

Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami w kontekście modeli niepełnosprawności

Rafał Maciąg

 <https://orcid.org/0000-0003-2571-2517>
Warszawski Uniwersytet Medyczny

 <https://doi.org/10.18778/8331-609-3.08>

Streszczenie

W Polsce notuje się dość niskie wskaźniki aktywności zawodowej oraz zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w porównaniu do innych krajów europejskich. Celem artykułu jest wskazanie przyczyn niskiego wskaźnika aktywności zawodowej w kontekście teoretycznych modeli niepełnosprawności. W społeczeństwie dominują postawy przychylne wobec zabezpieczeń społecznych, w tym skłaniające się ku pozostawaniu na rencie. System orzecznictwa lekarskiego jest skupiony na medycznej ocenie funkcji organizmu, co nie sprzyja kierowaniu do pracy, a system rehabilitacji jest rozproszony i nieczytelny dla beneficjentów. Z badań wynika, że system aktywizacji zawodowej wspierany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych nie spełnia pokładanych w nim oczekiwań. Utrzymuje się tradycyjny model indywidualny (medyczny) niepełnosprawności, ugruntowany przez rodzinną opiekę nad osobą z niepełnosprawnością. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która jest narzędziem przydatnym w ocenie zdolności do pracy w wielu krajach i regionach, w Polsce nie jest wdrażana. W celu zachęcenia do zmian wśród decydentów, lekarzy i pracodawców potrzebna jest szersza dyskusja nad wykorzystaniem procedur niezbędnych do oceny potencjału osób z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe:

aktywność zawodowa, klasyfikacja ICF, modele niepełnosprawności, orzecznictwo lekarskie, osoby z niepełnosprawnościami, rodzina osoby z niepełnosprawnością.

Economic activity of people with disabilities in the context of disability models

Abstract

In Poland, there are quite low rates of economic activity and employment of disabled people compared to other European countries. Aim. The aim of the chapter is to indicate the reasons for the low economic activity rate in Poland in the context of theoretical models of disability. Problem. The prevailing attitudes in society are favorable towards social security, including the tendency to remain on a pension. The medical certification system is focused on the assessment of body functions, which is not conducive to referral to work, and the rehabilitation system is dispersed and unclear to patients. Method. The chapter includes a research review, literature analysis of the subject and official data. Results and conclusions. System of economic activity supported by the State Fund for Rehabilitation of Disabled People does not meet expectations. The individual (medical) model of disability persists, strengthened by family care for a person with disability. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which is used in many countries and regions to assess work ability, is not implemented in Poland. To encourage changes decision-makers, doctors and employers, a broad discussion is needed on the use of procedures necessary to assess the potential of people with disabilities.

Keywords:

disability models, economic activity, family of person with disability, ICF classification, medical certification, people with disabilities.

Celem artykułu jest wskazanie przyczyn niskiego wskaźnika aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami w Polsce w kontekście teoretycznych modeli niepełnosprawności. W kilku krajach Europy (Polska, Irlandia, Chorwacja, Węgry, Słowacja, Rumunia) wskaźnik ten należy do najniższych (30–39% – osoby w wieku produkcyjnym 20–64 lat), a w krajach skandynawskich i w Szwajcarii jest najwyższy (70–75%) (Eurostat, 2024). Według Marka Rymczy (2013) rozbieżności te są spowodowane różnorodnością tradycji polityki społecznej i ustawodawstwa. Wśród osób z niepełnosprawnościami w Polsce w II kwartale 2023 r. w wieku produkcyjnym 18–59/64 lat, współczynnik aktywności zawodowej wyniósł 35%, a wskaźnik zatrudnienia 33% (według nowej metodologii liczenia odpowiednio te same współczynniki dla przedziału wieku 16–89 lat wynoszą 19,5% i 18,4%; Biuro Pełnomocnika Rządu ds. ON, BAEL GUS). Wśród bezrobotnych i poszukujących pracy największy odsetek stanowi grupa ludzi młodych do 24 roku życia. Współczynnik aktywności zawodowej ludności to udział aktywnych zawodowo danej kategorii w ogólnej liczbie ludności danej kategorii, a wskaźnik zatrudnienia to udział pracujących danej kategorii (metadane GUS). Kategorie i rozróżnienia na aktywność i bierność zawodową nie oddają rzeczywistości w sposób dosłowny i pokazują jedynie zmienne globalne. O aktywności można mówić już wtedy, gdy ktoś zajmuje się choćby twórczością rękodzielniczą, a o „bierności” przesądza definicja medyczna i fakt urzędowej rejestracji niezdolności do pracy. Większość zatrudnionych na rynku pracy to osoby stosunkowo młode, nieznacznie przeważają wśród nich kobiety (BAEL GUS). Liczba pracujących maleje wraz z wiekiem, znacznie szybciej wśród mężczyzn niż wśród kobiet, i wiąże się to z niższym wykształceniem i większym odsetkiem zatrudniania ich do prac fizycznych i jednocześnie z postępującym ograniczeniem zdolności do podjęcia zadaniom (Niedzielski, 2014). W dalszej części wykorzystano przegląd badań i literaturę przedmiotu. W kontekście aktywności zawodowej omówiono modele niepełnosprawności, system rehabilitacji w Polsce, orzecznictwo lekarskie i klasyfikację ICF oraz stosunek rodziny do podejmowania pracy przez jej niepełnosprawnego członka.

Idea samodzielności i prawo do pracy osoby z niepełnosprawnością nie podlegają dzisiaj dyskusji. Deklaracje tego rodzaju są owocem wielu zwrotów przede wszystkim w nauce, a spojrzenie na niepełnosprawność jeszcze kilkadziesiąt lat temu było zupełnie inne niż dzisiaj. Podejmowany problem socjologowie zwykli opisywać w ramach modeli niepełnosprawności zaznaczając w charakterystyczny sposób, iż niepełnosprawność warto przeanalizować na nowo (*re-thinking disability*) (Barnes, 2012; Gąciarz, 2014; Goering, 2015). Dyskusja ta w krajach anglosaskich doprowadziła do dużych zmian zarówno w obrębie języka niepełnosprawności, jak i respektowania praw obywatelskich, dostępu do edukacji włączającej czy zatrudnienia oraz korzystnych zmian w miejscach publicznych. W Polsce po 1989 r. sytuacja osób z niepełnosprawnościami jest co najmniej niejednoznaczna i to pomimo pojawiania się wielu programów i inicjatyw, zmiany świadomości społecznej i uwidocznienia niepełnosprawności (Ostrowska, 2015). Ogólnie biorąc nastąpiła zmiana jakościowa i ilościowa, gdyż mamy do czynienia z praktycznym upowszechnieniem szkół i klas integracyjnych, natomiast – jak wspomniano – wskaźniki aktywności zawodowej i zatrudnienia

są stosunkowo niskie w porównaniu z krajami europejskimi, w których system zabezpieczeń społecznych nie różni się zasadniczo od naszego. Przyczyn takiego stanu rzeczy można doszukiwać się w uwarunkowaniach historycznych, słabym egzekwowaniu prawa dotyczącego sfery zatrudniania osób z niepełnosprawnościami, a także rozproszonym systemie instytucjonalnym, który w założeniu ma je wspierać.

W ramach prawnych ustalone są określone normy i przywileje dotyczące rehabilitacji i zatrudnienia, jednak nie istnieją jasne kryteria wobec pracodawców, które poza wymaganiami technicznymi i finansowymi miałyby obowiązywać w zakresie postępowania z kandydatami na dane stanowiska. Osoba z niepełnosprawnością, która może i chce pracować, właściwie nie może bronić swoich praw poza przepisami istniejącej ustawy o rehabilitacji i zatrudnieniu z 1997 r. i ogólnymi zasadami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ z 2006 r. Poza kilkoma organizacjami, które dbają o porady prawne dla osób z niepełnosprawnościami, nie funkcjonuje u nas zorganizowany system doradców zawodowych. Wiele osób niepełnosprawnych posiada dyplomy szkół wyższych i niejednokrotnie mogą zatrudniać się na otwartym rynku pracy i zajmować nieco bardziej zróżnicowane stanowiska (Giermanowska, 2021), jednak można postawić tezę, że w Polsce nie prowadzi się aktywnej i wielosektorowej polityki zatrudnienia, gdyż głównymi instytucjami, na podstawie których osoba z niepełnosprawnością wyobraża swoją przyszłość, są nadal pracownicy medyczni i najbliższa rodzina. Polski model niepełnosprawności jest oparty głównie o zabezpieczenia płynące ze środków publicznych, i w ten sposób decyzje potencjalnego pracownika uzależnione są od najbliższego otoczenia i od decyzji wydanych przez lekarzy. Druga teza jest taka, że istnieją dwa rodzaje przywilejów, z których korzystają różne grupy osób z niepełnosprawnościami. Pierwszy rodzaj przywilejów opisuje socjologia medycyny w ramach koncepcji roli chorego/niepełnosprawnego, a tutaj jest to po prostu długotrwała ocena niezdolności do pracy i przywileje takie jak renta. Drugi rodzaj przywilejów jest sprzeczny z wcześniej wymienionymi, gdyż są to prawa obywatelskie do godnego zatrudnienia, które chcą mieć ci niepełnosprawni, którzy pragną być niezależni. Oczywiście o przyznaniu jednych i drugich decyduje stan zdrowia.

INDYWIDUALNY I SPOŁECZNY MODEL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Dyskurs naukowy o niepełnosprawności porównywany jest do zmian zachodzących w naukach przyrodniczych w postaci teoretycznych paradygmatów: charytatywnego, medycznego, społecznego i biopsychospołecznego (Wodecki, 2020). Wiadomo jednak, że dzisiejszy stan wiedzy i zastosowanie jej w praktyce wymaga podejścia ewolucyjnego a nie rewolucyjnego, co zdaniem Thomasa S. Kuhna (2009), autora pojęcia paradygmatu, jest warunkiem postępu naukowego i odrzucenia starej teorii. Chociaż traktowanie niepełnosprawności w swoistym zderzeniu paradygmatów wydaje się dość atrakcyjne, to w dalszej części będzie mowa raczej o modelach niepełnosprawności, gdyż owo ewolucyjne podejście i przenikanie się tych modeli okaże się niezbędne nie tylko dla nauki, lecz także z powodu praktyki życia codziennego. Wspomniane paradygmaty czy

też modele niepełnosprawności omawiane są na kilku płaszczyznach. Na jednej z nich znajduje się polityka społeczna i rehabilitacja, w ramach których trzeba wspomnieć najpierw o paradygmacie funkcjonalnym w naukach przyrodniczych i w pozytywizmie. Chodzi o leczenie i usprawnianie organizmu, przywracanie go do funkcjonalności za pomocą rehabilitacji. Choć proces rehabilitacji często jest ujmowany jako swego rodzaju wprowadzenie w świat społeczny, zawodowy, to jego założenia wypływają z zaspokojenia różnych potrzeb indywidualnych i biologicznych. Dlatego w tym nurcie mówi się o „modelu indywidualnym” niepełnosprawności, w którym obligatoryjne stało się rozumienie funkcjonalizmu antropologicznego i zarazem anatomomedycznego. W jego ramach dąży się do naprawiania organizmu za pomocą rozróżniania, co jest a co nie jest normą w rozumieniu funkcji ciała i umysłu; inaczej podejście to można nazwać biomedycznym (Gąciarz, 2014; Barnes, Mercer, 2008). Na polu socjologii rozumienie funkcjonalne było bardzo rozpowszechnione, a Spencer i Parsons definiowali społeczeństwo na modłę medyczną – jako organizm zbudowany z elementów współpracujących ze sobą. Toteż gdy pojedynczy organizm lub jego część nie działa w ustalony sposób i według oczekiwanych norm nie spełnia swoich funkcji, należy go naprawiać i leczyć, aby stał się funkcjonalny dla dobra całości systemu społecznego. Co istotne, koncepcja ta dotyczyła też wymiaru moralnego, toteż dysfunkcje i upośledzenia umysłowe nie mieściły się w wyznaczonych społecznie normach (Blaxter, 2010). Owo myślenie o jednostce z niepełnosprawnością przekładano na funkcjonowanie społeczne i przede wszystkim na przydatność ekonomiczną jednostek. Ukształtowanie określonej świadomości biomedycznej także przez psychiatrię ma swoją długą historię. W Europie i w USA uważano, że jednostki z trwałymi dysfunkcjami i upośledzeniami umysłowymi powinny przebywać na marginesie społeczeństwa, w szkołach specjalnych, w których orzeczenie lekarza decyduje o specjalnym traktowaniu – chorzy i niepełnosprawni nie mieli swoich praw i przywilejów, gdyż nie pracując nie spełniają oczekiwań społecznych. Takie podejście decydowało o postrzeganiu niepełnosprawności w niektórych krajach, gdzie medycyna kreowała podejście klas wyższych do polityki społecznej i zdrowia publicznego. Skrajnym tego przykładem była medycyna eugeniczna, wykluczająca osoby upośledzone umysłowo i chore psychicznie przez fizyczną eksterminację (Kirenko, 2020).

Przeciwny nurt do modelu indywidualnego niepełnosprawności stanowi model społeczny, który zainicjowano poprzez interdyscyplinarne badania nad niepełnosprawnością (*disability studies*). Autor terminu „społeczny model niepełnosprawności” Michael Oliver (1981) uzasadnia, że kluczowe dla zdefiniowania niepełnosprawności (*disability*), która nie była pojęciem wcześniej szerzej znanym, jest odrzucenie indywidualnego upośledzenia (*impairment*) i wszelkich spraw związanych z uwikłaniem medycznym. Instytucjonalna medycyna jest bowiem przyczyną dominacji ekspertów i etykietyzacji osób z niepełnosprawnościami (por. Barnes, Mercer, 2008). W zamian należy skupić się na opisie konsekwencji niepełnosprawności przyczyniających się do pogłębiania nierówności społecznych. Ale interesujący jest kontekst powstania tego modelu, czy może właśnie paradygmatu, gdyż była to rewolucja w sferze pojęć i teorii. Już od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku w Wielkiej Brytanii toczono dyskusję, na ile socjologowie medycyny potrafią za pomocą dostępnych metod naukowych opisywać codzienne problemy ludzi

z niepełnosprawnością. Na tym tle najbardziej znaczące było wystąpienie Paula Hunta, który wskazywał, iż osoby z niepełnosprawnością spotykają się z uprzedzeniami wyrażającymi się „w dyskryminacji, a nawet w ucisku (*oppression*)” (Hunt, 1966; za Thomas, 2019, s. 51). Takie sytuacje zdaniem Hunta można by porównać do doświadczenia ucisku grup mniejszościowych, na przykład z powodu odmiennej rasy. Należy dodać, że drugim pojęciem – oprócz ucisku, opresji – stało się „wykluczenie społeczne”, gdyż podkreślało ono strukturalne nierówności i brak uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym (Thomas, 2019). Takie rozumienie tych zagadnień przyczyniło się do niezwykle bogatego rozwoju badań nad dostępem do edukacji, zatrudnienia, mieszkalnictwa, wypoczynku, życia intymnego i innych dziedzin życia osób z niepełnosprawnościami (Barnes, Mercer, 2008).

Kwestię niepełnosprawności najlepiej zatem opisywać w tym nurcie z punktu widzenia interpretacji codziennych biografii i doświadczeń jednostek, co stanowi opozycyjną metodę badawczą do metod socjologii pozytywistycznej (ilościowej). Dyskusja ta odbywała się na tle szerszego rozwoju teorii i metod jakościowych w socjologii (np. Glaser, Strauss, 1967/2009), ale też dynamicznie rozwijających się wielodyscyplinarnych studiów nad niepełnosprawnością. W teorii z przedmiotu rozważań odrzucano wszelkie kwestie dotyczące indywidualnej charakterystyki medycznej, skupiając się na opisie konsekwencji niepełnosprawności, które zdaniem Carol Thomas (2019) najbardziej interesowały ówczesnych badaczy i aktywistów zafascynowanych teoriami ucisku klasowego. Według nich kwestie te przyczyniają się do pogłębiania nierówności społecznych i wytwarzają opozycyjne grupy: dominujących sprawnych i uciskane osoby niepełnosprawne. W 1976 r. powstał pierwszy duży ruch społeczny, mający na celu pokonywanie barier w dostępie do zatrudnienia w Wielkiej Brytanii: Związek Osób Niepełnosprawnych Fizycznie Przeciwno Segregacji (UPIAS). Podstawą działania ruchu stał się dokument programowy (*The Fundamental Principles of Disability*), do którego postulatory spisali P. Hunt, V. Finkelstein i inni autorzy, i w którym optują za pojęciem „niepełnosprawność”, gdyż oznacza ona opresję i wskazuje na nierówności, a rezygnują z terminu „upośledzenie” jako kategorii medycznej, która umniejsza jednostkę i jej prawa (Thomas, 2019). Oznaczało to, że przyczyna niepełnosprawności nie jest istotna, a ważna staje się koncepcja relacji społecznych w kierunku rozwijania uczestnictwa, w tym aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnością. Jak pisze Colin Barnes (2012), niekorzystna organizacja pracy w gospodarce wolnorynkowej przyczyniała się do znacznego ubóstwa ludzi niepełnosprawnych. Model społeczny odszedł zatem od koncentrowania się na fizycznych ograniczeniach jednostki „na rzecz sposobu, w jaki otoczenie społeczne narzuca ograniczenia pewnym kategoriom ludzi” (Barnes, 2012).

Tom Shakespeare i Nicholas Watson (2002) w jednym z pierwszych głosów krytycznych na temat modelu społecznego dali do zrozumienia, że jako ludzie niepełnosprawni czują, iż pomijają ważną część ich doświadczenia biograficznego, czyli upośledzenie, jak gdyby sfera ta nie istniała. Polityczny wyraz tej dyskusji w Wielkiej Brytanii szedł o wiele dalej niż gdziekolwiek indziej, gdyż „ludzi z niepełnosprawnościami” (*people with disabilities*) zdefiniowano tam – oprócz zmian językowych – także przez wspomniany ucisk społeczny, podczas gdy w USA byli oni po prostu grupą mniejszościową. Jak wskazują

autorzy, drugim znaczącym elementem w modelu społecznym jest odrzucenie rehabilitacji, którą uważa się za kontrowersyjną i opresyjną. Powodem tego miało być kojarzenie jej z modelem indywidualnym, w którym niepełnosprawni są traktowani jako jednostki wykluczone z życia społecznego i mające problemy z dostępem do opieki medycznej. Shakespeare i in. (2018) w wyniku badań nad rehabilitacją uważają, że należy zredefiniować dostęp do rehabilitacji jako problem równości osób niepełnosprawnych i twierdzą, że może być ona narzędziem włączającym i wspierającym równe życie w społeczeństwie.

Tabela 1. Indywidualny i społeczny model niepełnosprawności – zestawienie

Indywidualny (medyczny) model niepełnosprawności	Społeczny model niepełnosprawności
opis przyczyn upośledzenia/niepełnosprawności (np. dysfunkcja organizmu)	opis konsekwencji niepełnosprawności rozumiany jako opresja, wykluczenie i nierówności społeczne
indywidualne leczenie i rehabilitacja, opieka i kontrola nad osobą z niepełnosprawnością	działania społeczne nakierowane na integrację z grupami i społecznościami
dominacja specjalistów medycznych i wiedzy ekspertów, medykalizacja	odpowiedzialność jednostkowa i zbiorowa za kondycję zdrowotną
ograniczenia w zakresie samodzielności, praca w ograniczonym zakresie i z niskim wynagrodzeniem	prawa obywatelskie do edukacji, zatrudnienie na otwartym rynku pracy, prawa do samodzielności i niezależnego życia

Źródło: opracowanie własne.

Z biegiem czasu można wskazać na ewolucję modeli niepełnosprawności, gdyż w opozycji do modelu społecznego niepełnosprawności zdefiniowano na nowo model medyczny. Według Shakespeare'a (2006) stanowisko modelu medycznego sformułowali niektórzy aktywiści ruchu na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami „w celu opisania zbioru postaw wobec niepełnosprawności, powszechnych wśród lekarzy, które uznali za budzące sprzeciw” (cyt. za: Koon, 2022). Model ten w literaturze socjologicznej jest dość rzadko definiowany, lecz i tak stanowi dość ostry kontrast dla modelu społecznego. W tradycyjnym ujęciu model medyczny definiuje niepełnosprawność jako „rodzaj patologii lub dysfunkcji i podkreśla szkody spowodowane przez bezpośrednie skutki niepełnosprawności (ból, ograniczona mobilność itp.), podczas gdy model społeczny koncentruje się na szkodach, jakie społeczeństwo wyrządza osobom niepełnosprawnym poprzez uprzedzenia, dyskryminację i brak przystosowania” (Koon, tamże, tłum. RM; por. też Shakespeare, Watson, 2002). Na tym tle niektóre wypowiedzi aktywistów, badaczy niepełnosprawności oraz samych osób z niepełnosprawnościami dają do zrozumienia, że mimo upośledzenia wcale nie jest tak źle żyć w „niepełnosprawnym ciele”. Biografie tworzone przez osoby z niepełnosprawnościami dostarczają wiedzy na temat odczuć i trajektorii choroby przewlekłej/niepełnosprawności. Susan Wendell, cierpiąca na chroniczne zmęczenie, rozważając swój status osoby żyjącej ze stałym bólem z jednej strony sprzeciwia się „uciskowi i dyskryminacji”, jakich doświadczają osoby niepełnosprawne, z drugiej przyznaje,

że chętnie przyjęłaby lekarstwo, gdyby takie istniało. Ale na koniec rezygnuje mówiąc, iż tak naprawdę go nie potrzebuje (Wendell, 1996; za Goering, 2015).

KLASYFIKACJA ICF, INTEGRACJA KONCEPCJI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I KRYTYKA

W 1980 r. WHO opublikowała Międzynarodową Klasyfikację Upośledzeń, Niepełnosprawności i Inwalidztwa (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), w której zdefiniowano upośledzenie jako główną przyczynę niepełnosprawności oraz inwalidztwo (*handicap*) osób z niepełnosprawnościami, jako ograniczenie w wykonywaniu ról społecznych (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013; Albrecht, 2010). W medycynie wtedy wprowadzano nowy termin „niepełnosprawność”, przy czym należy wyjaśnić, że – jak wcześniej już była o tym mowa – początkowo chodziło o ocenę stopnia „naruszenia sprawności organizmu” i na tej podstawie wydanie orzeczenia o zdolności lub niezdolności do pracy osób niesprawnych fizycznie. Z czasem opracowano nowsze wersje klasyfikacji (ICIDH-2), uwzględniające definicje, w których niepełnosprawność stanowiła interakcję ograniczeń fizycznych lub psychicznych z czynnikami społecznymi i środowiskowymi. W 2001 r. WHO zatwierdziła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Według Barnesa (2012) klasyfikacja ICF integruje powszechnie akceptowalny język niepełnosprawności z obu wspomnianych modeli – społecznego oraz indywidualnego modelu niepełnosprawności – w „jednolity konstrukt: biopsychospołeczny model niepełnosprawności” (Barnes, 2012). ICF zawiera trzy główne elementy: „niepełnosprawność”, „aktywność” i „uczestniczenie”, przy czym dwa ostatnie terminy zastępują „upośledzenie” i „inwalidztwo” z wcześniejszej wersji ICIDH (Albrecht, 2010). ICF opisuje proces niepełnosprawności na tle środowiska, w którym żyje i funkcjonuje osoba z niepełnosprawnością. Zmiana ta wynika z dyskusji naukowej wśród socjologów i aktywistów niepełnosprawności oraz nacisku politycznego wywieranego na większą inkluzję społeczną. Dyskurs ten jest prowadzony właściwie nieprzerwanie wokół pojęcia podmiotowości (sprawczości) i języka. W polskiej literaturze echa tej dyskusji są rzadziej odnotowywane, a klasyfikacje medyczne traktuje się jako narzędzie niezbędne w rozliczaniu kosztów opieki medycznej i do odpowiednich zapisów w kartotece lekarskiej, czyli jako coś wyłącznie technicznego.

W Polsce klasyfikacja ICF jest wykorzystywana w nielicznych programach PFRON (Wilmowska-Pietruszyńska i in., 2021), a na co dzień lekarze korzystają z ogólnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, ICD-11), zresztą zalecanej do obowiązujących zapisów. Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z WHO zorganizowało tłumaczenie klasyfikacji na język polski, jednocześnie odbyło się szereg konferencji szkoleniowych z udziałem ekspertów (z zakresu medycyny, rehabilitacji, socjologii i innych nauk) przede wszystkim z krajów, gdzie ICF już wprowadzono do systemów polityki społecznej i zdrowotnej. Okazało się, że wraz z zastosowaniem tej klasyfikacji na ogół wzrastał tam odsetek osób zatrudnionych z niepełnosprawnością

(Holandia, Niemcy – Bawaria, Australia, Austria, Hiszpania, Kanada; materiały pokonferencyjne autora z lat 2005-2012; też Wilmowska-Pietruszyńska i in., 2021). Klasyfikacja jest tu narzędziem dokładnego opisu środowiskowego, a ponadto jej celem jest diagnoza ilościowa stanu zdrowia, w tym ocena możliwości i rodzaju czynności, jakie dana osoba może wykonywać na wybranym stanowisku pracy.

W Polsce system orzekania lekarskiego, a właściwie liczne systemy (ZUS, KRUS, systemy mundurowe i in.), nie jest zgodny z wymogami Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (Wilmowska-Pietruszyńska, 2021). W systemie prawnym „niezdolność do pracy” może być całkowita lub częściowa, ale nie wynika stąd zakaz pracy, przy nieadekwatnym systemie rentowym. Jednak w wyniku takiego orzeczenia niektórzy pracodawcy odmawiają zatrudnienia, podczas gdy na ogół osoby z niepełnosprawnościami dorabiają do renty (Głąb, Kurowski, 2018). Z logicznego punktu widzenia nie można być całkowicie lub niecałkowicie („częściowo”) „niezdolnym do pracy”; można być zdolnym lub niezdolnym do pracy. W polskim systemie orzecznictwa przedmiotem oceny lekarskiej jest stopień „naruszenia sprawności organizmu” i możliwość „pełnienia przez jednostkę ról społecznych”, o czym już wspomniano. Trudno jednak bez poznania kontekstu społecznego i środowiskowego ocenić „niezdolność do pracy” lub „niezdolność do samodzielnej egzystencji” (tamże). Orzekanie skupia się na dysfunkcjach fizycznych lub psychicznych (pojęcie „niezdolności”) i nie wskazuje potencjału osoby z niepełnosprawnością. Natomiast w niektórych krajach europejskich (Holandia, Francja, Niemcy) stosuje się nieco inne definicje i praktyki: w zależności od oceny medycznej funkcjonowania organizmu oraz związanych z tym możliwości zatrudnienia kieruje się potencjalnych pracowników do programów polityki społecznej, gdzie objęci są oni odpowiednią ochroną i wsparciem. Tam przechodzą kursy i szkolenia w zależności od rodzaju niepełnosprawności. W pierwszym etapie oceny udział biorą lekarze i doradcy zawodowi, oceniający możliwości i indywidualną gotowość do podjęcia pracy (wspomniana ocena ilościowa i środowiskowa). Co istotne, ważna jest rola języka, gdyż nazywa się to oceną zdolności do pracy, a nie – jak u nas – oceną niezdolności do pracy. Ponadto przy orzekaniu zdolności (moduł w klasyfikacji ICF) stosuje się odmienne oceny wobec osób, które mają już doświadczenie zawodowe oraz wobec tych, które nigdy nie pracowały (Golinowska, 2012, s. 42). Rozróżnia się przy tym zdolność do powrotu na to samo miejsce pracy, zdolność do powrotu do tego samego pracodawcy, ale na inne miejsce pracy, oraz zdolność do innej pracy niż wykonywana dotychczas w wyniku dużego ograniczenia funkcjonalnego i indywidualnych możliwości pracownika oraz wymagań pracodawcy. Podstawą tych działań jest opis według klasyfikacji ICF oraz współpraca osoby z niepełnosprawnością z wieloma specjalistami, nie tylko w zakresie medycyny, ale również z osobami utrzymującymi stały kontakt z najbliższą rodziną oraz z potencjalnym pracodawcą (to rola rzecznika osoby z niepełnosprawnością). Pojawia się też krytyka klasyfikacji ICF. W pierwszej kolejności wyrażana jest ona przez praktyków rehabilitacji i dotyczy zbyt jednolitego ujęcia niepełnosprawności przez ICF, podczas gdy obecnie niepełnosprawność wymaga bardziej zróżnicowanego, a czasem wręcz indywidualnego podejścia. Utrzymuje się, że na świecie i w Polsce następuje przyrost ilościowy ludzi z niepełnosprawnościami, a zarazem owe niepełnosprawności wynikają ze starzenia się populacji, skutków wypadków,

a także gwałtownego przyrostu chorób i zaburzeń psychicznych. W wyniku takiej rzeczywistości klasyfikacja ta, choć zawiera wiele rozwiązań systemowych, zdaniem specjalistów nie uwzględnia zmieniających się wymagań pacjentów (Kowalik, 2018). Krytyka klasyfikacji jest o wiele szersza, sięga języka i definicji terminów, jak i sposobów wprowadzania jej do systemu opieki. Mimo to stanowi ona jakąś propozycję zmiany, choćby dla systemu orzecznictwa.

STAN REHABILITACJI I MEDYCZNO-RODZINNY MODEL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POLSCE

W Polsce dyskusja na temat społecznego modelu niepełnosprawności i integracji tego modelu z modelem indywidualnym, także w kontekście szans na zatrudnienie osób niepełnosprawnych, jest rozwijana wielostronnie i od dłuższego czasu (Gąciarz, 2014; Karaś, 12; Twardowski, 2019). Między innymi wynika stąd, że niepełnosprawność powinna być definiowana zarówno od strony indywidualnego stanu zdrowia, jak i uwarunkowań społecznych, i dopiero wtedy można mówić o możliwościach jednostki do pracy. Jednak w polskim ustawodawstwie dotyczącym rehabilitacji i zatrudniania osób niepełnosprawnych z 1997 r. przyjmuje się jednoznacznie medyczny punkt widzenia, który nie pozwala na pełne określenie zdolności (właściwie niezdolności) jednostki do pracy, widząc w nim jedynie funkcjonalne uszkodzenie organizmu. Takie spojrzenie jest potrzebne, ale musi być uzupełnione wizją uwarunkowań życia codziennego i środowiskowego. Dlatego warto zastanowić się nad wcześniejszymi etapami tej sytuacji: nad rehabilitacją społeczno-zawodową oraz oceną lekarską i profesjonalną osoby z niepełnosprawnością, która wchodzi na rynek pracy.

Osoba z niepełnosprawnością ma prawo pracować, jak i nie podejmować pracy. Z kolei obowiązkiem lekarza jest wykorzystanie swojej wiedzy w celu wskazania, jak się leczyć dalej, aby móc funkcjonować. W nowszych systemach orzecznictwa zaleca się, aby osoba z niepełnosprawnością podlegała jeszcze ocenie doradcy zawodowego, psychologa, socjologa, którzy mogą wskazać uwarunkowania funkcjonowania rynku pracy i firmy. Z kolei w kontekście problemu aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce warto zwrócić uwagę na świat medyczny. Wielokrotnie opisywano znaczenie polskiej szkoły rehabilitacji (np. Kowalik, 2018), która funkcjonowała w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku, jednak dzisiaj nie wydaje się, aby odgrywała ona tak dużą rolę w świadomości nowych pokoleń lekarzy. Dużo zależy bowiem od samego procesu kształcenia kadr medycznych, który nastawiony jest na treści biomedyczne i niewiele w obecnym programie nauki znajduje się treści humanistycznych, w tym przekazujących wiedzę o społecznych i środowiskowych uwarunkowaniach życia osób z niepełnosprawnościami. Na stan ten wpływa kilka czynników, z których najpierw należy wymienić zdecydowanie przyrodniczy charakter czy też paradygmat wiedzy przekazywanej na uniwersytetach medycznych. Paradygmat ów, jednoznacznie nacechowany pozytywistycznym modelem nauki, opisywała Magdalena Sokołowska (1980), zauważając pewien paradoks: z jednej strony lekarze na co dzień przyjmują pacjentów w celu badania funkcji organizmu

(w domyśle – leczenia jednostki chorobowej), z drugiej zaś strony wiedza medyczna została ukształtowana przez epidemiologię i zdrowie publiczne i lekarze widzą tych chorych i niepełnosprawnych przez pryzmat porównywalnych jednostek chorobowych (konstruktywów) w postaci zmiennych i szeregów czasowych. W toku nauki uniwersyteckiej lekarze przechodzą proces socjalizacji do roli zawodowej (Tobiasz-Adamczyk, 2002), która w pierwszej kolejności nakazuje rozpatrywać paradygmat pozytywistyczny a dopiero potem paradygmat wiedzy społecznej i codziennej – „środowiskowy”. Wynika stąd, że model społeczny niepełnosprawności, jaki by nie był, nie jest zbyt popularny wśród biomedycznie zorientowanych lekarzy, chociaż wielu z nich uwzględnia tak zwane uwarunkowania środowiska życia, w którym przebywają ich podopieczni.

W tym samym czasie, gdy na Zachodzie Europy i w USA powstawały organizacje mające na celu ochronę osób z niepełnosprawnościami przed wykluczeniem społecznym, w Polsce rozwijał się wspomniany nurt rehabilitacji, który w istocie skupiony był na medycynie. Niewielkie grono lekarzy społeczników stworzyło program rehabilitacji kompleksowej, określony jako „proces medyczno-społeczny”, mający na celu poprawę jakości życia osób z niepełnosprawnościami (Wilmowska-Pietruszyńska, 2021, s. 54). Mimo że wspomniany model został nazwany „polską szkołą rehabilitacji”, podobne programy powstawały już wcześniej, np. w USA. W 1947 r. na Wydziale Rehabilitacji i Medycyny Fizycznej w Nowym Jorku przyjęto maksymę: „Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego a jego warsztatem pracy. (...) Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach, i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało” (cyt. za Wilmowska-Pietruszyńska, 2021, tamże). Istotna jest przyjęta logika, użyte pojęcia i nacisk na zdolności chorego, którego poddawano rehabilitacji.

Proces rehabilitacji w swej istocie jest programem normalizacyjnym i funkcjonalnym, mającym na celu „działania prewencyjne”, a w biurokratycznym systemie ochrony zdrowia liczy się racjonalizacja: „Wczesne rozpoznanie choroby i wczesne wdrożenie właściwego leczenia i rehabilitacji mogą zapobiegać upośledzeniu sprawności lub znacznie poprawić sprawność, a zatem zmniejszyć koszty długotrwałego leczenia i niezdolności do pracy” (Wilmowska-Pietruszyńska, 2021, s. 52). Widać tu argument funkcjonalny za dostosowaniem się do określonych norm, czyli na ogół ćwiczeń rehabilitacyjnych, mających na celu zapobieganie niepotrzebnemu leczeniu, ale też wydatkom ochrony zdrowia. Pacjent, który nie chce poddać się rehabilitacji, może poczuć się winny niepożądanego stanu. Taka argumentacja płynie z modelu medycznego, a stan ten może rodzić dewiację i piętno (np. w koncepcji roli chorego Parsonsa, gdzie do powinności pacjenta należy dążenie do wyzdrowienia i powrót do oczekiwanych ról społecznych).

Jednak widoczne uszkodzenie organizmu lub niepełnosprawność często są stygmatem społecznym i naznaczeniem (Goffman, 2005). Toteż rehabilitanci uwzględniają uwarunkowania psychologiczne, które są skutkiem wypadku lub zdiagnozowanej choroby somatycznej, a częstokroć są poważną przeszkodą w powrocie do pracy (Kowalik, 2018). Wypracowany model zakładał cztery elementy rehabilitacji kompleksowej: rehabilitację medyczną, rehabilitację społeczną, rehabilitację zawodową i rehabilitację psychologiczną. Dużą rolę w tym systemie pełnili różnego rodzaju profesjonaliści, lekarze, rehabilitanci, psychologowie, doradcy zawodowi. Jak pisze Marcin Garbat (2015), polityka pełnego

zatrudnienia stosowana w Polsce Ludowej doceniała aktywną rolę osób niepełnosprawnych. W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku pracowało około 600 tysięcy osób z niepełnosprawnościami, w tym jedna trzecia w spółdzielniach inwalidzkich (Garbat, 2015). Po 1989 r. w wyniku transformacji ustrojowej kolejne zmiany ekonomiczne nie sprzyjały działalności spółdzielni, a dotychczasowy system rehabilitacji i aktywizacji zawodowej został zaniechany (Giermanowska, 2021). Nowy system funkcjonujący w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych polega na wspieraniu zarówno chronionego, jak i otwartego rynku pracy, przy czym pracodawcy zobowiązani są do zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami, a w przeciwnym razie opłacają kary. Krytyka systemu wynika stąd, że większość form rehabilitacji oferowanej w PFRON świadczą instytucje re-integracyjne: zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady pracy socjalnej, zakłady pracy chronionej (Rymsza, 2016). Taki kształt polityki wobec aktywizacji zawodowej powoduje, że z biegiem czasu zatrudnienie jest coraz niższe: w 2013 r. było 252,0 tysięcy pracowników niepełnosprawnych, a w 2023 r. – już tylko 213,4 tysięcy. Maleje też liczba pracowników w zakładach pracy chronionej (w tym samym okresie): z 166,8 tysięcy do 77,5 tysięcy, za to przybyło ich nieco na otwartym rynku (w 2023 r. było 135,9 tys.). Przyczyną tego spadku jest zmniejszająca się liczba zakładów pracy chronionej: z 1392 do 626 (System Obsługi Dofinansowań i Refundacji PFRON, 5.02.2024; Biuro Pełnomocnika Rządu ds. ON). Poczyszczające być może, że nieco więcej pracodawców przyjmuje kandydatów do pracy na otwartym rynku pracy. Ale nawet zakłady pracy chronionej nastawione są na pracownika „sprawniejszego” i odbywa się to kosztem tych osób, które wprawdzie mogłyby pracować, lecz nie znajdują zatrudnienia z powodu większych ograniczeń zdrowotnych (Giermanowska, 2021).

W 2023 r. PFRON proponował program rehabilitacji kompleksowej, polegający na ułatwieniu podjęcia lub powrotu do pracy osobom, które wskutek choroby lub wypadku utraciły zdolność do pracy (program był ogłaszany na stronie internetowej PFRON). Celem było uzyskanie zatrudnienia przez uczestników lub uruchomienie własnej działalności gospodarczej. Istotne, że kompleksowa rehabilitacja jest tu rozumiana jako składająca się z trzech elementów-modułów: zawodowego, medycznego i psychospołecznego. Program obejmuje cztery małe ośrodki. Podobny program rehabilitacji kompleksowej PFRON prowadził dla osób po kryzysach i z zaburzeniami psychicznymi, mający trudności z powrotem do pracy. Programy te nie stanowią działania systemowego na większą skalę. Tę lukę działania długofalowego starają się wypełniać organizacje pozarządowe, działające dość skutecznie w większych miastach (np. Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, Król, 2017). Reasumując, system rehabilitacji jest w Polsce rozproszony, a osoby z niepełnosprawnościami po wypisaniu ze szpitala często nie wiedzą, gdzie mają się udać. Rozwinął się rynek fizjoterapii, który nie ma nic wspólnego z rehabilitacją kompleksową i systemową pomocą dla osób z niepełnosprawnościami.

Na koniec trzeba wspomnieć jeszcze o jednej istotnej przyczynie niezbyt wysokiego wskaźnika aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce, którą jest korzystanie z polityki społecznej wspierającej zasiłki, czyli perspektywicznie uzyskania renty. Nie można negować zasadności działania określonych świadczeń, jednak utarła się u nas łatwość ich uzyskania (Ostrowska, Sikorska, 1996). Dlaczego tak jest, na to pytanie

odpowiedź znajduje się między innymi w zasadności przyjęcia jednolitej polityki orzeczniczej. Nie wspominam tutaj o licznych barierach w uzyskaniu renty, chodzi wszakże o sytuację tych osób, które potencjalnie mogłyby podjąć zatrudnienie. Antonina Ostrowska (2015) pisze, że choć Polacy w ogromnej większości opowiadają się za zatrudnianiem osób z niepełnosprawnościami, to dość powszechnie przyzwalają na stosowanie priorytetów i ulg przy przyjmowaniu ich do pracy. Bardzo duża część społeczeństwa opowiada się też za przyznawaniem renty jako rekompensaty za utratę zdrowia. W Polsce status rencisty upoważnia bowiem do zarobkowania do określonego progu wynagrodzenia, a za takim rozwiązaniem opowiadają się przede wszystkim sami niepełnosprawni lub osoby mające kogoś z niepełnosprawnością w rodzinie. Polacy zgadzają się, mniej więcej w równym stopniu, aby w ramach tego samego wynagrodzenia osoby niepełnosprawne miały mniejsze wymagania albo takie same na stanowisku pracy, co osoby sprawne (Ostrowska, tamże, s. 111–113). W tym miejscu znajdujemy odpowiedź na liczne decyzje pracodawców, którzy niechętnie zatrudniają osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, gdy w perspektywie nie będą mogli ich zwolnić i zastąpić kimś innym. Rysuje się zatem niezbyt pozytywna wizja, która nie przewiduje zbyt wielu przywilejów i usamodzielnienia się, gdy lekarz zapisuje „niezdolność” w miejsce aktywnego życia i pracy. Co więcej, najczęściej do tych decyzji przychyliła się najbliższe otoczenie, przyczyniając się do coraz większej izolacji i niesamodzielnosci osoby niepełnosprawnej.

Efektom tych decyzji mogą być niektóre efekty zróżnicowania wspomnianego wskaźnika aktywności zawodowej. Na przykład w krajach skandynawskich, zwłaszcza w Szwecji, udało się dość skutecznie rozpowszechnić model waloryzacji ról społecznych, znany jako model normalizacji, polegający na upowszechnieniu zasady samodzielności osób z niepełnosprawnościami i niezależności od innych (Borowska-Beszta, 2012). Według autora tej koncepcji W. Wolfensbergera wartością jest uczestniczenie osób niepełnosprawnych w codziennym życiu społecznym i upowszechnianie ról społecznych takich, jakie pełnią inni obywatele, czyli praca oraz samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego. Czynnikiem sprzyjającym jest działanie szeroko rozwiniętej pomocy instytucjonalnej, zwłaszcza opieki socjalnej i medycznej, a także pomocy asystenckiej, do czego niezbędne jest rozwinięte mieszkalnictwo komunalne dla osób niepełnosprawnych. W takim otoczeniu jednostka może w pełni być samodzielną i zupełnie niezależną od własnej rodziny. Ten model w stosunku do polskich warunków może być odległą perspektywą choćby ze względu na brak mieszkań dla osób z niepełnosprawnością. Należy jednak zwrócić uwagę, że powyższe wnioski dotyczące polskich rodzin nie dotyczą wszystkich zbiorowości i grup społecznych, zwłaszcza ludzi młodych i z dyplomami szkół wyższych, którzy niemal za wszelką cenę chcą pracować i często znajdują pracę, a tylko w wyniku wielu niepowodzeń w poszukiwaniu zatrudnienia rezygnują z aktywnej drogi życiowej (Giermanowska i in., 2015). Jednak najbliższe otoczenie może zniechęcić do aktywnej drogi życiowej poprzez nadmierną opiekuńczość czy kontrolę. Takie zachowania mogą być właśnie pośrednimi przyczynami wielkości wskaźnika aktywizacji zawodowej, gdyż niejednokrotnie osobie z niepełnosprawnością wyznacza się z góry rolę biernego członka rodziny i mało wydajnego pracownika. Młodzi i wykształceni niepełnosprawni próbują przełamać ten stereotyp i uciec spod presji stałej opieki rodziców. Rodzina może być

zatem miejscem, z którego osoba z niepełnosprawnością chce się wyrwać i uniezależnić, nawiązać kontakty z bardziej przyjaznym środowiskiem. Zatem, jak wynika z przytoczonych badań Ostrowskiej (2015), w Polsce kwestią rozstrzygającą o stosunku do zatrudnienia jest perspektywa renty i przyzwolenie społeczne dla przywilejów w przypadku niepełnosprawności. Takie rozwiązanie powoduje bowiem, że osoba z orzeczoną niepełnosprawnością ma wybór: może podjąć pracę albo z niej zrezygnować. Najważniejszą rolę spełnia i często głos decydujący ma jednak rodzina, która w sytuacji niepełnosprawności jednego z jej członków jest naturalnym miejscem egzystencji, a praca w wielu przypadkach, szczególnie w polskich warunkach, jest traktowana co najwyżej jako „dodatek do renty”.

ZAKOŃCZENIE

W polskim systemie prawnym, w szczególności w systemie orzecznictwa lekarskiego, dominuje indywidualny (medyczny) model niepełnosprawności. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych miała stanowić dużą zmianę w podejściu pracodawców do kandydatów z niepełnosprawnościami. Nie tylko tak się nie stało, ale już wcześniej, na etapie orzekania lekarskiego, w Polsce funkcjonuje nieefektywny system oceny, który de facto lokuje osobę z niepełnosprawnością w administracyjnym obszarze bierności zawodowej i zarazem wyznacza jej rolę osoby „na rencie” w rodzinie. Nadal bowiem w większości polskich systemów orzecznictwa dla potrzeb zabezpieczenia społecznego funkcjonuje biologiczna ocena „naruszenia sprawności organizmu”. Wprowadzenie jednolitego systemu orzecznictwa, na przykład za pomocą klasyfikacji ICF, mogłoby usprawnić zatrudnianie osób niepełnosprawnych, które mogą pracować i rozszerzyć możliwości oceny zdolności do pracy przez ocenę codziennej aktywności społecznej i zawodowej. Wilmowska-Pietruszyńska i Bilski (2013) piszą, że obecna sytuacja kategoryzuje społeczeństwo dzieląc na takich, którzy „nadają się” i „nie nadają się” do pracy, gdyż przydziela im się kategorię o niezdolności do pracy. Etykieta tego rodzaju pociąga za sobą dyskryminację finansową, zniechęca do szukania pracy i uzależnia od świadczeń. Autorzy ci, będący lekarzami orzecznikami, powtarzają z uporem, iż obecny stan prawny w ten sposób stygmatyzuje część społeczeństwa czyniąc osoby te „niezdolnymi do pracy”, tym bardziej że wnioski orzecznicze mają „charakter wykluczający”, gdyż z wydawanych orzeczeń wcale nie wynika, która funkcja organizmu jest upośledzona. Takie zapisy utrudniają ewentualnemu pracodawcy wskazanie stanowiska, na którym dana osoba z niepełnosprawnością mogłaby wykonywać swoje obowiązki. Dążenia do zmiany prawa w kierunku większej aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych spotykają się nieraz z oporem wśród samych zainteresowanych, gdyż obawiają się oni, że będą nagle musieli rozpocząć poszukiwania pracy i zrezygnować z renty. Taka postawa uzasadniona jest stanem zdrowia. Jednak obawy te najczęściej wynikają z niezajomości nowych procedur, gdyby miały być oczywiście wdrożone. Z drugiej strony wśród większości lekarzy orzeczników i rehabilitantów nie widać zainteresowania nowymi rozwiązaniami, gdyż wiąże się to nie tylko z obowiązkiem szkoleń i kursów, ale też z gruntowną zmianą podejścia do pacjenta.

Ponadto skutkiem takiego systemu orzeczniczego jest rozproszony system rehabilitacji, który nie jest dostosowany do wymogów rynku pracy. Rehabilitacja kończy się na funkcjach leczniczych, a nie są podejmowane systemowe działania w kierunku skierowania osób niepełnosprawnych do pracy – działania te powinny zaczynać się już w czasie oceny zdolności do pracy. W zmianach systemowych nad aktywizacją zawodową powinni pracować zatem specjaliści z różnych dziedzin (lekarze, prawnicy, decydenci, politycy społeczni, zrzeszenia pracodawców), a równie istotnym zagadnieniem jest budowanie świadomości interesów zawodowych wśród samych osób z niepełnosprawnościami oraz oddolna współpraca między organizacjami społecznymi z tych środowisk.

BIBLIOGRAFIA

- Albrecht, G.L. (2010). The Sociology of Disability: Historical Foundations and Future Directions. W: C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Freemont, S. Timmermans (red.), *Handbook of Medical Sociology*, 6 ed. (s. 192–209). Vanderbilt University Press.
- Barnes, C. (2012). Re-thinking Disability, Work and Welfare. *Sociology Compass*, 6(6), 472–484. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2012.00464.x>
- Barnes, C., Mercer, G. (2008). *Niepełnosprawność*. Tłum. P. Morawski. Wydawnictwo Sic!
- Borowska-Beszta, B. (2012). *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Blaxter, M. (2009). *Zdrowie*. Tłum. M. Okła. Wydawnictwo Sic!
- Garbat, M. (2015). Rehabilitacja zawodowa i zatrudnienie chronione osób z niepełnosprawnościami w Polsce – geneza, rozwój i stan obecny. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania*, 1(14), 79–106.
- Gąciarz, B. (2014). Przemysleć niepełnosprawność na nowo. Od instytucji państwa opiekuńczego do integracji i aktywizacji społecznej. *Studia Socjologiczne*, 213(2), 15–42.
- Giermanowska, E. (2021). Niepełnosprawność, aktywizacja zawodowa i rynek pracy. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania*, 1–2(38–39), 80–102.
- Giermanowska, E., Kumaniecka-Wiśniewska, A., Raclaw, M., Zakrzewska-Manterys, E. (2015). *Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2009). *Odkrywanie teorii ugruntowanej: Strategie badania jakościowego*. Przeł. M. Gorzko. Zakład Wydawniczy „NOMOS”.
- Głąb, Z., Kurowski, K. (2018). W poszukiwaniu nowego systemu orzekania o niepełnosprawności w świetle Konwencji OZN o prawach osób niepełnosprawnych i idei niezależnego życia. *Studia z Polityki Publicznej*, 4(20), 23–43.
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Current Reviews In Muscoloskeletal Medicine*, 8(2), 134–138. <https://doi.org/10.1007/s12178-015-9273-z>
- Golinowska, S. (2012). Definiowanie niepełnosprawności. W: S. Golinowska (red.), *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności* (s. 31–48). Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Hunt, P. (red). (1966). *Stigma: The Experience of Disability*. Geoffrey Chapman.
- Karaś, M. (2012). Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego i Disability Studies. *Przegląd Prawny, Ekonomiczny i Społeczny*, 4, 20–33.
- Kirenko, J. (2020). Narodziny rehabilitacji jako nauki i jej wpływ na poprawę życia i pracy osób z niepełnosprawnościami. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania*, 2(35), 48–83.
- Koon, J. (2022). The medical model, with a human face. *Philosophical Studies*, 179, 3747–3770. <https://doi.org/10.1007/s11098-022-01843-0>

- Kowalik, S. (2018). *Stosowana psychologia rehabilitacji*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Król, K.M. (2017). Aktywna rehabilitacja formą wsparcia w procesie aktywizacji społecznej osób niepełnosprawnych ruchowo. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica*, 60, 69–86. <https://doi.org/10.18778/0208-600X.60.06>
- Kuhn, T.S. (2009). *Struktura rewolucji naukowych*. Przeł. H. Ostromęcka. Aletheia.
- Niedzielski, E. (2014). Wybrane problemy zatrudnienia osób niepełnosprawnych. *Optimum. Studia Ekonomiczne*, 2(68), 158–166.
- Oliver, M. (1981). A New Model of the Social Work Role in Relation to Disability. W: J. Campling (red.), *The Handicapped Person: A New Perspective for Social Workers* (s. 19–32). RADAR.
- Ostrowska, A. (2015). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993–2013*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Ostrowska, A., Sikorska, J. (1996). *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Rymsza, M. (2016). Niepełnosprawny jako aktywny obywatel – problematyka integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych w Polsce. W: E. Zakrzewska-Manterys, J. Niedbalski (red.), *Samodzielni, zaradni, niezależni. Ludzie niepełnosprawni w systemie polityki, pracy i edukacji* (s. 13–46). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. Routledge.
- Shakespeare, T., Watson, N. (2001, [2002]). The social model of disability: an outdated ideology? W: S.N. Barnartt, B.M. Altman (red.), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we are and where we need to go (Research in Social Science and Disability, vol. 2)* (s. 9–28). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S1479-3547\(01\)80018-X](https://doi.org/10.1016/S1479-3547(01)80018-X)
- Shakespeare, T., Cooper, H., Bezmez, D., Poland, F. (2018). Rehabilitation as a Disability Equality Issue: A Conceptual Shift for Disability Studies?. *Social Inclusion*, 6(1), 61–72. <https://doi.org/10.17645/si.v6i1.1175>
- Sokołowska, M. (1980). *Granice medycyny*. Wiedza Powszechna.
- Thomas, C. (2019). *Sociologies of Disability and Illness: Contested Ideas in Disability Studies and Medical Sociology*. Red Globe Press.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2002). *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Twardowski, A. (2019). Kontrowersje wokół społecznego modelu niepełnosprawności. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 2(16), 7–23.
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body*. Routledge.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2021). *Orzecznictwo lekarskie*. Edra Urban & Partner.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania*, 2(7), 5–20.

- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Ćwirlej-Sozańska, A., Wiśniowska-Szurlej, A., Pawlak, K. (2021). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania*, 3–4(40–41), 97–115.
- Wodecki, P. (2020). Ewolucja sposobów rozumienia pojęcia niepełnosprawności. *Niepełnosprawność. Zagadnienia – problemy – rozwiązania*, 1(34), 108–116.