



## Fiszka źródłowa

### Od wizji medycznej do społecznej wizji niepełnosprawności

#### Część modułu/ D

##### 1/ Problematyka

Opracowanie stanowi przegląd definicji niepełnosprawności w kontekście modelu medycznego i społecznego. Wskazuje ono zmiany definiowania niepełnosprawności – od modelu medycznego, poprzez społeczny aż do perspektywy biopsychospołecznej.

##### Źródła:

- Barnes C., Thomas C. (2006). Introduction to part I: Disability Studies. W: L. Barton (red.), Overcoming disabling barriers. 18 years of disability and society (s. 3–7). London – New York: Routledge.
- Charlton J. (2000). Nothing about us without us. Disability oppression and empowerment. Berkeley – Los Angeles: University of California Press.
- Conrad P. (1992). Medicalization and social control. Annual Review of Sociology, 18, 209–232.

##### 2/ Kontekst

###### a) Kontekst międzynarodowy

**Model medyczny** to najbardziej tradycyjny sposób postrzegania osoby z niepełnosprawnością, dominujący do końca lat 60. ubiegłego stulecia. W ramach tego paradygmatu osoba z niepełnosprawnością jest traktowana nie jako człowiek (podmiot), lecz jako “przypadek medyczny”, jako przedmiot zabiegów lekarzy i personelu medycznego. Szanse i możliwości rozwojowe osoby z niepełnosprawnością pozostają poza obszarem zainteresowania wymienionych specjalistów. Jest ona izolowana w zakładach zamkniętych i poddana rutynowej opiece ograniczającej się do zaspokojenia potrzeb bytowych i leczenia rozumianego głównie jako podawanie leków. Długofalowa pomoc udzielana osobie z niepełnosprawnością (zwłaszcza finansowana ze środków publicznych) jest możliwa wyłącznie poza domem rodzinnym, w specjalnych placówkach – np. szpitalach psychiatrycznych, zakładach opiekuńczych. Pomoc ta ma więc charakter zinstytucjonalizowany, wymagający podporządkowania się (na zasadach całkowitej zależności) rygorom obowiązującym w tych placówkach. Według tego paradygmatu osoby z niepełnosprawnościami uznawane są za ludzi chorych i niepełnowartościowych, których należy oddzielić od społeczeństwa, a segregację tę uzasadnia się dobrem pacjenta.

**Model społeczny** (rozwijany od lat 90. ubiegłego stulecia) oparty jest na idei praw człowieka i propaguje pełne uczestnictwo osoby z niepełnosprawnością w życiu



społecznym. W ramach **paradygmatu obywatelskiego** osoba z niepełnosprawnością jest traktowana podmiotowo; uznaje się, iż należy jej udostępniać wszystkie możliwości, z których korzysta ogół obywateli i obywaterek. Paradygmat ten promuje zasadę, że zamiast konstruowania specjalnych programów i aplikowania ich w specjalnych placówkach, osoby z niepełnosprawnościami powinny być wspierane w środowiskach, w których mieszkają. Zgodnie z tym paradygmatem to nie osobę z niepełnosprawnością należy przystosowywać do środowiska, lecz odwrotnie – to środowisko należy dostosować do jej potrzeb. Zamiast przygotowywanych i prowadzonych przez profesjonalistów/profesjonalistki programów należy dla osób z niepełnosprawnościami tworzyć sieć formalnych i nieformalnych grup wsparcia, aby ułatwić im radzenie sobie z wymaganiami codziennego życia. Miejscem, w którym osoba z niepełnosprawnością potrzebuje wsparcia nie jest zakład czy specjalna placówka, lecz własny dom, szkoła w sąsiedztwie, pobliski zakład pracy. Według **paradygmatu obywatelskiego**, osoba z niepełnosprawnością wymaga indywidualnego wsparcia, dostosowanego do jej konkretnych potrzeb. Kontrolę nad decyzjami dotyczącymi osoby z niepełnosprawnością sprawuje nie lekarz lub interdyscyplinarny zespół, ale ona sama – z ewentualnym wsparciem. Celem priorytetowym nie jest wyłącznie zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych jednostki i zmiana jej zachowania – ale samostanowienie i kontakty z innymi a także zmiana środowiska oraz panujących w nim postaw.

Egzemplifikacją takiego myślenia o niepełnosprawności jest **Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnościami**. Konwencja uzupełnia wcześniej przyjęte dokumenty dotyczące praw człowieka. Dotyczy ok. 650 mln osób niepełnosprawnych na całym świecie. Jest pierwszym międzynarodowym aktem prawnym, który odnosi się kompleksowo do osób niepełnosprawnych. Ma ona przyczynić się do poprawy ich sytuacji, poprzez umożliwienie im rzeczywistego korzystania ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności, na równi z innymi osobami. Wprowadza nową, ewoluującą **definicję niepełnosprawności** wg której pojęcie „osoby niepełnosprawne” (art. 1) obejmuje osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.

#### **b) Wdrażanie modelu społecznego na przykładzie Polski**

W Polsce **model społeczny** został przyjęty do oficjalnej polityki społecznej, ale w praktyce nie inkorporowano jego zasad w sposób zapewniający strukturalną, całościową zmianę podejścia do niepełnosprawności. Akty prawne konstytuujące politykę publiczną wobec niepełnosprawności w Polsce, były ustanawiane w okresie, gdy dominowało podejście medyczne do niepełnosprawności.

W polskim prawodawstwie główne zabezpieczenie praw osób niepełnosprawnych stanowi Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm), zapewniająca prawo do niedyskryminacji oraz nakładająca na władze publiczne obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym opieki zdrowotnej (art. 68) oraz pomocy w zabezpieczeniu ich egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej (art. 69).

W regulacjach ustawowych obowiązujących w Polsce mamy do czynienia z



fragmentaryzacją pojęcia „niepełnosprawność”, jej specyficznym określaniem ze względu na cel danej regulacji oraz ze względu na obszar życia społecznego, który jej podlega. Brakuje więc jednoznacznych ustaleń definicyjnych, nie ma aktu prawnego, który kompleksowo określałby w sposób powszechnie obowiązujący rozumienie niepełnosprawności oraz zobowiązania władz publicznych wobec osób z niepełnosprawnościami. **Definicje niepełnosprawności** różnią się między sobą pod względem stopnia, w jakim kładą nacisk na konkretny model niepełnosprawności (np. medyczny, społeczny), stosowania opisów interdyscyplinarnych lub opisów pojedynczych dyscyplin (np. medycyna w celu określenia prawa do świadczeń i usług), statusu definicji niepełnosprawności (definicje mogą być chronione przez prawo lub stanowić tylko część mechanizmu administracyjnego), czy celu (np. do celów rentowych).

Z perspektywy systemu instytucjonalnego podstawowe znaczenie ma konstruowanie kategorii niepełnosprawności w sensie prawnym. Obecnie w Polsce funkcjonują dwa odrębne **systemy orzecznictwa**. Pierwszy oferuje orzeczenia dla celów rentowych, wydawane przez lekarzy orzeczników ZUS. Drugi – orzeczenie wydawane przez powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, dla celów pozarentowych, niezbędne do korzystania z różnego rodzaju uprawnień. Oba te systemy koncentrują się wokół **diagnozy dysfunkcji** a nie **diagnozy funkcjonalnej**, która określa potrzeby i możliwości osoby z niepełnosprawnością. W sensie biologicznym za niepełnosprawne mogą zostać uznane osoby które nie posiadają prawnego orzeczenia, ale odczuwają ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku. System instytucjonalny w Polsce nie rozpoznaje innego rodzaju niepełnosprawności niż niepełnosprawność w sensie prawnym, co jest przejawem dyskryminacji.

Obowiązująca w Polsce definicja dotycząca prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób z niepełnosprawnościami, pochodzi z zapisów Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 r., nr 123, poz. 776), opierającej się przede wszystkim na ocenie społecznych i zawodowych ograniczeń. W myśl ustawy osobami niepełnosprawnymi nazywamy osoby, których „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolność do wykonywania pracy zawodowej” (art.1).

Inna definicja niepełnosprawności przyjmowana jest przez akty prawne związane z pomocą społeczną czy uprawnieniami do pomocy społecznej. Jest to definicja osoby z niepełnosprawnością z Ustawy z dnia 14 czerwca 1996 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. 1996 r., nr 100, poz. 459 z późn.zm.) stwierdzono, że jest to „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwale lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji”. Analogicznie Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. 2004 r., nr 39, poz. 353) posługuje się pojęciem osoby niezdolnej do podjęcia pracy zarobkowej: „Niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu”.



Charakterystyczną cechą tych regulacji jest koncentracja na samej osobie z niepełnosprawnością, jej deficytach osobistych oraz możliwościach działania i dostosowania się do wymogów społecznych. Inną cechą ujęcia niepełnosprawności w polskich aktach prawnych jest nacisk na jej ekonomiczny aspekt – zdolność do pracy i możliwość samodzielnego pozyskiwania środków utrzymania, co jest wynikiem celów, dla jakich są one ustanowione. Ustalenie takich celów wymaga określenia aparatu pojęciowego, jaki zostanie użyty do ich opisanie. Obecnie wspieranie osób z niepełnosprawnościami w Polsce jest związane z takimi pojęciami, jak „rehabilitacja zawodowa”, „rehabilitacja społeczna”, „zatrudnianie”, co nastrocza wiele kłopotów zarówno z powodu trudności w rozdzieleniu ich znaczeń i odróżnieniu opisywanych przez nie procesów, jak i dlatego, że są one rażąco anachroniczne na tle ukształtowanego przez międzynarodowe instytucje podejścia do niepełnosprawności jako zjawiska, które wymaga zastosowania specyficznych środków ułatwiających jednostce równoprawne funkcjonowanie w społeczeństwie. Zatem ustawodawstwo i praktyka administracyjna nadal pozostały w kręgu koncepcji polityki społecznej, która opiera się na dążeniu do maksymalnego dostosowania osoby z niepełnosprawnością do wymogów i oczekiwań otoczenia społecznego, a działania zmierzające do dostosowania otoczenia społecznego do wymagań tych osób nadal traktowane są jako mniej ważne lub w ogóle są pomijane.

### **3/ Cel (celowość)**

Część P - jak przedstawienie problemu, zdefiniowanie i określenie granic – opracowanie przedstawia sposoby definiowania niepełnosprawności, które początkowo zwracały uwagę wyłącznie na aspekt jednostkowy i medyczny tego zjawiska, by w końcu dostrzec jego społeczny charakter. Egzemplifikacją społecznego myślenia o niepełnosprawności jest Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnościami.

### **4/ Ograniczenia**

Wdrażanie społecznego modelu niepełnosprawności wymaga zmian na poziomie zarówno prawnym, jak i świadomościowym. Decydenci muszą zdobywać wiedzę na temat ww. kwestii.

### **5/ Perspektywy**

Aby minimalizować wskazane ograniczenia należy pogłębiać prawne zobowiązania międzynarodowe i europejskie do realizacji założeń Konwencji, i monitorować ten proces.

### **Dodatkowe uwagi:**

Brak uwag