektualne po uszkodzeniu mózgu w wieku dorosłym, upośledzenie spowodowane zewnętrznymi czynnikami bądź chorobą fizyczną.

5.2. Rehabilitacja funkcjonalna

Normalna usługa medyczna (odpowiedzialność za nią spoczywa na radach powiatowych) jest skierowana również do osób niepełnosprawnych. To rady powiatowe są również odpowiedzialne za wczesną interwencję i rehabilitację. W usługach dedykowanych dzieciom niepełnosprawnym prowadzonym przez powiat środki przeznaczone zostały na badanie i leczenie, fizjoterapię, terapię zajęciową, logopedię, itd. W większości powiatów ustanowiono organizacje wielostronnej rehabilitacji, tak, by połączyć środki dedykowane dla dzieci z różnymi niepełnosprawnościami.

Istnieją również regionalne organizacje habilitacji, które dostarczają ulepszone usługi dla dzieci ze specjalnymi potrzebami opieki medycznej. Są również specjalne centra słuchu i wzroku w każdym powiecie, zatrudniające specjalistów ds. wzroku i słuchu, fizjoterapeutów, protetyków oraz specjalistów ds. ortezy (ortopedyczna proteza), itd. zajmujące się habilitacją dzieci niepełnosprawnych oraz rehabilitacją dorosłych.

Techniczne pomoce dla osób niepełnosprawnych są w zasadzie wolne od opłat. Wyposaża się w nie bez ankiety dotyczącej środków utrzymania i w zasadzie nie ma górnego limitu kosztu pomocy. Nawet naprawa oraz utrzymanie/konserwacja sprzętu są prowadzone bez kosztów ponoszonych przez osobę niepełnosprawną. Usługa pomocy technicznej obejmuje badanie, receptę, przystosowanie, informację oraz szkolenie. Zagwarantowanie usług tłumaczeniowych dla osób niesłyszących, głuchoniewidomych oraz tych z zaburzeniami mowy jest również częścią usługi. Zakres tego serwisu różni się znacznie pomiędzy różnymi częściami kraju.

Radom powiatowym rząd zwraca środki finansowe za usługę związaną z pomocami technicznymi poprzez system ubezpieczeń zdrowotnych wedle standardowej kwoty na mieszkańca na rok.

5.3 Dostępność

Na mocy prawa, budowanie i planowanie mieszkań i otoczenia powinno zostać zaprojektowane tak, by mogły z nich również korzystać osoby z ograniczoną zdolnością poruszania się i te mające problemy z orientacją spowodowaną niepełnosprawnością. Zapisy te odnoszą się do nowego budownictwa, otoczenia oraz projektów pociągających za sobą znaczne konstrukcyjne renowacje.

Bezpośrednia odpowiedzialność za adekwatne zabezpieczenie domów mieszkalnych pozostaje po stronie władz lokalnych. Planowanie prac na tym poziomie musi dążyć do zapewnienia, że każdy ma mieszkanie, które koresponduje z jej/jego potrzebami i spełnia cele polityki mieszkaniowej. Władze lokalne są również odpowiedzialne za zapewnienie, by obszary mieszkaniowe były dobrze zaplanowane oraz zapewniają swoim mieszkańcom zadowalające środowisko z odpowiednimi usługami i komunikacją. Doświadczenie pokazało, że biorąc pod uwagę kompetentne projektowanie zgodne z wytycznymi ustanowionymi w regulacjach dot. budownictwa jest możliwe utrzymanie wysokiego stopnia dostępności, tj. umożliwienie większości osób niepełnosprawnych radzenie sobie normalnie w konwencjonalnym nowoczesnym mieszkaniu.

5.4 Transport

Ustawa o specjalnych usługach transportowych (STS) określa, że władze samorządowe muszą dostarczyć specjalne usługi transportowe (takie jak przejazd taksówkami bądź specjalnymi pojazdami) obywatelom niepełnosprawnym. Możliwym jest dla władz samorządowych przeniesienie odpowiedzialności za specjalne usługi transportowe na publiczne regionalne władze odpowiedzialne za transport. Stanowi to ekonomiczny bodziec dla władz regionalnych odpowiedzialnych za transport, by stymulować adaptację zwykłego transportu publicznego do potrzeb osób niepełnosprawnych, a także koordynować różnorodne usługi, tak by zredukować koszty specjalnych usług transportowych. .

Ustawa o krajowych usługach specjalnego transportu określa, że władze samorządowe muszą dotować podróże do innego regionu dla obywateli, którzy z powodu poważnych i trwałych niepełnosprawności są zmuszeni do podróży o wysokich kosztach, wyłączone są z tego podróże na trasie dom-praca. To rząd ustanawia opłaty za przejazd.

Ustawa o odpowiedzialności za transport publiczny reguluje kwestie związane z lokalnym i regionalnym transportem. Między innymi stanowi, że władze odpowiedzialne za transport publiczny muszą ulepszyć adaptację transportu publicznego do potrzeb osób niepełnosprawnych

System tzw. dodatku mobilności (samochodowego) ma zastosowanie do osób z trwałą niepełnosprawnością, które mają znaczące trudności w poruszaniu się oraz do rodziców dzieci niepełnosprawnych. Specjalne kryteria muszą być spełnione. Dodatek ten jest podzielony na proporcjonalny do zarobków (zależny od wysokości dochodów), natomiast dodatek adaptacyjny jest płatny, by pokryć całkowity koszt adaptacji koniecznych, by umożliwić osobie z niepełnosprawnością użytkowanie pojazdu.

5.5 Technologie wspomagające

Technologie wspomagające dla osób niepełnosprawnych są w zasadzie bezpłatne. Są dostarczane niezależnie od wysokości dochodów. W zasadzie nie ma też górnego pułapu ceny pomocy. Nawet naprawa oraz utrzymanie (konserwacja) są bezpłatne. Usługa dostarczająca technologii wspomagającej obejmuje: testowanie, receptę, przystosowanie, informację i szkolenie. Zakres tej usługi różni się znacznie pomiędzy różnymi częściami kraju.

5.6 Komunikacja

Dostarczenie usług związanych z tłumaczeniem dla osób niesłyszących, głuchoniewidomych oraz tych z zaburzeniami mowy jest częścią usługi pozostającej po stronie rad powiatowych wymienionej w ustawie o ochronie zdrowia. Usługa ta różni się pomiędzy regionami kraju. Radom powiatowym za usługi tłumaczeniowe zwracane są środki z subwencji rządowych.

Telefony tekstowe i video telefony są dostarczane przez rady powiatowe, a koszty wyposażenia są pokrywane z subwencji rządowych. Rząd finansuje również krajową usługę relay, usługi tekstowe oraz video.

5.7 Pomoc osobista

Pomoc osobista jest jedynym w swoim rodzaju, indywidualnie dostosowanym programem wspierającym, który umożliwia osobom z głębokimi

niepełnosprawnościami wybór ich własnego sposobu życia. Zabezpiecza prawa i równe szanse. Pomoc osobista poprawiła jakość życia osób z głębokimi niepełnosprawnościami, jak również ich rodzin. Zwiększyła możliwości studiowania, pracy, uczestnictwa w życiu społecznym (Clevnert and Johansson, 2007).

Powyższa definicja jest definicją szwedzką. Jednak formy pomocy osobistej dostępne są we wszystkich krajach nordyckich, większości krajów zachodnich, Australii, części Azji, USA, Kanadzie. Nazewnictwo pomocy osobistej może się różnić w poszczególnych krajach, często jest to związane z kategoriami legislacyjnymi. Organizacja tej usługi, stopień jej kontrolowania przez użytkownika również różni się na całym świecie, a wpływ na nią ma administracja płatnością, prawem dot. zatrudnienia, itp.

Dobrze rozwinięty system ubezpieczenia społecznego i rent oznacza, że nikt nie musi powstrzymywać się od usługi i opieki z powodów ekonomicznych. Podstawą polityki jest system podatkowy, wszyscy płatnicy składek wspierają go finansowo na rzecz dobra ogólnego zgodnie ze swoimi możliwościami. Publiczne usługi są właściwie w większości finansowane z podatków. Użytkownik płaci jedynie drobną część kosztów (jakieś 4-5%). Największa część kosztów pokryta jest z podatków lokalnych (około 82-85%), pozostałe koszty pokrywają podatki krajowe.

Jednym z elementów reformy dot. niepełnosprawności było wprowadzenie pomocy osobistej oraz zasiłku pomocowego. Wcześniej, osoby z szerokim wachlarzem potrzeb nie otrzymywały koniecznej pomocy poprzez usługi opiekunów domowych. Wiele osób nie miało żadnego wpływu na otrzymywaną pomoc. Niektóre musiały mieszkać w specjalistycznych instytucjach lub szpitalach ponieważ nie mogły otrzymać odpowiedniego wsparcia w swoich domach.

Program pomocy osobistej został stworzony według modeli zaczerpniętych z Ruchu Niezależnego Życia, które swój początek miało w Stanach Zjednoczonych w latach 70-tych.

Prawo do osobistej pomocy jest zagwarantowane na podstawie dwóch ustaw: ustawy LSS dot. Wsparcia i usług dla osób z niektórymi funkcjonalnymi dysfunkcjami oraz ustawy o świadczeniach asystenckich. Odpowiedzialność za stronę finansową i zasiłek/dodatek pomocowy jest podzielona pomiędzy państwo i władze samorządowe. Władze państwowe reprezentowane są przez Agencję Ubezpieczenia Społecznego. Jeśli

pomoc potrzebna jest na 20 godzin tygodniowo, bądź mniej, władze samorządowe pokrywają koszty. Osoba potrzebująca asysty składa wniosek do biura usług społecznych. Jeśli osoba potrzebuje asysty w podstawowych potrzebach na więcej niż 20 godzin tygodniowo, wnioskuje w Agencji Ubezpieczenia Społecznego. Władze samorządowe pokrywają koszt do 20 godzin, a państwo jest odpowiedzialne za pozostałe. Uprawnienia do korzystania z tych usług zgodnie z prawodawstwem mają osoby spełniające pewne warunki, a mianowicie osoba taka musi mieć podstawowe potrzeby asysty w życiu codziennym takie jak: ubranie/rozebranie, asystę w jedzeniu i higienie osobistej, asystę w komunikacji. Jeśli ktoś potrzebuje pomocy w tych podstawowych czynnościach, ma też prawo do asysty w innych codziennych czynnościach takich jak zakupy, czas wolny. Zarówno dzieci, jak i dorośli mogą otrzymać pomoc osobistą. Jednak osoba musi mieć poniżej 65 lat.

5.8. Wsparcie osób głuchoniewidomych w Szwecji

Osoba głuchoniewidoma w Szwecji ma prawo otrzymania wsparcia, tak jak osoby z innymi niepełnosprawnościami. Są różne formy wsparcia: usługi transportowe (taksówki w cenie opłaty za przejazd autobusem), usługa pomocy domowej, osobista asysta, pomoce techniczne, adaptacja mieszkania, renta, dodatek z tytułu niepełnosprawności (kompensacja za wyższe koszty utrzymania ze względu na niepełnosprawność), habilitacja, rehabilitacja, płaca wyrównawcza (rząd opłaca część pensji osoby niepełnosprawnej), pomoce techniczne w pracy. Z tego rodzaju wsparciem wiele osób głuchoniewidomych może wieść normalne życie – same, ze swoimi rodzinami bądź w wynajętym mieszkaniu (tzw. service flat, są to mieszkania sprzątane przez administrację budynku). Niektóre osoby głuchoniewidome znajdują zatrudnienie. Technologia komputerowa daje osobom głuchoniewidomym lepsze możliwości wykonywania, np. pracy biurowej. Są rządowe oraz samorządowe środki przeznaczone specjalnie dla tej grupy osób, np. usługi tłumaczeniowe. Każdy powiat jest zobowiązany przez prawo zorganizowania usługi tłumacza dla osób głuchych, głuchoniewidomych oraz słabosłyszących. Usługę opłaca rząd, a użytkownik nie wnosi żadnych opłat za nią. Osoby potrzebujące mogą zgłosić się do ośrodka tłumaczeniowego i poprosić o tłumaczenie, kiedy tylko uważają je za konieczne (spotkania, zakupy, nauka, rozrywka, wizyta u lekarza). Jednakże to władze decydują o przyznaniu tłumacza. Wciąż zauważalny jest ich brak, który prawdopodobnie potrwa jeszcze kilka lat. Tłumacz

osoby głuchoniewidomej pomaga jej utrzymywać kontakt z otoczeniem, jego rola jest niezmiernie ważna: tłumaczenie dla osób głuchoniewidomych nie polega jedynie na translacji – tłumacz również informuję taką osobę, co się dzieje, kto mówi, jak wygląda pomieszczenie... Spełnia również funkcję przewodnika jeśli zachodzi taka potrzeba. Szkolenie tłumaczy osób głuchoniewidomych przebiega podobnie jak tłumaczy języka migowego. Muszą znać język migowy, jak również inne metody komunikacji, którymi posługują się osoby głuchoniewidome, studiują również edukację obywatelską, język szwedzki, etykę, psychologię, politykę, brajla oraz przedmioty ściśle związane z niepełnosprawnością. Otrzymują podstawową wiedzę na temat schorzeń wzroku i słuchu, pomocy technicznych, oraz są szkolone na przewodników osób niewidomych. Szkolenie trwa cztery lata. Osoby głuchoniewidome otrzymują pomoce techniczne nieodpłatnie, np. wibrujące budziki, termometry, szkła powiększające, białe laski, zegarki brajlowskie. Pomoce techniczne są opłacane ze środków powiatowych, z wyjątkiem telefonów tekstowych, które są finansowe przez specjalną subwencję rządową. Na ogół osoba głuchoniewidoma otrzymuje komputer ze specjalnym programem, modemem, odpowiednio zaadaptowany. Osoba wyposażona w telefon tekstowy może otrzymać mniejszy, tańszy, by umieścić go u słyszącego krewnego bądź bliskiego przyjaciela, z którym pozostaje w częstym kontakcie. Osoby głuchoniewidome z innymi niepełnosprawnościami mogą mieszkać w specjalnych domach, gdzie znajduje się personel oferujący im stałe wsparcie i rehabilitację. Osoby głuchoniewidome czytające brajla mogą otrzymywać każdego dnia mały newsletter (z wyjątkiem niedziel). Dwa razy w tygodniu ukazuje się większy magazyn w brajlu, powiększonym druku i wersji dźwiękowej. Dzięki newsletterowi mogą zapoznać się z najważniejszymi informacjami. W magazynie znajdują się dłuższe artykuły. Krajowa brajlowska biblioteka prowadzi również usługę wydruku w brajlu dla osób głuchoniewidomych. Osoba głuchoniewidoma może przekazać materiały – listy, artykuły, przepisy (nie całą książkę) do biblioteki i otrzymać je wydrukowane w brajlu. Usługa ta jest bezpłatna. Ośrodki rehabilitacji wzroku i słuchu w każdym powiecie odpowiedzialne są za pomoce techniczne dla osób głuchoniewidomych (lupy, pomoce wspomagające słyszenie, inny sprzęt). To one również szkolą osoby głuchoniewidome w zakresie odpowiedniej komunikacji. 200 kilometrów od Sztokholmu znajduje się ośrodek rehabilitacyjny dla osób niesłyszących oraz głuchoniewidomych z innymi niepełnosprawnościami. Ośrodek ten również inicjuje badania nad głuchoślepotą i rozwój usług adresowanych do osób

głuchoniewidomych, a także wspiera powiaty w rozwijaniu działań na rzecz głuchoniewidomych osób. Ich zadaniem jest poradnictwo, edukacja, konsultacje oraz udzielanie informacji dot. głuchoślepoty. Są również instytucje, które rehabilitują osoby niepełnosprawne w celu uzyskania przez nie zatrudnienia.

6. Usługi świadczone na rzecz osób niepełnosprawnych w Niemczech

Politykę dotyczącą osób niepełnosprawnych w Niemczech najlepiej można scharakteryzować na podstawie Ustawy o pokonywaniu bezrobocia wśród osób głęboko niepełnosprawnych, Księgi Kodeksu Socjalnego, Ustawy o Równych Szansach dla Osób Niepełnosprawnych. Pomoc społeczna finansowana jest z budżetu publicznego, zwłaszcza z budżetu samorządów. Istotne jest również finansowanie sektora socjalnego z zysku publicznych gier liczbowych.

Potrzeba reformy w tym tak ważnym obszarze polityki społecznej stała się jasna w rezolucji koalicji międzyparlamentarnej: „Integracja osób niepełnosprawnych jest pilnym zadaniem obejmującym sferę polityczną oraz społeczeństwo, przyjętą przez parlament niemiecki jednogłośnie w maju 2000 roku. Rezolucja Parlamentu niemieckiego wpływa na głęboką zmianę samopostzegania się osób niepełnosprawnych oraz podstaw polityki dot. osób niepełnosprawnych.

„Polityczne wysiłki już nie skupiają się na ochronie i opiece dla osób niepełnosprawnych, ale na ich samostanowieniu dot. udziału w życiu w ramach społeczeństwa oraz na eliminacji przeszkód stojących na drodze ich równych szans. Poprzez dodanie drugiego zdania do artykułu 3 paragraf 3 Prawa Podstawowego w 1994 roku Niemiecki Federalny Parlament (German Federal Parliament) również stworzył obowiązek dla areny politycznej oraz społeczeństwa dążenia do osiągnięcia integracji osób niepełnosprawnych w rodzinie, pracy i życiu codziennym. Wypełnienie tego obowiązku jest pilnym politycznym i ustawodawczym zadaniem.

Rezolucja rozważała, że była potrzeba ustawodawstwa by uporządkować prawo osób niepełnosprawnych do wsparcia i solidarności jako części uniwersalnych i uznanych praw obywatelskich, jako konieczny warunek osiągnięcia celu: „umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenia życia i samostanowienia o nim.

Osoby niepełnosprawne nie są już i nie chcą być, przedmiotem opieki społecznej w kontekście administracyjno-biurokratycznym, a w zamian podmiotem codziennego życia o którym samo-stanowią. Nie definiują siebie jedynie jako odbiorców społecznych zasiłków. Dlatego legislacja dot. polityki społecznej jest blisko powiązana z wezwaniem

do realizacji koncepcji równych szans dla osób niepełnosprawnych, lub, jak, stanowi pierwszy paragraf Dziewiątej Księgi Kodeksu Socjalnego „promocji ich samostanowienia i równego uczestnictwa w życiu w ramach społeczeństwa”.

Samostanowienie i uczestnictwo zamiast wyłącznie opieki społecznej jest zasadą przewodnią w polityce dot. osób niepełnosprawnych. Trend ten pozyskał poparcie w Parlamencie Federalnym (Federal Parliament) oraz w Radzie Federalnej (Federal Council), jak również szeroko zakrojone wsparcie w społeczeństwie.

Sukces ten w zdecydowanej mierze oparty jest na nowym rozumieniu polityki. Jest to kwestia nie tylko polityki na rzecz osób niepełnosprawnych, ale w szczególności kształtowania polityki wraz nimi. Korzystanie z ich umiejętności na etapie prac legislacyjnych było, i jest, kluczem do sukcesu.

To osoby niepełnosprawne najlepiej wiedzą, co jest dla nich dobre i ważne. Jako eksperci we własnej dziedzinie, mają doświadczenie oraz kompetencje, i mogą dostarczyć ważnych informacji i propozycji, w jaki sposób uregulowania prawne i środki powinny zostać zaprojektowane, tak, by osoby niepełnosprawne miały największą szansę uczestnictwa we wszystkich obszarach życia społecznego. Z tego powodu, stowarzyszenia i organizacje osób niepełnosprawnych były zaangażowane w procedurę legislacyjną nie tylko wówczas kiedy była gotowa robocza wersja Dokumentu, ale rzeczywiście od samego początku kiedy tylko pojawiła się potrzeba dyskusji nad możliwą zawartością Dokumentu.

Miało to miejsce nie tylko w formie tzw. wysłuchań (public hearing), ale również podczas konstruktywnych dyskusji nad problemami i życzeniami; propozycje były dyskutowane, a pytania otwarte wyjaśniane. Podczas tych konstruktywnych dyskusji, rozwijał się proces reform. Ta współpraca toczyła się aż do momentu ukończenia wszystkich procedur legislacyjnych, i nadal trwa.

Nacisk w polityce dot. osób niepełnosprawnych został wdrożony w trzech następujących dokumentach:

- Ustawa o zwalczaniu bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych
- Dziewiąta Księga Kodeksu Socjalnego – Rehabilitacja i uczestnictwo osób niepełnosprawnych oraz

- Ustawa o Równych Szansach Osób Niepełnosprawnych,

które pokrótce opisane są poniżej.

6.1 Ustawa o zwalczaniu bezrobocia wśród głęboko niepełnosprawnych osób

Ustawa ta z dnia 29 września 2000 uzupełniła potrzebną zmianę w polityce dot. rynku pracy dla osób głęboko niepełnosprawnych. Pokrótce: Podobnie jak w Polsce w Niemczech, publiczne i prywatne przedsiębiorstwa o pewnym rozmiarze mają obowiązek zatrudnienia osób niepełnosprawnych w określonych proporcjach (obowiązkowe stanowiska). Jeśli pracodawca nie wypełni tego obowiązku jest zmuszony miesięcznie wpłacać składkę za stanowisko niezajęte przez osoby niepełnosprawne. Pieniądze te pożytkuje się na specjalne świadczenia mające na celu promocję udziału osób głęboko niepełnosprawnych w życiu zawodowym oraz świadczenia przeznaczone na asystenta zawodowego.

6.2 IX Księga Kodeksu Socjalnego – Rehabilitacja i partycypacja osób niepełnosprawnych

Drugim filarem polityki dotyczącej osób niepełnosprawnych jest IX Księga Kodeksu Socjalnego – Rehabilitacja i partycypacja osób niepełnosprawnych (Socialgesetzbuch Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), która weszła w życie 1 lipca 2001. Stanowi ona filar polityki społecznej i ogólnej rządowej koncepcji polityki dot. osób niepełnosprawnych.

Społeczne dodatkowe świadczenia rehabilitacyjne oraz dot. partycypacji nie są w Republice Federalnej Niemiec przypisane jednej niezależnej organizacji pomocowej, lecz zagwarantowane jako częściowe zadania wśród innych zadań dużej liczby społecznych organizacji pomocowych. W przeszłości powodowało to nierówności pomiędzy indywidualnymi organizacjami, zarówno w zakresie oferty, jak i stopnia, trudności dla osoby niepełnosprawnej dotyczących znalezienia organizacji kompetentnej w tym systemie, w każdej kwestii i opóźnień w zatwierdzeniu świadczeń, a w szczególności weryfikacji kompetencji społecznych organizacji.

Dziewiąta Księga Kodeksu Socjalnego wprowadza siedem zupełnie różnych obszarów świadczeń społecznych finansowanych częściowo ze składek, częściowo z podatków. Zabezpieczenia, które znajdowały się w różnych ustawach oraz rozporządzeniach,

zostały połączone. Prawo rehabilitacyjne jest w tej chwili bardziej zrozumiałe i bardziej czytelne. Przy udziale wszystkich organizacji dostarczających świadczenia rehabilitacyjne została osiągnięta nowa jakość współpracy. Korzystają z tego przede wszystkim te osoby niepełnosprawne, które potrzebują pomocy kilku organizacji zajmujących się rehabilitacją. Dzięki Dziewiątej Księdze Kodeksu Socjalnego polityka społeczna stała się przyjazną obywatelom. Jednym z głównych punktów wyjścia jest to, że: usługi społeczne muszą podążać za obywatelem, a nie odwrotnie.

Celem społecznych świadczeń, zgodnie z ustępem 1 Księgi Kodeksu Socjalnego jest promocja samostanowienia osób niepełnosprawnych. Cel ten ma być osiągnięty szybko, skutecznie, ekonomicznie, a w perspektywie długofalowej razem ze świadczeniami medycznymi, zawodowymi oraz społecznymi. Zgodnie z ustanowionymi celami świadczenia te są podsumowane jako „świadczenia na rzecz partycypacji”.

Dziewiąta Księga Kodeksu Socjalnego umiejscawia osoby niepełnosprawne w centrum zainteresowania. Partycypacja i samostanowienie zajmują pierwszorzędne miejsce. Osoby niepełnosprawne lub zagrożone niepełnosprawnością mają możliwość określenia swoich własnych potrzeb jak najszybciej to możliwe i na ich własną odpowiedzialność. Postępując w ten sposób otrzymują wsparcie, którego potrzebują, aby osiągnąć możliwość równej partycypacji w społeczeństwie, poprzez specjalne świadczenia na rehabilitację medyczną oraz na udział w życiu zawodowym i społecznym. Niepełnosprawność jest albo do uniknięcia, albo zrekompensowania, bądź przezwyciężenia. Udział stowarzyszeń osób niepełnosprawnych oraz przedstawicieli niepełnosprawnych kobiet w wielu miejscach jest uregulowany właśnie przez kodeks.

Dziewiąta Księga Kodeksu Socjalnego poprawia sytuację finansową osób niepełnosprawnych. na przykład, uprzednio obowiązujące sprawdzenie potrzeb, tak, by określić świadczenia na społeczną pomoc, rehabilitację medyczną oraz udział w życiu zawodowym.

Odnosi się to również do świadczeń w życiu zawodowym: na polu warsztatów dla osób niepełnosprawnych oraz na asystę dla osób głęboko niepełnosprawnych, które otrzymują opiekę w specjalnych instytucjach. Stąd, z tymi świadczeniami osoby niepełnosprawne są aktualnie traktowane w ten sam sposób, bez względu na to, która z organizacji rehabilitacyjnych jest odpowiedzialna za dostarczenie świadczeń.

Ponadto, zostało spełnione żądanie przedstawiane od wielu lat przez osoby niepełnosprawne poprzez zmianę zapisów regulujących możliwość organizacji socjalnej pomocy zwracania się do rodziców zobligowanych do płacenia alimentów dorosłym dzieciom, które otrzymały integracyjną pomoc dedykowaną osobom niepełnosprawnym bądź pomoc na opiekę w instytucji opiekuńczej. W takich przypadkach nie ma już potrzeby sprawdzania dochodów majątku rodziców i roszczenia o alimenty dorosłych dzieci wobec rodziców, rodzice przekazują do organizacji pomocy socjalnej w wysokości zryczałtowanej sumy ok. 26 euro miesięcznie. Jeśli dorosłe niepełnosprawne dziecko lub dziecko potrzebujące długotrwałej opieki nie ukończyły jeszcze 27 roku życia, rodzice mogą ubiegać się o uprzednio obowiązującą umowę pomocową zamiast płacenia 26 euro miesięcznie, poprzez wypełnienie odpowiedniego wniosku. W tym wypadku muszą jednakże podlegać sprawdzeniu dochodów oraz stanu majątkowego jak uprzednio.

Poprawa również nastąpiła w zapłatach za zatrudnienie w warsztatach dla osób niepełnosprawnych. Wszystkie osoby niepełnosprawne zatrudnione w warsztatach dla niepełnosprawnych obecnie otrzymują zasiłek wspierający poza ich płacą, jeśli płaca wraz z zasiłkiem nie przekracza 325 euro.

Dalszym celem jest powiększenie/rozwinięcie praw osób niepełnosprawnych do wyrażania życzeń i dokonywania wyborów. Zarówno w wyborze świadczeń, jak i ich wdrażaniu świadczeń uzasadnione życzenia muszą być spełnione, a indywidualne osobiste okoliczności poszanowane. Np. uzasadnionym życzeniem jest jeśli samotna matka lub ojciec wybierają instytucje rehabilitacyjne, do których zabierają swoje dziecko lub jeśli proszą o częściowe środki ponieważ chcą opiekować się własnym dzieckiem lub pracują w niepełnym wymiarze godzin.

Obejmuje to również osoby upoważnione do świadczeń mogą otrzymywać świadczenia finansowe zamiast świadczeń w naturze (rzeczowych) jeśli chcą zorganizować rehabilitację na swą własną odpowiedzialność. Krzysztof Balon i Werner Hesse w ekspertyzie „Standaryzacja a system świadczenia usług pomocy społecznej w Niemczech” wskazują, że „budżet osobisty” dla osób niepełnosprawnych jest rodzajem finansowego ekwiwalentu. Środki te mogą być przeznaczone na usługi z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej, lub rehabilitację indywidualną. „W określonych odstępach czasu (np. co 6 miesięcy) instytucja wypłacająca środki, dokonuje ewaluacji, weryfikacji wyników procesu rehabilitacji i podejmuje decyzję o kontynuowaniu wypłat

bądź o powrocie do tradycyjnego systemu. (...) zwolennicy tego rozwiązania podkreślają jego zbieżność z zasadą ochrony godności ludzkiej, przeciwnicy zaś – zagrożenie dla procesu rehabilitacji wynikające z dużej swobody dysponowania środkami.” (Krzysztof Balon, 2010)

Dziewiąta Księga Kodeksu Socjalnego ułatwia i przyspiesza dostęp do potrzebnych świadczeń. Celowi temu służą przede wszystkim nowe procedury, krótki okres podejmowania decyzji i sprawozdań, oraz ustanowienie wspólnych jednostek usługowych wszystkich organizacji zajmujących się rehabilitacją na poziomie regionu. Jednostki wspólnych usług są propozycją wyczerpującej/dokładnej pomocy osobom bez względu na organizację i dostawców, w szczególności, by poinformować ich o warunkach koniecznych do uzyskania świadczeń oraz świadczeń organizacji zajmujących się rehabilitacją, pomocy w wyjaśnieniu potrzeby rehabilitacji oraz kiedy świadczenia są do uzyskania, a tym samym do usunięcia biurokratycznych przeszkód dla osób poszukujących porady. Jeśli osoba niepełnosprawna wyraża zgodę, to stowarzyszenia osób niepełnosprawnych, również stowarzyszenia niezależnej opieki społecznej, grup samopomocowych lub przedstawiciele kobiet niepełnosprawnych, są zaangażowane w udzielanie porad.

Dziewiąta Księga Kodeksu Socjalnego uwzględnia, na wiele sposobów, potrzeby kobiet. Niektóre z problemów właściwe kobietom są trudniejsze do rozwiązania w przypadku kobiet niepełnosprawnych. Niepełnosprawne kobiety pozostają częściej bez zatrudnienia i uczestniczą mniej w rehabilitacji. Przez długi czas domagały się poprawy swojej sytuacji materialnej. Postulat ten został rozwiązany poprzez rozwój oferty świadczeń umożliwiających udział w życiu zawodowym w pobliżu domu w celu zapewnienia równych praw w życiu zawodowym niepełnosprawnym kobietom.

6.3 Ustawa o Równych Szansach dla Osób Niepełnosprawnych

Trzecim filarem nowej polityki dot. osób niepełnosprawnych Federalnej Republiki Niemiec jest Ustawa o Równych Szansach dla Osób Niepełnosprawnych, która weszła w życie 1 maja 2002 r.

Dzięki tej ustawie zakaz dyskryminacji zawarty w ustawie zasadniczej jest wdrażany w obszarze całego prawa publicznego.

Ustawa służy zapewnieniu równych praw osobom niepełnosprawnym na wszystkich polach życia oraz praktycznego stosowania ich w życiu codziennym. Jest to kwestia eliminacji przeszkód stojących na drodze równych szans.

W tej procedurze legislacyjnej kompetencje osób niepełnosprawnych zostały wykorzystane: dwóch członków Forum Niepełnosprawnych Prawników, którzy ówczesnie stworzyli ważne podstawy poprzez stworzenie swojego własnego roboczego dokumentu, również odegrali aktywną rolę w projektowaniu roboczego dokumentu.

Istotą Ustawy o równych szansach dla osób niepełnosprawnych jest stworzenie dokładnie rozumianego otoczenia bez barier. Otoczenie bez barier zależy od wszechstronnego dostępu oraz nieograniczonego korzystania ze wszystkich zaprojektowanych przestrzeni. Osoby niepełnosprawne mają mieć możliwość uczestnictwa we wszystkich obszarach życia, tj. dostęp do budynków oraz środków transportu w zwykły sposób, bez szczególnych trudności oraz bez pomocy od innych osób.

Cel otoczenia bez barier obejmuje, oprócz usuwania barier przestrzennych dla wózków inwalidzkich oraz osób poruszających się z trudnościami, projektowania środowiska w sposób kontrastowy dla osób słabowidzących. Ponadto pociąga to za sobą rozwój komunikacji bez barier: korzystanie z tłumaczy języka migowego lub dostępne media elektroniczne. Dodatkowo trzy rozporządzenia weszły w życie w lipcu 2002, które zobowiązywały władze federalne do zapewnienia środowiska bez barier w szerszym sensie tego słowa.

Osoby z dysfunkcją słuchu lub mowy mają prawo, kiedy określają swoje własne potrzeby w procedurach administracyjnych ze wszystkimi władzami federalnymi do komunikowania się w niemieckim języku migowym lub odpowiednie pomoce komunikacyjne. Władze mają pokryć koszty tej usługi.

Na mocy rozporządzenia o dostępnych dokumentach w Federalnej administracji wszystkie niewidome i słabowidzące osoby mają prawo, kiedy dochodzą swych praw w procedurach administracyjnych, do otrzymania dokumentów w formacie, który jest dostępny dla nich. Nowoczesna elektroniczna komunikacja umożliwia wysłanie tych dokumentów emailem jeśli osoba niewidoma/słabowidząca ma dostęp do Internetu oraz komputer z linijką brajlowską lub oprogramowaniem dźwiękowym. Kiedy jest to

konieczne, istnieje możliwość dostarczenia dokumentu zapisanego na dyskietce lub CD, w wydruku brajlowskim lub druku powiększonym.

W końcu rozporządzenie dot. technologii informacyjnej bez barier dla administracji zawiera konieczne warunki dla ofert w Internecie i czasu realizacji. W zasadzie, osoby niepełnosprawne mają mieć możliwość korzystania z informacji z wszystkich publicznych internetowych prezentacji oraz ofert Federalnych obiektów (infrastruktury) bez ograniczeń.

Nowe narzędzie uzgodnionych celów w przyszłości będzie odgrywać znaczącą rolę w polityce równych praw. Z tego właśnie powodu przedsiębiorstwa i stowarzyszenia osób niepełnosprawnych uznanych przez Federalne Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych mogą decydować o ich własnej odpowiedzialności dotyczącej tego w jaki sposób i w jakim czasie koncepcja wolnego od barier środowiska jest realizowana na miejscu. bezpośrednio zaangażowani są w stanie uzgodnić zasady tworzenia środowisk bez barier, które są dostosowywane do odpowiednich okoliczności i potrzeb. W ten sposób uzgodnione cele są po to, by elastycznie ułatwiać zabezpieczenie oraz dostosowywać prawo proporcjonalności.

Takie prawo jest prawem wypełnionym życiem. Osoby niepełnosprawne będą mogły niezależnie wnieść swoje cele i pomysły jako partner w negocjacjach ze społecznością biznesową i na swoją własną odpowiedzialność. Jest to dla nich dowód modelowej zmiany: z przedmiotu na podmiot.

Administracja Federalna wdraża Ustawę równościową. Federacja zawarła zobowiązanie budowy nowych budynków do celów publicznych, jak również duże modernizacje wolne od barier. Ogólnie uznane zasady technologiczne projektowania bez barier mają być dostosowane, takie jak odpowiednia norma DIN (Deutsches Institut für Normung/ /Niemiecki instytut na rzecz standaryzacji) środowiska bez barier.

Szczególne znaczenie przywiązuje się do stopniowego wdrażania otoczenia w lokalnym transporcie kolejowym i lotniczym.

Organizacje publicznego transportu mają zaprojektować nowe pojazdy oraz infrastrukturę transportu w taki sposób, by osoby niepełnosprawne mogły korzystać z nich niezależnie i bez szczególnych przeszkód. W planie dot. transportu lokalnego, po

wysłuchaniu komisarzy lub rad pomocniczych zajmujących się sprawami osób niepełnosprawnych, powinno zostać uwzględnione jak otoczenia bez barier można osiągnąć możliwie szybko, na przykład na przystankach oraz pojazdach. Kolejne zobowiązane są do szkicowych programów projektowania obiektów kolejowych oraz pojazdów. Transport lotniczy musi w szczególności dostosować się do zasad otoczenia bez barier.

Finansowa pomoc od Federacji dla landów na inwestycje poprawiające lokalną sytuację transportu jest w tej chwili przewidywana tylko na projekty uwzględniające aspekt „bez barier”.

Możliwości stworzone przez Dziewiątą Księgę Kodeksu Socjalnego realizacji indywidualnych roszczeń osób niepełnosprawnych zgodnie z którą stowarzyszenie może dochodzić prawa indywidualnej osoby niepełnosprawnej w sądzie za ich zgodą, ustawa o równych szansach dla osób niepełnosprawnych przewiduje, że stowarzyszenia uznane przez Federalne Ministerstwo Pracy i Spraw Społecznych może podjąć kroki prawne bezpośrednio jako stowarzyszenie w celu dochodzenia równych praw osób niepełnosprawnych. To działanie podejmowane przez stowarzyszenie nie jest dodatkowe do działań podejmowanych przez indywidualne osoby niepełnosprawne, ale zwłaszcza w sytuacjach, w których jednostka nie ma takiej możliwości.

Ustawa o równych szansach dla osób niepełnosprawnych przede wszystkim zamyka koło ważnego ustawodawstwa umożliwiającego osobom niepełnosprawnym określenie i organizowanie ich życia oraz pomocy, którą uznają za niezbędną dla nich. Rozbudowa i dalszy rozwój prawnych, społecznych i politycznych warunków koniecznych stanowią integralną część koncepcji, by realizować indywidualne samostanowienie w warunkach społecznej solidarności.

Opracowanie: mgr Anna Woźniak-Szymańska

Bibliografia:

1. Roman Ossowski, „Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji”, Bydgoszcz, 1999, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej
2. Hanna Żuraw, „Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym”, Warszawa 2008, Wydawnictwo Akademickie ŻAK
3. Colin Barnes, Geod Mercer, „Niepełnosprawność”, Warszawa 2008, Wydawnictwo Sic! s.c.
4. Encyklopedyczny słownik rehabilitacji, Warszawa, 1986, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich
5. Bożena Kołaczek, „Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych”, Warszawa, 2010, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych
6. Gertruda Uścińska, „Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich”, Warszawa 2005, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych
7. Deborah Teutsch Smith, „Pedagogika specjalna”, Warszawa, 2009, Wydawnictwo Naukowe PWN
8. Rehabilitation standards, hallmarks of a good provider, UK Rehabilitation Council, 2009
9. Academic Network of European Disability Experts, reports on the social inclusion and social protection of disabled people in European countries
10. Disability policy in Sweden, Journal of disability policy studies, vol.14/No.3/
11. International Encyclopedia of Rehabilitation, Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange, 2010
12. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and legislation, Council of Europe Publishing

13. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 (Rezolucja 48/96).

14. Europejska Karta Społeczna