

Stowarzyszenie

TECZA



TECZOWA GAZETKA
nr 6/2024 – WRZESIEŃ - PAŹDZIERNIK

Tęczowa Gazetka wydawana jest nakładem Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci
Niewidomych i Słabowidzących „Tęcza”,
Warszawa 2024

OD REDAKCJI

Miło nam Przedstawić Państwu kolejny numer Tęczowej Gazetki. Znajdziecie w nim jak w Ośrodku Leonarda obchodzono Święto Jabłoni oraz co przekazała nam przedstawicielka Stowarzyszenia, która uczestniczyła w Konferencji „Warsaw Vision 2024”.
W bieżącym numerze znajdziecie również szereg przydatnych informacji. Będą jak zwykle Ciekawostki oraz artykuły z dziedziny zdrowia.

Spis treści

OD REDAKCJI	2
INFO5RMACJE	3
Z ŻYCIA STOWARZYSZENIA TĘCZA	3
TĘCZA NA REHA FOF THE BLIND IN POLAND 2024	5
„WARSAW VISION 2024 – MIASTO PRZYJAZNE DLA NIEWIDOMYCH”	6
USTAWA O RENCIE WDOWIEJ PODPISANA. WIEMY, CO ZAKŁADA.....	9
MINISTERSTWO PLANUJE WIELKĄ ZMIANĘ W ORZECZNICTWIE ZUS.	10
WYPOŻYCZALNIA TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH	12
CZY POBIERAJĄC DODATEK DOPEŁNIAJĄCY, UTRACI SIĘ PRAWO DO ŚWIADCZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO?	13
DODATEK DO ENERGII ELEKTRYCZNEJ DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z KONCENTRATORA TLENU LUB RESPIRATORA	14
WSPARCIE FINANSOWE DLA RODZICÓW MAŁYCH DZIECI.....	16
USŁUGI OPIEKUŃCZE DROŻSZE NAWET O 3140 ZŁ.	20
WNIOSEK O PIENIĄDZE Z PROGRAMU „AKTYWNY RODZIC” ZŁOŻYSZ PRZEZ MZUS	21
CO DALEJ Z USTAWĄ O USŁUGACH ASYSTENCKICH?.....	23
ZDROWIE	28
AUTOSTYMULACJE U DZIECI NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH.....	28
GIMNASTYKA W KAŻDYM MIEJSCU I CZASIE.....	35
HIPOTERAPIA, MOJA PASJA - PAULINA MISZKURKA.....	39
CIEKAWOSTKI	45
TOALETOWE WYZWANIA	45
KLUCZOWA SPRAWA.....	46
NAPISZ TESTAMENT. TAKA JEST TWOJA WOLA.....	48
JAK NIE PAŚĆ OFIARĄ PHISHINGU?.....	50

INFO5RMACJE

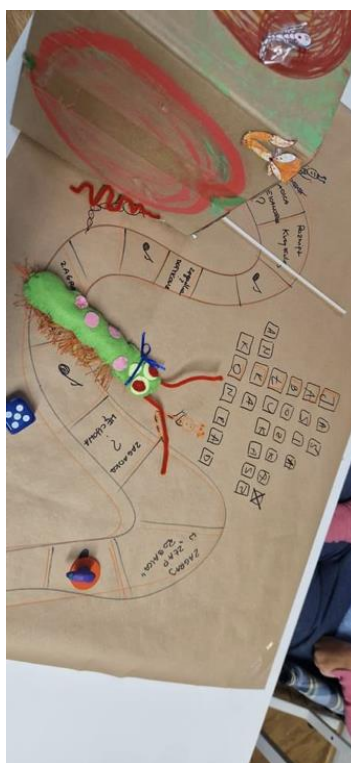
Z życia Stowarzyszenia Tęcza

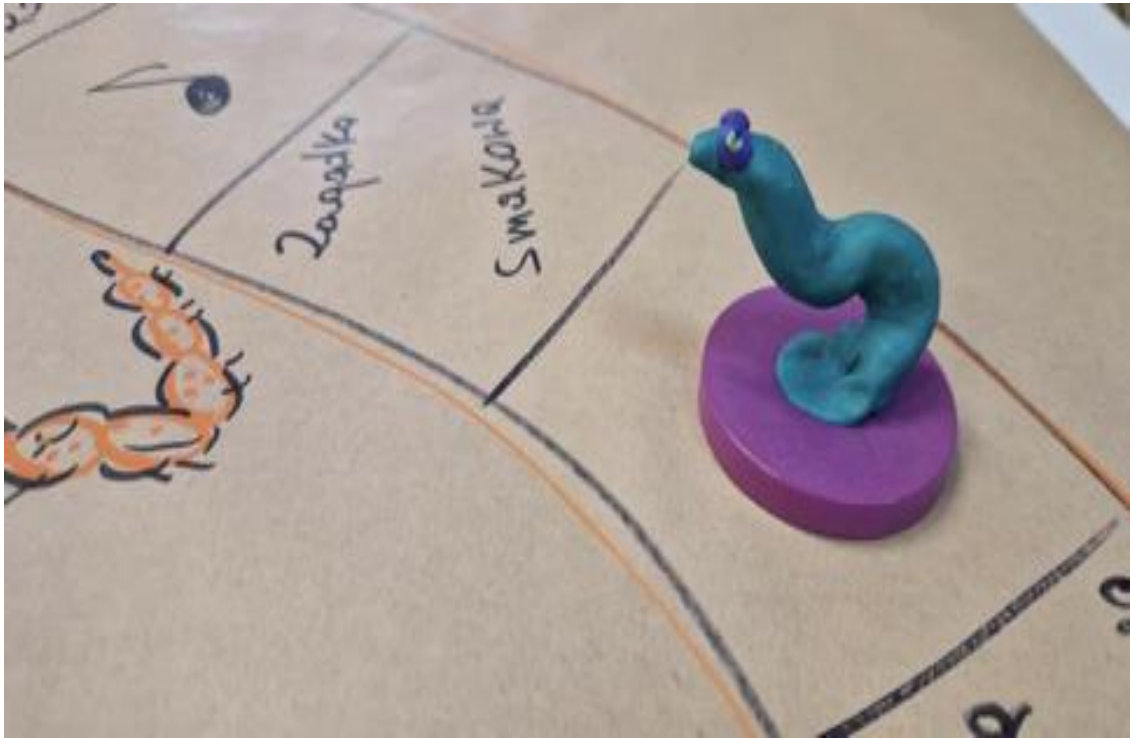
Źródło: teczka.org

30 września "Tęcza" przy Leonarda stała się wielką jabłonią.

Świętowaliśmy DZIEŃ JABŁKA - hucznie i radośnie. Była gra planszowa pełna witaminowych niespodzianek: można było wylosować jabłkową piosenkę, ciekawostkę o jabłkach, jabłeczne zagadki dla zmysłów, dźwiękowe hasło do krzyżówki. Można było złapać jabłkowego robaczka.

Na graczy czekał aromatyczny poczęstunek: szarlotka, pieczone jabłuszka, chipsy jabłkowe, masło jabłkowe, kompicik, świeżo wyciskany soczek, z czego.....z jabłuszek





Tęcza na Reha for the Blind in Poland 2024

Źródło: fundacja szansa, tyfloswiat.pl

W Warszawie w dniach **3-6 października 2024** odbyła się XXII edycja REHA FOR THE BLIND IN POLAND, Jednym z wydarzeń w czwartek 3.10 w Centrum Nauki Kopernik w Warszawie odbyła się Konferencja „Warsaw Vision 2024” organizowana przez Fundacja Szansa - Jesteśmy Razem.

Mieliśmy okazję wysłuchać prelegentów z Polski, Nowej Zelandii czy Norwegii.

Dowiedzieliśmy się o technologicznych nowościach oraz nowoczesnych rozwiązaniach architektonicznych dla osób z deficytami wzroku.

Spotkanie pokazało nam kolejne sposoby, aby wspierać osoby z niepełnosprawnościami w zdobywaniu samodzielności i ułatwiać im poruszanie się w przestrzeni.





Poniżej przedstawiamy sprawozdanie z udziału przedstawicielki naszego stowarzyszenia w Konferencji „Warsaw Vision 2024”

„Warsaw Vision 2024 – Miasto przyjazne dla niewidomych”

Autor: Agata Bielówka -uczestniczyła w konferencji i informację przygotowała

Sprawozdanie z Konferencji

W czwartek 3.10.2024 w Centrum Nauki Kopernik w Warszawie odbyła się Konferencja „Warsaw Vision 2024” organizowana przez Fundację Szansa – Jesteśmy Razem. Spotkanie rozpoczął Prezes Fundacji Marek Kalbarczyk, opowiadając o swojej działalności. Fundacja Szansa – Jesteśmy Razem (kiedyś „Szansa dla niewidomych”) istnieje od 32 lat i niezmiennie walczy o otwarty świat bez różnic, czyli taki, w którym każda osoba może funkcjonować tak samo.

W kolejnej części oficjalnego powitania głos zabrała pani Adrianna Porowska, Zastępczyni Prezydenta m.st. Warszawy. Ideą przyświecającą zmienianiu miasta jest dostępność dla każdego – dostępność miejska, mobilność i stosowanie nowoczesnych rozwiązań. Podkreślono, że aby to osiągnąć, konieczna jest współpraca organizacji pozarządowych, władz miasta, samorządów terytorialnych i wielu innych organizacji. Wyrażono nadzieję, że Konferencja będzie źródłem inspiracji i nowych pomysłów.

Również Martine Abel-Williamson, przewodnicząca World Blind Union z Nowej Zelandii, wyraziła zdanie, że realizacja tej misji jest niemożliwa bez wsparcia rządów. W tym

momencie organizacja WBU wspiera 23 milionów niewidzących osób w codziennych czynnościach i obejmuje wiele organizacji, również z Azji czy Afryki.

Merytoryczną część zebrania rozpoczął Józef Małosek – Wiceprezes Polskiego Związku Niewidomych. European Blind Union powstało w Norwegii w 1984 roku i w tym momencie zrzesza aż 42 kraje. Polskim przedstawicielem jest Polski Związek Niewidomych. W lutym odbyło się Zgromadzenie Ogólne, na którym omawiano takie tematy jak: dbanie o praworządność, przeciwdziałanie dyskryminacji oraz pozyskiwanie środków dla organizacji. Wielkim sukcesem jest aktywizacja zawodowa osób niewidomych – około 15% z nich pracuje zawodowo. Osiągnięciem jest również korzystanie z najnowszego sprzętu komputerowego i nowoczesnych technologii przez osoby z deficytami wzroku.

Jacek Jęczeń, przedstawiciel Politechniki Wrocławskiej, szczegółowo przedstawił projekt aplikacji CYBERTECH. System korzysta ze sztucznej inteligencji i ułatwia poruszanie się osobom niewidomym po chodnikach. Aplikacja na telefon pomaga w detekcji obiektów i ostrzega dźwiękiem o przeszkodach. Korzysta z kamery wbudowanej w telefon i pozwala na wykrywanie: chodników, samochodów, przejść dla pieszych itp. Planowane jest wprowadzenie aplikacji do prywatnego użytku.

O zmianach, które zaszły w środowisku i na świecie wobec osób niewidzących opowiedziała Laura Bozeman, profesor z Uniwersytetu Boston Massachusetts. W wyzwaniach infrastrukturalnych miasta pomogło pojawienie się ramp i makiet, a także opracowanie nowych technik poruszania się o białej lasce. Podkreśliła jednak, że rampy powinny być oznaczone i w bezpiecznych miejscach, tak by nie prowadziły np. na ruchliwą ulicę. Zachęcała również do stosowania ostrzeżeń taktylnych, dających informację o lokalizacji przejścia dla pieszych, długości i kierunku przejścia oraz bezpieczeństwie wejścia na ulicę. Projektanci ulic dążą do tego, aby ruch uliczny był coraz sprawniejszy, zapominając jednocześnie o pieszych. Przykładem może być zastępowanie klasycznych zakrętów łukami, przez które samochody mogą je pokonywać z większą prędkością. Alternatywą może być tzw. „scramble crossing”, czyli skrzyżowanie, na którym piesi mogą przechodzić w dowolnym kierunku, również po skosie. Ważne jest, aby w takich sytuacjach zapewnić jednak odpowiednią ilość czasu na przejście. Podobnie ciche auta elektryczne, mimo wielu korzyści, zabierają słuchowe informacje niewidomym. Podsumowując, informacje z otoczenia są coraz bardziej zmienne i nieprzewidywalne, dlatego ważna jest nauka orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się w mieście.

O warszawskich makietach dotykowych opowiedzieli Donata Kończyk oraz Maciej Kłopotowski. Makiety i modele budynków powstawały już od 2007 roku – często były jednak uplastycznione i mało realistyczne. Ze względu na wysokie koszty projektowania i odlewu makiet, przez długi czas szukano źródeł ich finansowania. Wiele z nich powstało z nagrody Access City 2020. Pan Maciej Kłopotowski wraz z panem Marcinem Jakubowskim stworzyli dokument, w którym szczegółowo opracowali wytyczne dla układu przestrzennego. Można tam znaleźć wiele wskazówek do projektowania makiet. Ponieważ służą one zarówno osobom widzącym, jak i niewidzącym, spełniają zasady projektowania uniwersalnego. Należy dbać o ich aktualność i realizm. W najbliższym czasie w Warszawie powstanie 5 nowych makiet.

Jako jedną z nowinek technicznych, David Brimer zaprezentował system ARx Vision Headset. Przedstawiciel Royal National Institute for the Blind podkreślił wagę niezależności osób niewidomych. Postrzega podróżowanie jako ważną część codzienności, zauważa jednak wiele problemów w komunikacji publicznej. Sztuczna inteligencja potrafi już rozpoznawać obiekty, osoby i dokumenty, jednak trzymanie w ręce telefonu wydaje się bardzo niewygodne i może nawet niebezpieczne. Dlatego stworzono wygodniejsze narzędzie składające się ze słuchawek, wbudowanej kamery oraz mikrofonu, połączone z telefonem za pomocą kabla. Pozwala to na szybkie i sprawne nawigowanie w przestrzeni. Przedstawiono przykład osoby jedzącej w restauracji, która zamiast czekać na pomoc osób towarzyszących, mogła po prostu

powiedzieć do mikrofonu „znajdź tylko wegańskie posiłki” i wybrać z listy, którą na podstawie danych z kamery przygotowała sztuczna inteligencja.

Prezes Alitx, Adam Kalbarczyk, opowiedział o BEACONACH – urządzeniach radiowych komunikujących się z urządzeniami za pomocą Bluetootha. Jest to udogodnienie, dzięki któremu osoba niewidoma może szybko i bezpiecznie znaleźć obiekt w mieście bez osoby towarzyszącej. Te małe urządzenia rozsiewają sygnał na bardzo duży zasięg. Umieszczone są w mieście i wskazują np. bankomaty, wejścia do budynków itp. Telefon odbiera sygnał i wydaje komunikat dźwiękowy. System może pomóc również osobom z niepełnosprawnościami, starszym oraz niesłyszącym.

W Norwegii istnieje miejsce będące centrum rehabilitacyjnym oraz jednocześnie bezpieczną przestrzenią dla osób niewidomych. Nazywa się Eikholt i opowiedział o niej pan Rolf Lund. Eikholt cechuje się multisensoryczną architekturą na rzecz zwiększonej inkluzywności. W tym miejscu prowadzone są treningi orientacji przestrzennej oraz badania. Wykorzystane są nowe technologie jak „superbrain”. Multisensoryczna architektura oznacza wykorzystanie wszystkich zmysłów – dotyku, słuchu, propriocepcji. Rolf podkreślił, że społeczeństwo musi umożliwić adaptację osób z niepełnosprawnościami i musi to odbywać się na zasadach wzajemnej współpracy. Jako przykład podał nagranie z meczu. Na trybunach siedziała osoba niewidoma z osobą towarzyszącą. Wykorzystywała słuch (głos komentatora, odgłosy z boiska i trybun), dotyk (posiadała dotykową tablicę, na której mogła śledzić przebieg meczu) i propriocepcję (osoba towarzysząca stosowała sygnały na plecach kibica). W momencie, gdy drużyna straciła bramkę, osoba niewidoma zareagowała równocześnie z innymi, krzycząc „oh nooo”. To pokazuje jak może wyglądać prawdziwy udział osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie. Jeżeli chodzi o architekturę Eikholt, przy projektowaniu przestrzeni stosowano technikę waypoints + guidelines. Waypoints to punkty orientacyjne, a guidelines to ścieżki. Oznacza to, że daną drogę powinien rozpoczynać i kończyć punkt orientacyjny, a ścieżka pomiędzy powinna być wyznaczona np. przez ścianę. Na terenie ogrodu wyznaczano ścieżki poprzez stosowanie różnych powierzchni (trawa, chodnik, żwir) i ukształtowania terenu. Wszystko to może być punktami ostrzegawczymi, pełni funkcję użyteczną, ale może również spełniać funkcje estetyczne. Prelegent podkreślał, że żeby wprowadzić nowoczesne technologie, podstawą musi być sprzyjające środowisko.

Pan Marcin Szaraniec opowiedział o NawiGo – aplikacji do nawigacji wewnątrzbudynkowej wspierającej osoby z dysfunkcjami wzroku i ruchu. Ponad 1500 obiektów publicznych w Warszawie i okolicach zostało dokładnie rozrysowane i wgrane w aplikację. Dzięki wskazówkom haptycznym (drżania) nawiguje użytkowników wewnątrz budynków – wyznacza optymalną trasę, ostrzega przed przeszkodami i kieruje do celów. Zawiera również szczegółowe instrukcje obsługi obiektów, np. biletomatu. Umożliwia również poznanie danej przestrzeni online, przed wizytą. Jest to jedyny system, który pozwala na tak dokładne nawigowanie wewnątrz budynków bez wykorzystania Internetu oraz sygnału GPS.

O wizji Wirtualnej Warszawy, czyli koncepcji powstałej 10 lat temu, opowiedział Tomasz Pactwa. Podkreślił, jakie ograniczenia techniczne w stworzeniu aplikacji były przeszkodą. Zauważył, że projektowanie uniwersalne niesie również zagrożenie dostępu do informacji przez osoby niepowołane. Przypomniał 8 kroków dobrego zarządzania zmianą według Kottera, którymi się kierowano. Doceniono istnienie różnych usług publicznych na rzecz osób z niepełnosprawnościami, np. mobiWawa. W opinii pana Tomasz brakuje niewiele – aplikacji do planowania podróży oraz aplikacji łączącej wszystkie dostępne aplikacje w jednej. Podkreśla, że bardzo ważne jest doprowadzenie dziejącej się zmiany do końca, tak by całe przedsięwzięcie miało sens.

Na koniec odbyła się debata prowadzona przez Milenę Rot. Wśród uczestników byli: Tobias Stuntebeck (Niemcy), Colette Pelt (Holandia), Martine Abel-Williamson (Nowa

Zelandia), Fredric Schroeder (USA) i Molemisi Kono (Botswana, Wielka Brytania). Poruszono tematy dostępności, mobilności i innowacji, oraz wyzwań i szans, jakie ze sobą niosą. Zachęcono do udziału w webinarach WBO. Podkreślono, że dostępność nie może być dodatkiem, a podstawą. Jako najważniejszą trudność podano zaangażowanie rządu do współpracy.

Podsumowując konferencję, wiele rozwiązań technologicznych to ciekawe propozycje, które jednak pozostają niedostępne dla naszych podopiecznych ze względu na stopień skomplikowania. Wartościowe na pewno będą wskazówki dotyczące Beaconów, ramp oraz makiet budynków – wprowadzenie takich rozwiązań mogłoby zwiększyć dostępność naszych budynków. Dużą inspiracją może być Eikholt – przestrzeń w Norwegii zaprojektowana specjalnie dla osób niewidomych. Z pewnością takie osoby jak Rolf Lund czy przedstawiciele Polskiego Związku Niewidomych oraz organizowane przez nich webinary mogą być wsparciem merytorycznym przy projektowaniu dostosowanych przestrzeni.

Ustawa o rencie wdowiej podpisana. Wiemy, co zakłada

Autor: oprac.KB, źródło: PAP niepetnosprawni.pl

Wdowy i wdowcy będą mogli pobierać swoją emeryturę i rentę rodzinną po zmarłym małżonku – zakłada podpisana przez prezydenta Andrzeja Dudę nowelizacja ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw. Drugie świadczenie będzie wypłacane od 1 lipca 2025 r. do 31 grudnia 2026 r. w wysokości 15 proc., a od 1 stycznia 2027 r. w wysokości 25 proc. – zakłada nowelizacja.

Uprawnieni do renty wdowiej mają być wdowy i wdowcy, którzy byli we wspólności małżeńskiej do dnia śmierci małżonka i osiągnęli powszechny wiek emerytalny. Kolejnym warunkiem jest, aby śmierć małżonka nie nastąpiła wcześniej niż pięć lat przed osiągnięciem powszechnego wieku emerytalnego. Limit sumy obu świadczeń ustalono na trzykrotność minimalnej emerytury.

Renta wdowia z myślą o poprawie sytuacji finansowej osób starszych

- Celem przedmiotowej nowelizacji jest wprowadzenie w systemie powszechnym, rolniczym oraz mundurowym nowych reguł zbiegu prawa do renty rodzinnej nabytej z tytułu bycia wdową lub wdowcem z uprawnieniami do innych wskazanych w ustawie świadczeń emerytalno-rentowych. W przypadku zbiegu prawa do wskazanych świadczeń z rentą rodzinną, jedno - wybrane świadczenie - będzie wypłacane w całości, a drugie w wysokości 25%" – podała Kancelaria Prezydenta
Nowelizacja ma poprawić sytuację ekonomiczną osoby starszej po śmierci małżonka. Obecnie w razie zbiegu prawa do świadczeń emerytalno-rentowych można pobierać tylko jedno z nich. Oznacza to, że wdowcy mogą zachować swoją emeryturę albo z niej zrezygnować i wybrać rentę rodzinną po zmarłym.

Kto będzie uprawniony do pobierania renty wdowiej?

Osoba uprawniona ma prawo do wypłaty świadczeń w zbiegu na "nowych" zasadach w przypadku:

- osiągnięcia wieku emerytalnego określonego w art. 24 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
- pozostawania we wspólności małżeńskiej do dnia śmierci małżonka;
- nabycia prawa do renty rodzinnej po zmarłym małżonku nie wcześniej niż 5 lat przed osiągnięciem wieku emerytalnego określonego w art. 24 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Założenia projektu obywatelskiego w sprawie renty wdowiej

Pierwotnie projekt obywatelski zakładał, że wdowcy mogliby zachować swoje świadczenie i powiększyć je o 50 proc. renty rodzinnej po zmarłym małżonku lub – jeśli taki wariant byłby korzystniejszy – pobierać rentę rodzinną po zmarłym małżonku i 50 proc. swojego świadczenia. Autorzy projektu obywatelskiego chcieli też, aby kwota pobieranych świadczeń nie była wyższa niż trzykrotność wartości przeciętnej emerytury w Polsce.

Zobowiązania ZUS-u w procesie przyznawania renty wdowiej

Ustawa przewiduje, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych będzie odpowiedzialny za prowadzenie i udostępnienie właściwym organom emerytalno-rentowym systemu teleinformatycznego służącego do wymiany danych pomiędzy tymi organami w zakresie niezbędnym do ustalania prawa i wysokości oraz wypłaty świadczeń obsługiwanych przez te organy, rozliczeń z tytułu tych świadczeń pomiędzy tymi organami oraz do ustalenia zbiegu świadczeń, o których mowa w uchwalonej ustawie.

Osoby, które spełniają warunki do wypłaty świadczeń na zasadach określonych w ustawie, mogą składać wnioski o ustalenie zbiegu świadczeń, od dnia 1 stycznia 2025 r. Po d projektem obywatelskim podpisało się ponad 200 tys. osób.

Ministerstwo planuje wielką zmianę w orzecznictwie ZUS.

Pielęgniarki i fizjoterapeuci mają orzekać w niektórych sprawach

Autor: oprac. MR, źródło: www.gov.pl

Do Wykazu prac legislacyjnych rządu trafił przygotowany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej -projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw. Przewiduje on kompleksową reformę orzecznictwa lekarskiego w ZUS. Jedną z propozycji jest wprowadzenie możliwości wydawania orzeczeń w określonych rodzajach spraw przez specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne: fizjoterapeutów i pielęgniarki.

Jak wskazują autorzy Sposób jego ukształtowania nie przystaje do aktualnego zakresu działania ZUS i roli jego orzeczeń w systemie zabezpieczenia społecznego, realiów medycznego rynku pracy, oczekiwań społecznych oraz potrzeb związanych z perspektywą realizacji zobowiązań zaciągniętych w umowie koalicyjnej.

Uprościć funkcjonowanie ZUS

W ocenie resortu rodziny konieczne w szczególności jest pełne uregulowanie uprawnień i obowiązków podmiotów biorących udział w postępowaniu orzecznictwym, treści

orzeczenia, zasad ich doręczeń, środków prawnych od orzeczeń i skutków ich wniesienia, terminów wydawania orzeczeń, terminów rozpatrywania środków prawnych od nich oraz środków zwalczania nieterminowości w wydawaniu orzeczeń. Kwestie te jak dotąd były uregulowane fragmentarycznie lub za pomocą aktów prawa wewnętrznego wydawanych przez organy ZUS.

Elastyczne zatrudnienie lekarzy orzeczników

Dlatego projekt zakłada stworzenie warunków do zapewnienia pełnej obsady kadrowej orzecznictwa lekarskiego w ZUS. Aktualnie zadania z zakresu orzecznictwa lekarskiego w ZUS mogą wykonywać wyłącznie zatrudniani na podstawie umowy o pracę lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich, posiadający tytuł lekarza specjalisty i. Jednocześnie wysokość wynagrodzeń oferowanych lekarzom orzecznikom i członkom komisji lekarskich oraz pozapłatowe warunki ich zatrudnienia nie odpowiadają współczesnym realiom medycznego rynku pracy. Jak zauważają autorzy projektu Przekłada się to na utrwalone i zwiększające się z roku na rok braki w obsadzie kadrowej orzecznictwa lekarskiego w ZUS. Wg stanu na 31 marca 2024 r. – mimo podejmowanych licznych akcji rekrutacyjnych i innych działań zachęcających do podejmowania pracy przez lekarzy w ZUS – w ZUS obsadzone było 554 etatów lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich, a 335 etatów pozostawało nieobsadzonych (37% z etatów przewidzianych w planie zatrudnienia). Wysoka jest też średnia wieku lekarzy zatrudnionych w ZUS, która wynosi ponad 60 lat.

Dlatego też Ministerstwo chce, by lekarze orzecznicy mogli według wyboru wykonywać pracę na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej. Jednocześnie w projekcie przyjęto założenie, że lekarze realizujący zadania związane z nadzorem nad wydawaniem orzeczeń, tj. główny lekarz orzecznik, naczelnny lekarz ZUS oraz lekarze inspektorzy nadzoru orzecznictwa lekarskiego będą zatrudniani wyłącznie na podstawie umów o pracę.

Nie tylko lekarze specjaliści

Ministerstwo planuje wprowadzenie zmian w zakresie kwalifikacji wymaganych od lekarzy orzeczników, tj. możliwości zatrudniania poza lekarzami specjalistami również lekarzy nieposiadających tytułu specjalisty. W projekcie dopuszcza się możliwość zatrudnienia do wydawania orzeczeń w pierwszej instancji lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny oraz lekarzy wykonujących czynnie zawód co najmniej pięć lat. Rozwiązanie to ma zwiększyć możliwości uzupełnienia stanu zatrudnienia lekarzy orzekających w ZUS.

Nowe uprawnienia fizjoterapeutów i pielęgniarek

Projekt zakłada też wprowadzenie możliwości wydawania orzeczeń w określonych rodzajach spraw przez specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne. W tym zakresie proponuje się, by w sprawach o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej w zakresie profilu narządu ruchu orzeczenia mogły być wydawane przez fizjoterapeutów, a w sprawach, w których ustala się niezdolność do samodzielnej egzystencji, przez pielęgniarki i pielęgniarzy. O tym, czy dana sprawa będzie mogła zostać skierowana do rozpatrzenia przez wymienionych specjalistów, w każdym przypadku zdecyduje główny lekarz orzecznik, który w centrum orzeczniczym będzie sprawował nadzór nad wydawaniem orzeczeń.

Wypożyczalnia technologii wspomagających

Autor: Informator PFRON, źródło: Integracja 5/2023

Od września 2023 r. nie musisz już kupować drogiego sprzętu rehabilitacyjnego ani płacić za korzystanie ze specjalistycznych technologii. Teraz możesz taki sprzęt wypożyczyć. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) uruchomił centralną wypożyczalnię technologii wspomagających.

Jaki sprzęt i jakie urządzenia możesz wypożyczyć

Nowy program PFRON znacząco zwiększa dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz zaawansowanych technologicznie urządzeń dla osób z niepełnosprawnością. Wartość sprzętu znajdującego się w wypożyczalni to ponad 200 mln zł. Do dyspozycji jest ponad 14 tys. sztuk różnego rodzaju sprzętu, a ta liczba będzie się systematycznie zwiększać. W wypożyczalni znajdują się m.in.:

wózki i skutery dla osób z niepełnosprawnością ruchową,

łóżka rehabilitacyjne,

podnośniki kąpielowe,

linijki i notatniki brajlowskie,

powiększalniki przenośne i stacjonarne,

urządzenia wspomagające słyszenie i nowoczesne aparaty słuchowe.

Dostępne są także technologie wspomagające i alternatywne dla tych, którzy nie mogą się komunikować w standardowy sposób, oraz oprogramowanie do sterowania komputerem za pomocą wzroku (tzw. PCEye). Te nowoczesne rozwiązania pozwalają na porozumiewanie się i rehabilitację osób po udarze lub w innych ciężkich stanach neurologicznych.

Wśród udostępnianego sprzętu znajdują się ponadto koncentratory tlenu – zarówno przenośne, jak i stacjonarne. To sprzęt, który nie jest refundowany w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby wymagające tlenoterapii nie mogły też dotychczas otrzymać pomocy PFRON. Teraz mogą nieodpłatnie wypożyczyć taki sprzęt na rok, a jeśli będzie potrzeba – przedłużyć umowę na następny rok.

Kolejna kategoria dostępnego sprzętu to pętla indukcyjna dla osób niedosłyszących, czyli urządzenia wspomagające aparaty słuchowe. Mają one stosunkowo niewielkie rozmiary i mogą być bez problemu zabrane do instytucji, banku, przychodni – wszędzie tam, gdzie danej osobie będzie to przydatne. Pętla indukcyjna sprawia, że wszystkie zakłócenia, szmery są eliminowane, by lepszy był odbiór dźwięku w aparacie słuchowym.

W wypożyczalni są też linijki i notatniki brajlowskie, które wspierają samodzielność osób z niepełnosprawnością narządu wzroku. Do tej pory musiały one wypożyczać taki sprzęt na własny koszt albo otrzymywały dofinansowanie do zakupu, na przykład w ramach programu „Aktywny samorząd” lub na podstawie wniosku o likwidację barier funkcjonalnych, czyli w tym wypadku barier w komunikowaniu się lub barier technicznych. Teraz do tych form wsparcia dochodzi nie tylko możliwość nieodpłatnego wypożyczenia linijek i notatników, ale też przetestowania – przed podjęciem decyzji – różnego typu technologii. Dzięki temu zainteresowani mają możliwość sprawdzenia, czy konkretna technologia wspomagająca zaspokoi ich potrzeby.

Wypożyczalnia jest częścią szerszego programu wspierającego, obejmującego centra informacyjno- -doradcze dla osób z niepełnosprawnością (CIDON) oraz ośrodki

wsparcia i testów (OWiT). Wszystko po to, by jak najlepiej dopasować sprzęt czy urządzenie do rzeczywistych potrzeb konkretnej osoby. Rolą doradców i ekspertów w tych instytucjach jest także informowanie osób z niepełnosprawnością o nowoczesnych rozwiązaniach i formach wsparcia, pomoc w wypełnieniu wniosku, konsultacje i doradztwo w zakresie dopasowania odpowiedniej technologii. Ponadto wypożyczony asortyment będzie dostosowywany i konfigurowany pod kątem indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością, a nawet – jeśli okaże się to niezbędne – instalowany przez fachowców w domu osoby wypożyczającej. Bez żadnych dodatkowych opłat.

Dla kogo jest wypożyczalnia

Wypożyczalnia pomoże osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności – ruchową, słuchową i wzrokową, a także osobom niewerbalnym, czyli potrzebującym komunikacji alternatywnej lub wspomagającej.

Sprzęt może wypożyczyć każdy, kto ma ważne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i w ciągu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku nie otrzymał ze środków PFRON lub NFZ dofinansowania na zakup takiej samej technologii wspomagającej jak ta, którą chce wypożyczyć. Sprzęt może być również udostępniany dzieciom z orzeczeniem o niepełnosprawności na podstawie wniosku rodzica lub opiekuna prawnego. Podobnie jest, jeśli chodzi o osoby ubezwłasnowolnione – wniosek składa opiekun prawny.

Jeśli wniosek będzie dotyczył wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie, np. wózka lub skutera inwalidzkiego, to potrzebne będzie również zlecenie od lekarza specjalisty.

Jeśli więc jesteś osobą z niepełnosprawnością i chcesz skorzystać z wypożyczalni sprzętu, to złóż wniosek w wersji elektronicznej za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia (SOW). Będą go rozpatrywać CIDON-y (centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością), a następnie trafi on do OWiT-u (ośrodka wsparcia i testów), gdzie ekspert pomoże dopasować technologię do indywidualnych potrzeb. Sprzęt będzie dostarczała i serwisowała Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych (RARS). Każdą osobę wypożyczającą prosimy o wpłacenie kaucji zwrotnej w stałej wysokości 2 proc. wartości sprzętu. Po zakończeniu obowiązywania umowy pieniądze zostaną oddane.

Dodatkowe informacje

Więcej informacji można znaleźć na stronie PFRON (wypozyczalnia.pfron.org.pl). Jest tam również pełna lista dostępnego sprzętu. Na wszelkie pytania odpowiedzą pracownicy RARS pod nr. tel.: 22 899 89 22 lub adresem e-mail: infolinia.wypozyczalnia-pfron@rars.gov.pl.

Czy pobierając dodatek dopełniający, utraci się prawo do świadczenia uzupełniającego?

Autor: oprac. MR,

W związku z pracami nad wprowadzeniem dodatku dopełniającego do renty socjalnej pojawiają się pytania dotyczące m.in. łączenia go z innymi świadczeniami. Na przykład ze świadczeniem uzupełniającym, czyli tzw. 500 plus dla osób z niepełnosprawnością.

Dodatek dopełniający ma być świadczeniem skierowanym do osób posiadających pobierających rentę socjalną i posiadających orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ma być on wypłacany od maja przyszłego roku z wyrównaniem od stycznia w wysokości 2520. Dodatek ma być corocznie waloryzowany.

Czy dodatek będzie wliczał się do progu?

Podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Polityki Społecznej Rodziny wprowadzono m.in. poprawkę mówiącą o tym, że przyznanie dodatku dopełniającego nie będzie miało wpływu na kwotę świadczenia wspierającego. Co jednak ze świadczeniem uzupełniającym?

Świadczenie 500 dla niesamodzielnych przyznawane jest osobom dorosłym, mieszkającym w Polsce, które mają orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, a przy tym nie mają świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych lub suma tych świadczeń nie przekracza od 1 marca br. kwoty 2 419,33 zł brutto.

Od 1 marca tego roku to świadczenie w pełnej wysokości 500 zł mogą otrzymać osoby, które nie mają w ogóle świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych lub ich suma nie przekracza 1919,33 zł brutto (ta kwota jest co roku waloryzowana). Jeśli suma tych świadczeń wynosi więcej niż 1919,33 zł, ale nie przekracza 2 419,33 zł brutto, to stosowana jest zasada „złotówka za złotówkę”. Na przykład, jeśli w marcu suma pobieranych świadczeń wynosi 1900 zł brutto, to świadczenie uzupełniające będzie przyznane w kwocie 519,33 zł. Jeśli suma świadczeń wynosi np. 2100 zł brutto, to świadczenie dla osób niesamodzielnych wyniesie 319,33 zł.

Co, jednak gdy pojawi się nowe świadczenie? Czy dodatek dopełniający będzie wliczał się do progu, do którego przyznawane jest świadczenie uzupełniające?

Ministerstwo odpowiada

Pytanie dotyczące zbiegu świadczenia uzupełniającego z dodatkiem dopełniającym skierowaliśmy do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Socjalnej.

- Możliwość otrzymania świadczenia uzupełniającego, zgodnie z przepisami, jest uzależniona m.in. kryterium dochodowym. Beneficjent dodatku dopełniającego będzie przekraczał progi finansowe wyznaczone dla tego świadczenia. Zatem osoby, które otrzymają dodatek dopełniający, nie będą mogły pobierać świadczenia uzupełniającego – czytamy w odpowiedzi Ministerstwa na nasze pytanie- Mówi o tym Art. 6c ust. 1 oraz Art. 8c ust. 4 obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o rencie socjalnej – wskazują przedstawiciele Ministerstwa.

Warto pamiętać, że prace nad ustawą wprowadzającą dodatek dopełniający wciąż trwają.

Dodatek do energii elektrycznej dla osób korzystających z koncentratora tlenu lub respiratora

Źródło: sow.pfropn.org.pl

Miło nam poinformować o wdrażaniu przez PFRON inicjatywy zapowiadanej przez Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych i zatwierdzonej przez Radę Nadzorczą PFRON (uchwała nr 7/2024 z dnia 19 czerwca 2024 r.), a polegającej na dofinansowaniu ze środków PFRON do energii elektrycznej dla osób z niepełnosprawnością korzystających z koncentratora tlenu lub respiratora.

Jaki jest przedmiot pomocy?

Jest to dodatek na pokrycie kosztów opłaty za energię elektryczną w formie refundacji kosztów energii elektrycznej, związanych ze zwiększonym jej zużyciem w związku ze stałym, intensywnym korzystaniem z koncentratora tlenu lub respiratora.

Jaka jest wysokość pomocy?

100 zł miesięcznie.

Możemy zrefundować koszty poniesione od dnia 1 lipca 2024 r.

Okres objęty refundacją kosztów opłaty za energię nie może być dłuższy niż 6 miesięcy (600 zł) i krótszy niż 3 miesiące (300 zł).

Przykładowo:

jeśli złożysz wniosek w październiku 2024 r., to może on obejmować dodatek za miesiące:

lipiec-wrzesień (3 miesiące – 300 zł),

jeśli złożysz wniosek w listopadzie 2024 r., to może on obejmować dodatek za miesiące:

lipiec-październik (4 miesiące – 400 zł),

jeśli wniosek złożysz np. w styczniu 2025 r., to może on obejmować dodatek za miesiące:

lipiec-grudzień (6 miesięcy – 600 zł),

jeśli wniosek złożysz np. w marcu 2025 r., to może on obejmować dodatek za miesiące:

wrzesień-luty (6 miesięcy – 600 zł).

Gdzie złożyć wniosek?

W Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON (SOW):

<https://sow.pfron.org.pl/>

W systemie SOW znajdziesz różne formy pomocy przy wypełnieniu wniosku: pomoc kontekstową, bezpłatną infolinię, mobilnego asystenta, możliwość wykorzystywania wprowadzonych danych w przeszłości – w trakcie aplikowania o kolejne wsparcie itd.

W przypadku pytań dotyczących korzystania z systemu SOW, zapraszamy do kontaktu telefonicznego i mailowego:

bezpłatna Infolinia dostępna w dni robocze w godzinach 9.00 – 17.00

numer 800 889 777 lub

sow@pfron.org.pl

Więcej informacji o programie uzyskasz klikając w link poniżej:

<https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/programy-i-zadania-pfron/programy-i-zadania-real/aktywny-samorzad/komunikaty/dodatek-do-energii-elektrycznej-dla-osob-korzystajacych-z-koncentratora-tlenu-lub-respiratora/>

Zespół SOW

Wsparcie finansowe dla rodziców małych dzieci

Autor: Krzysztof Wiśniewski – prawnik, źródło Nasze Dzieci

90,00 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5. roku życia,
Dzieci nie są pełnoletnie, zatem wsparcie finansowe ze strony państwa będzie przysługiwały rodzicom. Poniżej omówię świadczenia, o które mogą się starać.

Podstawowym wsparciem finansowym jest świadczenie pielęgnacyjne
Od 1 stycznia 2024 r. obowiązują nowe przepisy ustawy o świadczeniach rodzinnych regulujące warunki przyznawania świadczenia pielęgnacyjnego. Obecnie świadczenie pielęgnacyjne mogą otrzymać osoby, które sprawują opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami w wieku do ukończenia 18. roku życia. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje m.in. matce albo ojcu. Aby je otrzymać, wymagane jest posiadanie przez dziecko ważnego orzeczenia o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (takie orzeczenie zawiera informację w punktach 7. i 8. o treści: „wymaga”) albo orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Jedną z najważniejszych wprowadzanych zmian obowiązujących od początku bieżącego roku jest możliwość łączenia aktywności zawodowej, bez żadnych ograniczeń, z pobieraniem świadczenia pielęgnacyjnego. Wykreślono bowiem przepis, który przyznanie świadczenia uzależniał od rezygnacji bądź niepodjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przez opiekuna sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością.

Również posiadany przez opiekuna status rolnika, małżonka rolnika czy domownika rolnika nie stanowi żadnej przeszkody w otrzymywaniu od 1 stycznia 2024 r. świadczenia pielęgnacyjnego.

Świadczenie na nowych zasadach przysługuje również w sytuacji, gdy opiekun dziecka w wieku do ukończenia 18. roku życia ma ustalone prawo do własnej emerytury lub renty lub innego świadczenia emerytalno-rentowego.

Bardzo istotny ze względu na posiadanie kilkorga dzieci z niepełnosprawnością jest przepis, zgodnie z którym, gdy opiekun otrzymujący świadczenie pielęgnacyjne na nowych zasadach sprawuje opiekę nad więcej niż jednym dzieckiem do ukończenia 18. roku życia legitymującym się odpowiednim ww. orzeczeniem o niepełnosprawności, to wysokość świadczenia pielęgnacyjnego jest podwyższana o 100% na drugą i każdą kolejną osobę, nad którą sprawowana jest opieka – warunkiem jest złożenie wniosku przez opiekuna o podwyższenie świadczenia pielęgnacyjnego.

Wnioski o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego na nowych zasadach można było składać od dnia wejścia w życie nowych przepisów, czyli od 1 stycznia 2024 r. i można to robić nadal. Organami właściwymi do przyjmowania, rozpatrywania i wypłaty świadczenia pielęgnacyjnego pozostają wójtowie, burmistrzowie lub prezydenci miast, właściwi ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o to świadczenie. W praktyce w gminach i miastach to zadanie realizują najczęściej ośrodki pomocy społecznej lub centra usług społecznych, a także urzędy miast i gmin oraz inne jednostki organizacyjne danej

gminy/miasta, takie jak centra świadczeń socjalnych.

Tak jak dotychczas, wnioski będzie można składać tradycyjnie na formularzach papierowych, które ma obowiązek udostępnić ww. organ lub drogą elektroniczną za pośrednictwem portalu Emp@tia na stronie www.empatia.mpips.gov.pl.

Uwaga: osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem w wieku do ukończenia 18. roku życia, które pobierają już świadczenie pielęgnacyjne przyznane im zgodnie z dotychczasowymi przepisami i które będą chciały otrzymać świadczenie pielęgnacyjne na nowych zasadach, muszą również złożyć nowy wniosek o to świadczenie z jednoczesnym oświadczeniem o rezygnacji ze „starego”, dotychczas otrzymywanego świadczenia pielęgnacyjnego.

Od 1 stycznia 2024 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 2988 zł miesięcznie.

Zasiłek rodzinny

Wysokość zasiłku rodzinnego uzależniona jest od wieku dziecka i wynosi: 95 zł miesięcznie na dziecko w wieku od urodzenia do ukończenia 5 lat, 124 zł miesięcznie na dziecko w wieku powyżej 5 lat do ukończenia 18 lat, 135 zł miesięcznie na dziecko w wieku powyżej 18 lat do ukończenia 24 lat. Świadczenie to przysługuje m.in. rodzicom lub jednemu z nich.

Dodatkowo przy zasiłku rodzinnym obowiązują ograniczenia wiekowe dziecka. Świadczenie przysługuje do momentu ukończenia przez nie 18. roku życia (lub 21. jeśli kontynuuje naukę). Rodzice dzieci z niepełnosprawnościami mogą je otrzymywać do ukończenia przez podopiecznych 24 lat. Osobom pełnoletnim, które nie są na utrzymaniu rodziców, również przysługuje ono do 24. roku życia. Przyznanie prawa do zasiłku rodzinnego uzależnione jest m.in. od spełnienia kryterium dochodowego. Zasiłek rodzinny przysługuje, jeżeli przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nie przekracza kwoty 674,00 zł. W przypadku, gdy członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności, zasiłek rodzinny przysługuje, jeżeli przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nie przekracza kwoty 764,00 zł.

Przy ustalaniu dochodu rodziny uprawniającego do zasiłku rodzinnego i dodatków obowiązuje tzw. mechanizm „złotówka za złotówkę”. Według tego mechanizmu, przekroczenie kryterium dochodowego przez rodzinę ubiegającą się o zasiłek rodzinny wraz z dodatkami nie oznacza wykluczenia jej z systemu świadczeń rodzinnych, ale rodzina ta może otrzymać świadczenia, o które się ubiega odpowiednio pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego.

W przypadku, gdy dochód rodziny przekracza kwotę kryterium dochodowego (tj. odpowiednio 674 zł lub 764 zł) pomnożoną przez liczbę członków danej rodziny o kwotę nie wyższą niż łączna kwota zasiłków rodzinnych wraz z dodatkami przysługujących danej rodzinie w okresie zasiłkowym, na który jest ustalane prawo do tych świadczeń, zasiłek rodzinny wraz z dodatkami przysługują w wysokości różnicy między łączną kwotą zasiłków rodzinnych wraz z dodatkami, a kwotą, o którą został przekroczony dochód rodziny.

Łączną kwotę zasiłków rodzinnych wraz z dodatkami, o której mowa powyżej, stanowi suma przysługujących danej rodzinie w danym okresie zasiłkowym:

1) Zasiłków rodzinnych podzielonych przez liczbę miesięcy, na które danej rodzinie jest

ustalane prawo do tych zasiłków.

2) Dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu: opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, samotnego wychowywania dziecka, wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej, kształcenia i rehabilitacji dziecka – podzielonych przez liczbę miesięcy, na które danej rodzinie jest ustalane prawo do tych dodatków.

3) Dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu: urodzenia dziecka, rozpoczęcia roku szkolnego, podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania – podzielonych przez 12.

W przypadku, gdy wysokość zasiłków rodzinnych wraz z dodatkami przysługująca danej rodzinie, ustalona zgodnie z powyższym mechanizmem, jest niższa niż 20,00 zł, świadczenia te nie przysługują.

Wniosek o zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego składa się w urzędzie gminy lub miasta (albo w ośrodku pomocy społecznej lub w innej jednostce organizacyjnej gminy).

Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego

Wysokość dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego wynosi miesięcznie:

110,00 zł na dziecko w wieku powyżej 5. roku życia do ukończenia 24. roku życia.

Dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji przysługuje matce lub ojcu dziecka, na pokrycie zwiększonych wydatków związanych z rehabilitacją lub kształceniem dziecka w wieku: do ukończenia 16. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności, powyżej 16. roku życia do ukończenia 24. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Dodatek z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej

Wysokość dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej wynosi 95,00 zł miesięcznie.

Dodatek przysługuje na trzecie i na następne dzieci uprawnione do zasiłku rodzinnego.

Dodatek z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego

Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego przysługuje w wysokości 400 zł miesięcznie. Dodatek przysługuje matce lub ojcu, nie dłużej jednak niż przez okres:

24 miesięcy kalendarzowych,

36 miesięcy kalendarzowych, jeżeli sprawuje opiekę nad więcej niż jednym dzieckiem urodzonym podczas jednego porodu,

72 miesięcy kalendarzowych, jeżeli sprawuje opiekę nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności albo o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W przypadku równoczesnego korzystania z urlopu wychowawczego przez oboje rodziców lub opiekunów prawnych dziecka przysługuje jeden dodatek.

Nie przysługuje on, jeżeli osoba ubiegająca się o dodatek:

1) Bezpośrednio przed uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego pozostawała w

stosunku pracy przez okres krótszy niż 6 miesięcy.

- 2) Podjęła lub kontynuuje zatrudnienie lub inną pracę zarobkową, która uniemożliwia sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego.
- 3) W okresie urlopu wychowawczego korzysta z zasiłku macierzyńskiego.
- 4) Korzysta ze świadczenia rodzicielskiego, oraz gdy
- 5) Dziecko zostało umieszczone w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, i korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu, z wyjątkiem dziecka przebywającego w zakładzie opieki zdrowotnej.

Dodatek nie przysługuje także w przypadku zaprzestania sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

W przypadku zbiegu uprawnień do następujących świadczeń:

- 1) świadczenia rodzicielskiego lub
- 2) świadczenia pielęgnacyjnego lub
- 3) specjalnego zasiłku opiekuńczego lub
- 4) dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub
- 5) zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

– przysługuje jedno z tych świadczeń wybrane przez osobę uprawnioną.

Obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego do okresu zatrudnienia wymaganego do nabycia prawa do dodatku zalicza się okres zatrudnienia na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Dodatek przysługujący za niepełne miesiące kalendarzowe wypłaca się w wysokości 1/30 dodatku miesięcznego za każdy dzień. Kwotę dodatku przysługującą za niepełny miesiąc zaokrągla się do 10 gr w górę.

Zasiłek pielęgnacyjny

Świadczenie to przysługuje dziecku z niepełnosprawnością, które ukończyło 16 lat, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz osobie z niepełnosprawnością w wieku powyżej 16. roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia. Zasiłki pielęgnacyjne są przyznawane i wypłacane przez ośrodek pomocy społecznej, podległy wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej. Kwota zasiłku pielęgnacyjnego to 215,84 zł.

Usługi opiekuńcze droższe nawet o 3140 zł.

Zastępca RPO apeluje w sprawie osób pobierających świadczenie wspierające

Autor: oprac. MR, Źródło: brpo.gov.pl

ak zauważa zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich Stanisław Trociuk, świadczenie wspierające dla osoby z niepełnosprawnością wlicza się do jej dochodu przy ustalaniu odpłatności za usługi opiekuńcze, co drastycznie podnosi ich koszty. Podaje on przykład osoby pobierającej je w najwyższej kwocie, czyli 220 procent renty socjalnej - 3919 zł, miesięczne opłaty za usługi opiekuńcze wzrosły z 560 zł do 3700 złotych.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc przy codziennych potrzebach życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem.

Opłaty i progi

Jak zauważa Stanisław Trociuk, dla określenia wysokości odpłatności za usługi opiekuńcze niezbędne jest ustalenie sytuacji dochodowej danej osoby. Według obowiązujących przepisów za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub, w przypadku utraty dochodu, z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, pomniejszoną o miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenia społeczne czy alimenty.

Zasadnicze czynniki wpływające na koszt usług opiekuńczych i wysokość odpłatności to:

- miejsce zamieszkania (ustalenie kosztu usług opiekuńczych i zasad odpłatności należy do władz gminy);
- wysokość progów dochodowych określonych w u.p.s i uzyskiwany dochód, ponieważ najczęściej gminy określają, że nie ponosi odpłatności osoba, która ma dochody poniżej kryterium dochodowego - 600 zł na osobę w rodzinie i 776 zł dla osoby samotnie gospodarującej, w przypadku przekroczenia wskazanego kryterium pobierający usługi ponosi częściową odpłatność - tym większą im większe przekroczenie aż do 100% określonej przez gminę ceny danej usługi;
- wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę i wysokość minimalnej stawki godzinowej; gminy przy określeniu kosztu godziny usługi opiekuńczej i specjalistycznej usługi opiekuńczej bazują najczęściej na minimalnej stawce godzinowej w danym roku kalendarzowym wskazywanej w rozporządzeniu Rady Ministrów.

Zysk ze świadczenia niewielki

Wprowadzone od 1 stycznia 2024 r. świadczenie wspierające dla osób z niepełnosprawnością stanowi dochód osób ubiegających się o przyznanie usług opiekuńczych. Powoduje to drastyczny wzrost kosztów odpłatności za te usługi. To zaś, jak zauważa Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, minimalizuje korzyści finansowe nowego świadczenia.

Jak czytamy na stronie Biura, w jednej ze spraw skierowanych do RPO osobie z niepełnosprawnością przyznano prawo do świadczenia wspierającego w wysokości 220% renty socjalnej - 3919 zł. Wliczenie do dochodu tego świadczenia wspierającego spowodowało wzrost miesięcznej opłaty za usługi opiekuńcze z 560 zł do 3700 zł. Oznacza to, że otrzymując świadczenie w najwyższej wysokości, dużą jego część musi ona przeznaczać na potrzebne jej usługi opiekuńcze.

Potrzebny mechanizm zabezpieczający

W opinii Rzecznika Praw Obywatelskich konieczne jest wdrożenie mechanizmu zabezpieczającego osoby o najniższych dochodach przed skutkami wzrostu kosztów usług opiekuńczych, a aktualna sytuacja wskazuje nie tylko na konieczność działań interwencyjnych i osłonowych, ale także ogólnokrajowej analizy potrzeb w zakresie usług opiekuńczych, efektywności ich udzielania oraz dostępności.

Dlatego też Stanisław Trociuk prosi min. Agnieszkę Dziemianowicz-Bąk o stanowisko oraz rozważenie podjęcia stosownych działań.

Wniosek o pieniądze z programu „Aktywny rodzic” złożysz przez mZUS

Autor: inf. pras., fot. grafika ZUS

Od 1 października 2024 r. możesz złożyć do **ZUS** wniosek o świadczenie:

- aktywni rodzice w pracy
- aktywnie w żłobku
- aktywnie w domu

Wniosek o świadczenia z programu Aktywny Rodzic złożysz wygodnie:

- przez PUE ZUS
- w aplikacji mobilnej mZUS

Więcej informacji: zus.pl/AktywnyRodzic

RODZINĄ I PRACĄ MOGĄ IŚĆ W PARZE

AKTYWNY RODZIC

Za pomocą darmowej aplikacji mZUS można zdalnie, bez konieczności osobistej wizyty w ZUS o każdej porze dnia wysyłać elektroniczne wnioski. Od października umożliwi ona wnioskowanie o pieniądze z programu „Aktywny rodzic”.

Bezpłatna aktualizacja mobilnej aplikacji jest już dostępna w sklepach Google Play oraz AppStore. Teraz jest w niej wiele informacji i funkcji zarówno dla ubezpieczonych w ZUS, jak i tych, którym Zakład wypłaca pieniądze.

Bardzo proste

- Założenie aplikacji mZUS to zaledwie kilka kroków. Aby móc z niej korzystać należy połączyć ją ze swoim profilem na Platformie Usług Elektronicznych. Proces aktywacji i połączenia aplikacji z profilem PUE został opisany krok po kroku na początkowych ekranach startowych aplikacji i na naszej stronie internetowej – wyjaśnia Sebastian Szczurek, regionalny rzecznik prasowy ZUS

w województwie opolskim.

Na stronie zus.pl jest umieszczona instrukcja użytkowania oraz link do filmu instruktażowego na YouTube.

- Aplikacja mZUS ciągle się rozwija. Dotychczas dzięki niej klienci mogli w prosty i szybki sposób złożyć wnioski o pieniądze z programów dla rodzin, na przykład Dobry Start czy świadczenie wychowawcze 800+. Teraz mogą również sprawdzić czy oni sami oraz członkowie ich rodzin są ubezpieczeni. Mogą przeczytać jakie zasiłki, emerytura czy renta są im wypłacane przez ZUS – dodaje Sebastian Szczurek.

Rzecznik zachęca do aktualizacji aplikacji, dzięki czemu klienci uzyskają więcej możliwości elektronicznego kontaktu z ZUS.

Do tej pory aplikacja mZUS została pobrana w Google Play ok 500 tys. razy.

Co oferuje aplikacja mZUS

W aktualnej wersji aplikacji klienci ZUS mogą (poza wcześniej udostępnionymi funkcjami) przejrzeć informacje o:

zgłoszeniach do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, okresach podlegania do ubezpieczeń, danych płatnika/płatników składek ubezpieczonego członkach rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego pobieranych zasiłkach oraz emeryturach i rentach zaświadczeniach lekarskich (e-ZLA).

W aplikacji mZUS można też:

wyliczyć prognozowaną kwotę emerytury w kalkulatorze emerytalnym zarezerwować e-wizytę w ZUS, czyli wideorozmowę z pracownikiem ZUS zadzwonić na infolinię ZUS (Centrum Kontakt Klientów ZUS), jako klient uwierzytelniony i uzyskać informacje dot. konkretnej sprawy lub sytuacji osoby, która się kontaktuje.

Obecnie, aby w korzystać ze wszystkich funkcji aplikacji mobilnej mZUS, należy ją zaktualizować. Osoby, które jeszcze nie zainstalowały mZUS, mogą pobrać ją bezpłatnie ze sklepów Google Play lub AppStore. Po instalacji aplikacji należy ją połączyć ze swoim profilem na PUE ZUS. Bez założenia i potwierdzenia profilu PUE ZUS korzystanie z mZUS nie będzie możliwe.

Osoby, które nie mają jeszcze konta na PUE ZUS, mogą je założyć w kilka minut, odwiedzając stronę zus.pl i klikając przycisk „Zarejestruj w PUE”. Rejestracja jest możliwa za pomocą metod dostępnych na portalu login.gov.pl (profil zaufany, m-obywatel, bankowość elektroniczna, e-dowód), kwalifikowanego podpisu elektronicznego, lub poprzez bankowość elektroniczną współpracującą z ZUS.

[Na stronie ZUS](#) można zobaczyć jak zainstalować aplikację mZUS oraz jak z niej korzystać.

Co dalej z ustawą o usługach asystenckich?

Pierwsze czytanie prezydenckiego projektu

Autor: Mateusz Różański, fot. Mateusz Różański



Usługi asystenckie to dla państwa nie kosztowny wydatek, ale potrzebna i mądra inwestycja, dzięki której osoby z niepełnosprawnością i ich opiekunowie będą mogli pracować i co za tym idzie — płacić podatki. Taką perspektywę prezentowali posłowie prawie wszystkich partii podczas dyskusji nad przygotowanym przez Kancelarię Prezydenta RP projektem ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnością. Jego pierwsze czytanie odbyło się podczas posiedzenia 1 października.

Obecnie usługi asystenckie dostępne są tylko w ramach rządowego programu realizowanego przez samorządy i organizacje pozarządowe. Ten tryb sprawia, że wiele osób nie ma dostępu do tych usług. Ich użytkownicy zwracają też uwagę na problem przerw pomiędzy końcem realizacji jednej edycji programu a początkiem następnej, która może trwać nawet kilka miesięcy. Rozwiązaniem tego problemu ma być ustawa o usługach asystenckich. Obecnie trwają prace nad rządowym projektem takiej ustawy. Jednocześnie istnieje już projekt przygotowany przez Kancelarię Prezydenta.

Dyskusja w Sejmie

1 października podczas posiedzenia Sejmu odbyło się pierwsze czytanie tego projektu. Został on po wielu miesiącach prac opublikowany [w listopadzie 2023 roku](#), a do Sejmu [skierowano go do w marcu tego roku](#). Projekt od początku był [krytykowany przez stronę społeczną i nazywany sprzecznym z Konwencją ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami](#). Przed czytaniem na sali plenarnej dyskusja na temat projektu odbyła się podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Osób z Niepełnosprawnościami.

Krytyka projektu

- Projekt został złożony z ogromnym opóźnieniem i okazał się niezgodny z art. 19 Konwencji ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami i, a także Standardem Asystencji Osobistej – powiedziała – Powiedziała przewodnicząca Zespołu, posłanka Maja Nowak z Polski 2050. Zdaniem polityczki Polski 2050 stworzona przez Kancelarię Prezydenta ustawa nie uwzględnia uwag i oczekiwań środowiska osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Wskazała też, że pomimo iż w latach 2022-2023 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przygotowało wraz z partnerami społecznymi standardy asystencji osobistej. Niestety – jak tłumaczyła posłanka – w pracach nad projektem nie uwzględniono tych standardów.

- Przynajmniej w projekcie prezydenckim wyklucza dzieci i młodzież i możliwość swobodnego wyboru realizatora usługi i samodzielnego zatrudnienia asystenta przez użytkownika. Nie bierze pod uwagę eksperckiego doświadczenia organizacji pozarządowych jako ewentualnych realizatorów tej usługi. Nie zapewnia też wystarczającej ilości godzin wsparcia – tłumaczyła Maja Nowak.

Jak wyliczała posłanka Polski 2050, brak też w prezydenckiej ustawie możliwości wykonywania przez asystenta czynności pielęgnacyjno-medycznych po przeszkoleniu i obopólnej zgodzie asystenta i użytkownika, zróżnicowania usług i stawek dla asystentów, a także analizy potrzeby wsparcia osoby z niepełnosprawnością i obowiązku realizacji ustawy w każdym powiecie.

Tu warto nadmienić, że w toku prac pomiędzy opublikowaniem a skierowaniem do Sejmu, Kancelaria Prezydenta wprowadziła zmiany do ustawy, kierując się opiniami strony społecznej.

- Projekt, który zaprezentowaliśmy jesienią, przeszedł konsultacje społeczne, podczas których dostaliśmy blisko 200 uwag. Najważniejszy postulat dotyczył zwiększenia liczby godzin asystencji. Ta liczba została poszerzona. Wcześniej w projekcie było między 40 a 160 godzin, dziś jest to między 40 a 200 godzin miesięcznie — mówiła podczas konferencji w marcu tego roku Paulina Malinowska-Kowalczyk, Doradczynie Prezydenta RP ds. Osób z Niepełnosprawnością — Ponadto środowisko osób z niepełnosprawnościami apelowało, by asystent mógł wykonywać czynności związane z dbaniem o zdrowie. Dlatego w ramach czynności samoobsługowych dodaliśmy czynności związane ze zdrowiem, które nie wymagają specjalistycznego przygotowania jak m.in. przyjmowanie leków czy obsługa sprzętu ortopedycznego – mówiła doradczynie Prezydenta.

Projekt rządowy ma być lepszy

Wolny od tych problemów ma być rządowy projekt ustawy o usługach asystenckich. Jego prekonsultacje odbyły się już wiosną tego roku. O jego szczegółach [w rozmowie z Beatą Lubecką z Radia ZET mówił Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Łukasz Krasoń](#).

- Myślę, że większość tu zebranych osób oczekuje na rządowy projekt ustawy o usługach asystenckich, który został już złożony. Naszym zdaniem jest on realną odpowiedzią na problemy osób z niepełnosprawnościami i nie ma w nim tych błędów, które są w projekcie prezydenckim – podkreśliła posłanka.

Podczas posiedzenia obecny był także Pełnomocnik Rządu. Poinformował on, że projekt był na Komitecie Ekonomicznym Rady Ministrów, a obecnie toczą się rozmowy z Ministerstwem Finansów, jednak nie może on obecnie podać daty, kiedy projekt trafi do Sejmu.

– Wiemy, że możemy ten projekt rządowy jeszcze ulepszyć. On już nie ma tych braków, które są w projekcie prezydenckim. Podkreślił jednak, że w obecnej chwili nie jest w stanie – mówił Pełnomocnik.

100 dni dawno minęło

- Asystencja osobista była w umowie koalicyjnej i w obietnicach wyborczych każdej partii, m.in. w 100 konkretach Koalicji Obywatelskiej. 100 dni na zrealizowanie 100 konkretów dawno temu minęło, a obywatele z niepełnosprawnością mają prawo czuć się potraktowani niepoważnie – komentował wypowiedź Pełnomocnika dr Krzysztof Kurowski, przewodniczący Polskiego Forum Osób z Niepełnosprawnościami, który powiedział, że obiecano mu, że rządowy projekt zostanie opublikowany do 31 maja tego roku. - Skoro mamy informacje Ministerstwo Finansów blokuje realizację umowy koalicyjnej, my jako obywatele, ale też posłowie i posłanki i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej powinniśmy napisać pismo z zapytaniem do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, byśmy dowiedzieli się, jak ta umowa koalicyjna może zostać zrealizowana – stwierdził dr Kurowski.

Przedstawiciele strony społecznej zwrócili uwagę, że nie powinno się traktować usług asystenckich jako kosztu, ale jako mądrą inwestycję. Jedną z uczestniczek dyskusji, Aleksandra Krauze była 25 lat temu w Wielkiej Brytanii asystentką mężczyzny, który na skutek wypadku był sparaliżowany od szyi w dół. Dzięki temu, że jako Norweg miał dostęp do usług asystenckich, mógł kontynuować swoją karierę naukową – robił doktorat na Oxfordzie z astrofizyki. - Jego państwo zrobiło wszystko, by wrócił on na rynek pracy i dalej płacił podatki – mówiła kobieta.

Projekt prezydencki

Podczas posiedzenia Sejmu projekt przedstawiała Małgorzata Paprocka, szefowa Kancelarii Prezydenta RP – projekt czekał 7 miesięcy na pierwsze czytanie. Tłumacząc zapisy ustawy, wskazała, że jeśli ustawa wejdzie w życie, na samym początku skorzysta z niej około 50 tys. osób i zapewni systemowy dostęp do usług asystenckich, wolny od problemów, jakie wiążą się z tym, jak działa asystencja osobista realizowana w ramach programu.

Małgorzata Paprocka podkreślała, że projekt powstawał z udziałem przedstawicieli środowiska m.in. w ramach Forum de instytucjonalizacji powołanego przez Prezydenta zespołu, a także podczas szerokich konsultacji społecznych.

- Założenie było takie, aby w maksymalnym stopniu przyjąć do projektu postulaty strony społecznej – tłumaczyła.

Szefowa Kancelarii zaznaczyła też, że katalog czynności, które będzie mógł wykonywać asystent, będzie określony w rozporządzeniu do ustawy i będzie obejmował także czynności związane z dbaniem o zdrowie, jak choćby przyjmowanie leków czy korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego.

Podczas dyskusji podczas posiedzenia Sejmu posłowie z różnych ugrupowań wskazywali zarówno na braki prezydenckiego projektu, np. wykluczenie dzieci i młodzieży, ale też na bardzo długie oczekiwanie na ustawę o usługach asystenckich. Stąd głosy ze strony choćby Kukiz 15 czy Nowej Lewicy, by mimo wad, skierować ustawę do dalszych prac.

Projekt Schrödingera

- Asystencja osobista jest jednym z fundamentalnych praw i jednym z fundamentalnych zadań, które musi wykonać nasz rząd. Czas na asystencję osobistą z prawdziwego zdarzenia – powiedziała Katarzyna Uebarhan, posłanka Nowej Lewicy, przewodnicząca Komisji Polityki Społecznej i Rodziny - Wciąż czekamy na projekt rządowy. Mamy obecnie wybór między

rozwiązaniem niedoskonałym, a brakiem rozwiązania – mówiła posłanka Nowej Lewicy, która nazwała rządowy projekt, projektem Schrödingera.

Z drugiej strony posłanki Koalicji Obywatelskiej i Trzeciej Drogi wskazywały, projekt prezydencki projekt jest sprzeczny z Konwencją ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami i lepiej zająć się wolnym od jego błędów projektem rządowym. Zaapelowały też o przyspieszenie prac nad jego przygotowaniem.

- Jest różnica między „jakoś” a „jakość. Nie chcemy, żeby było jakoś – powiedziała posłanka Maja Nowak.

Zabetonowanie czy zamrożenie?

Poseł Koalicji obywatelskiej Maciej Józefaciuk powtórzył słowa, które padły ze strony przedstawicieli organizacji pozarządowych o dwóch ciemnych scenariuszach. Jednym z nich jest przyjęcie prezydenckiego projektu ustawy w obecnym kształcie, co ma zabetonować możliwość wprowadzenia usług asystenckich zgodnych z Konwencją ONZ i potrzebami osób z niepełnosprawnością. Drugim ciemnym scenariuszem jest nieprzyjęcie żadnego projektu ustawy i zamrożenie sytuacji w obecnym kształcie.

Od 30 lat jestem asystentką swojego syna. Czy to będzie projekt prezydencki, czy rządowy, to środowisku jest obojętne. To ma być dobry projekt, który zapewni pomoc rodzinom i osobom z niepełnosprawnościami – powiedziała z kolei posłanka Iwona Hartwich.

Nie będzie sprzeciu ze strony prezydenta

Do głosów krytycznych na temat prezydenckiego projektu odniosła się przedstawicielka Kancelarii Prezydenta.

- Ta ustawa jest dopiero pierwszym krokiem i nie będzie żadnego sprzeciwu ze strony Kancelarii Prezydenta, aby w toku prac rozszerzyć asystencję na osoby poniżej 18 roku życia, ale powiedzmy sobie wprost - inna jest specyfika asystencji wobec dorosłych osób z niepełnosprawnością, a inna wobec dzieci - powiedziała Małgorzata Paprocka. Szefowa Kancelaria powiedziała, że takie będzie. Było to zaplanowane jako drugi krok, ale jeśli wysoka izba zdecyduje, by dokonać tego rozszerzenia już teraz i mówiąc wprost, znajdą się środki na tak ogromne rozszerzenie, to nie będzie sprzeciwu ze strony Prezydenta.

Małgorzata niezgodziła się też z opinią według, której prezydencki projekt ustawy zakładał nieobowiązkowość usług asystenckich. Wskazała nawet na konkretny fragment projektu, gdzie napisane jest, że świadczenie usług asystenckich jest zadaniem zleconym powiatu.

Pełnomocnik: Asystencja podbije PKB

- Mamy niepowtarzalną szansę aby mądrze rozwiązać problem asystencji osobistej w ten sposób, aby efekty wprowadzonych rozwiązań zostały z nami na lata i aby z każdym rokiem przekonywać się, że wprowadzenie tej usługi było mądrą i potrzebną inwestycją - mówił na zakończenie dyskusji Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych Łukasz Krasoń. Zdaniem Pełnomocnika projekt prezydencki jest dalece niewystarczający. - Od początku rozumieliśmy, co w tym projekcie jest nie tak, przygotowując projekt rządowy. - Prowadzimy dialog ze stroną społeczną, przyjeżdżaliśmy się rozwiązaniami z innych krajów i wynikiem projektów pilotażowych i te wnioski rozwijamy w naszym projekcie tak, by spełniać wszystkie standardy zawarte w konwencji ONZ - tłumaczył.

Jak zaznaczył Łukasz Krasoń rządowy projekt zawiera m.in. usługi asystenckie dla dzieci i młodzieży, specjalistyczne szkolenia dla asystentów i przede wszystkim stworzenie mechanizmu, który umożliwi osobie z niepełnosprawnością poprzez samo zarządzanie wybrać swojego asystenta.

- Doskanale zdaje sobie sprawę z otoczenia finansowego, w którym jest dzisiaj nasze państwo -Dlatego powrócę to, co mówię od początku: mądra pomoc osobom z niepełnosprawnością to nie jest tylko sam przelew socjalny. To rozsądna i potrzebna nam wszystkim inwestycja - mówił minister Krasoń - Jeżeli zrobimy asystencję w sposób mądry,

to aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów będzie podbijała produkt krajowy brutto - podkreślił.

Łukasz Krason wyraził też nadzieję, że przygotowywany przy jego udziale rządowy projekt ustawy o usługach asystenckich już wkrótce będzie pokazany na w Sejmie na Sali Posiedzeń. Przygotowany przez Kancelarię Prezydenta projekt ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami został skierowany do dalszych prac w Komisji Polityki Społecznej i Rodziny.

ZDROWIE

Autostymulacje u dzieci niewidomych i słabowidzących

Autor: Kornelia Czerwińska – pedagog specjalny (tyflopedagog), psycholog, terapeuta integracji sensorycznej, adiunkt w Zakładzie Tyflopedagogiki Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie, źródło: Nasze Dzieci

Autostymulacje – czyli co?

Kołysanie się, kręcenie, rytmiczne uginanie palców dłoni, potrząsanie głową czy uciskanie gałek ocznych to zachowania stosunkowo często obserwowane u dzieci z niepełnosprawnością wzroku. Zachowania te zazwyczaj wzbudzają niepokój u rodziców, którzy nie rozumieją, dlaczego dziecko podejmuje takie działania. Brak wiedzy na temat tych specyficznych zachowań sprawia, że opiekunowie nie są pewni, jak powinni reagować w momencie ich pojawienia się, co zwiększa ryzyko niewłaściwych praktyk wychowawczych. Podobne wzorce zachowań spotkać można także u dzieci z innymi dysfunkcjami i problemami rozwojowymi, m.in. z niepełnosprawnością intelektualną, spektrum zaburzeń autystycznych czy niepełnosprawnością sprzężoną.

Zachowania te, określane jako autostymulacje lub stereotypie (rzadziej jako manieryzmy), mogą negatywnie rzutować na przebieg rozwoju dziecka z niepełnosprawnością wzroku ponieważ:

koncentracja na doznaniach sensorycznych płynących z własnego ciała prowadzi do zmniejszenia zainteresowania osobami, przedmiotami i zdarzeniami w najbliższym otoczeniu i wycofywania się z kontaktu, co skutkuje mniejszą liczbą doświadczeń niezbędnych do nabywania nowych umiejętności, wysoka częstotliwość i nasilenie niektórych stereotypii np. klucie oka może pociągać za sobą poważne konsekwencje zdrowotne, w tym takie powikłania oczne jak infekcje i bliznowacenia rogówki, trudno rozpoznawalny dla otoczenia cel tych zachowań sprawia, że są one błędnie interpretowane jako objaw ograniczeń umysłowych, choroby psychicznej czy problemów natury psychologicznej, co może prowadzić do stygmatyzacji dziecka (Tröster i in. 1991).

Autostymulacje to mniej lub bardziej świadome, powtarzające się w stałych interwałach czasowych sekwencje ruchów lub prostych czynności motorycznych, które nie wydają się być ukierunkowane na konkretny, prosty do identyfikacji cel. Na przykład, kiedy dziecko niewidome podczas rozmowy porusza rytmicznie tułowiem w przód i tył lub podskakuje, potrząsając przy tym głową, funkcja tego działania jest dla jego rozmówcy niejasna. Zachowanie takie oceniane jest więc jako dziwaczne, nietypowe, niepotrzebne. Brak właściwego rozumienia tego typu zachowania będzie zmniejszać chęć i gotowość innych osób do nawiązywania i utrzymywania kontaktów z dzieckiem. Mimo że cel, funkcja i znaczenie tych zachowań, a także mechanizm ich powstawania u dzieci niewidomych i słabowidzących, nadal nie są dokładnie naukowo poznane, to należy pamiętać, że zachowania stereotypowe mają zawsze określoną wartość funkcjonalną dla organizmu, pozwalają np. zredukować negatywne napięcie emocjonalne, prowadzą do uzyskania optymalnego poziomu pobudzenia poprzez kompensowanie braków sensorycznych, ułatwiają unikanie wymagań (Czerwińska 2015). Punktem wyjścia do planowania oddziaływań mających na celu wygaszenie stereotypii

lub zmniejszenie ich intensywności powinno być zatem określenie ich znaczenia dla rozwoju danego dziecka.

Zaobserwowano, że stopień uszkodzenia wzroku wpływa na rodzaj zachowania stereotypowego u dziecka. Autostymulacje mające postać czynności motorycznych dostarczających silnych wrażeń sensorycznych w obrębie zmysłu przedsionkowego¹ i propriocepcji² (zwłaszcza kołysanie, rytmiczne ruchy głowy i szyi), przeważały u dzieci niewidomych, natomiast u dzieci słabowidzących dominującym wzorcem stereotypii były wzrokowe zachowania autostymulacyjne (tzw. klucie oka, naciskanie gałek ocznych, wpatrywanie się w źródła światła). Kołysanie jako autostymulacja szczególnie często pojawiało się u dzieci z niepełnosprawnością wzroku, zwłaszcza gdy ich problemy wzrokowe były pochodzenia mózgowego i towarzyszyły im inne uszkodzenia neurologiczne (Molloy i Rowe 2011). Wysoką częstotliwość występowania autostymulacji w postaci kołysania odnotowano także u dzieci z retinopatią wcześniaków (McHugh i Lieberman 2003). Inne stereotypowe czynności motoryczne stosunkowo często pojawiające się u dzieci z niepełnosprawnością wzroku to m.in. kręcenie się w kółko, tupanie, podskakiwanie, wymachiwanie dłońmi/rękoma, potrząsanie głową/rękoma, wahadłowe ruchy głową, pstrykanie palcami, klaskanie, uderzanie dłońmi w uda/tułów, poklepywanie po twarzy, opukiwanie opuszkami palców okolicy ust. Należy zwrócić uwagę, że w tej grupie znajdują się też takie zachowania, które mogą, ale nie muszą mieć postaci stereotypowej, np. osoba niewidoma klaska czy pstryka palcem i jest to zachowanie w pełni intencjonalne, zapytana, dlaczego tak robi, odpowie, że dzięki temu słyszy, gdzie jest przeszkoda i jaka ona jest. To przykład aktywnej echolokacji, która wspomaga orientację w przestrzeni i usprawnia samodzielne, bezpieczne przemieszczanie się.

Wizualne zachowania autostymulacyjne takie, jak naciskanie oczu palcami lub dłońmi złożonymi w pięść, wkładanie palca w wewnętrzny kącik oka, wpatrywanie się w źródła światła, czasami połączone z machaniem dłońmi przed oczami, stosunkowo rzadko występują u dzieci całkowicie niewidomych (bez poczucia światła). Takie stereotypie były rejestrowane głównie u dzieci słabowidzących, których stan okulistyczny umożliwiał odbiór pewnych wrażeń wzrokowych. Większość obserwacji wykazała, że im większy stopień uszkodzenia wzroku, tym większa jest powszechność i częstotliwość występowania autostymulacji.

Autostymulacje – jak i dlaczego się pojawiają?

Przyczyny występowania zachowań stereotypowych u dzieci niewidomych i słabowidzących nie zostały jeszcze dokładnie poznane. Jedno z wyjaśnień ich powstawania odwołuje się do samej specyfiki wczesnego rozwoju sensomotorycznego w warunkach braku lub osłabienia widzenia. Niemożność korzystania ze wzroku negatywnie wpływa na wydajność i sprawność motoryczną, powodując, że dziecko będzie:

wymagało pomocy w poznaniu i opanowaniu ruchów, których dzieci widzące uczą się przez obserwację i naśladowanie,

potrzebowało więcej czasu na opanowanie poszczególnych umiejętności,

wymagało uzyskania informacji zwrotnej, czy dany ruch wykonuje prawidłowo.

Dla dziecka pełnosprawnego motywacją do ruchu jest wzrok. Na przykład, gdy niemowlę czworakujące w kuchni zauważy na dywanie w salonie jakiś drobny, kolorowy przedmiot, natychmiast przemieści się w jego kierunku, weźmie go do rąk, zacznie dotykać, oglądać, badać, włoży do ust i zanim rodzic zdąży zapytać „A co ty tam masz w buzi?”, to już będzie raczkować w kierunku czegoś innego, co właśnie zobaczyło. Dziecko niewidome jest tego

pozbawione, podobnie jak możliwości obserwowania ruchów swoich rąk i nóg. W wyniku ograniczonej motywacji do ruchu, maluch mało się rusza w sposób spontaniczny i samodzielny, co ogranicza naturalną stymulację podstawowych zmysłów: układu przedsionkowego, układu proprioceptywnego i dotyku. Stymulacja tych zmysłów i integracja wrażeń z nich płynących jest niezbędna w kształtowaniu m.in. znormalizowanego napięcia mięśniowego, świadomości ciała i jego ruchów w przestrzeni, rozwoju równowagi oraz obustronnej integracji. Problemy w zintegrowaniu odruchów niemowlęcych i opóźnienia w zakresie łączenia ruchów w dojrzałe, skoordynowane, kompleksowe sekwencje prowadzą do stereotypowego powtarzania prostych wzorców ruchowych, które są dla dziecka z niepełnosprawnością wzroku w pełni dostępne i przewidywalne. Te dostępne na danym etapie rozwoju motorycznego aktywności, przyjmujące postać stereotypii, umożliwiają maluchowi zaspokojenie potrzeby aktywności i ruchu oraz doznanie odprężenia psychoruchowego (Czerwińska 2015).

Wszystkie kamienie milowe są osiągnięte przez dzieci z niepełnosprawnością wzroku później w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami. Tempo nabywania poszczególnych umiejętności motorycznych jest zależne od wielu czynników osobowych i środowiskowych, wśród których – obok oddziaływań rehabilitacyjnych, kompetencji poznawczych i ogólnej kondycji zdrowotnej – istotną rolę odgrywa odpowiednia organizacja środowiska domowego w pierwszym okresie życia i postawy rodziców (Kucharczyk 2022). Zapobieganie wystąpieniu zachowań stereotypowych będzie w tym przypadku przejawiało się w takiej organizacji codziennego funkcjonowania dziecka w warunkach domowych, która ułatwi wypracowanie mechanizmów kompensujących brak wzroku. Otoczenie powinno dostarczać dziecku wielu okazji do bezpiecznego, samodzielnego lub ukierunkowanego poznawania przedmiotów i zjawisk za pośrednictwem wszystkich dostępnych zmysłów. Wskazane jest wyposażenie najbliższej przestrzeni w dostosowane do aktualnych możliwości rozwojowych dziecka przedmioty i zabawki o zróżnicowanych, interesujących właściwościach sensorycznych, zwłaszcza dotykowych i słuchowych. W przypadku dzieci posiadających funkcjonalnie użyteczne możliwości wzrokowe niezbędna jest adaptacja zabawek do indywidualnych potrzeb wzrokowych danego malucha, uwzględniająca takie cechy przedmiotu, jak m.in. wielkość, kolor, kontrast, sposób jego ekspozycji. Interesujące poznawczo środowisko będzie dostarczało dziecku optymalnej wielozmysłowej stymulacji i motywowało do przenoszenia uwagi z wrażeń płynących z własnego ciała na przedmioty i osoby znajdujące się w otoczeniu (Czerwińska 2015). Istotna jest adaptacja otoczenia fizycznego ukierunkowana na zminimalizowanie ryzyka urazu, stłuczenia, niechcianego kontaktu z przeszkodą, które mogłyby wzbudzić u dziecka lęk przed poruszaniem się i poznawaniem nowych obiektów. Rekomenduje się aktywne zachęcanie go do przemieszczania się w tak zaaranżowanej, bezpiecznej przestrzeni. Patricia L. Maloney, mama niewidomej dziewczynki, przestrzega rodziców przed nadopiekuńczością i zachęca ich do towarzyszenia dziecku w bezwzrokowym poznawaniu otoczenia:

„Jeżeli nie istnieją żadne poważne zagrożenia, powinniście pozwolić swojemu dziecku możliwie najpełniej badać otaczający je świat. Wspólne urządzenia domowe powinny być udostępniane do zabawy, dziecko powinno nimi stukać, pukać, wczuwać się na nie, wchodzić do środka, próbować, smakować, wąchać. Rozwijaj swoje możliwości w dziedzinie werbalnych określeń. Demonstrowaj działanie przedmiotów, opowiadaj o kolorach, opisz dźwięki. Jeżeli nie lubisz psów, kotów lub gąsienic, użyj przyjaciela jako przewodnika w kontakcie z przyrodą. Nie martw się, jeśli Twoje dziecko się zabrudzi – z pewnością można jej umyć. Taplanie się w błocie i kałużach, miętoszenie robaków – to wszystko stanowi część nauki i ogromną przyjemność. Niech łaźienka nie będzie zamknięta przed dzieckiem. Umieść

wysoko żyletki, wyszoruj ubikację i pozwól dziecku zapoznać się z tym pomieszczeniem”.
(Maloney 1981, s. 39).

Obserwacje rodziców i wychowawców wskazują, że zachowania stereotypowe pojawiają się często u dzieci z niepełnosprawnością wzroku w sytuacjach zmęczenia, nudy, braku stymulacji, a także w momentach gdy poziom stymulacji zewnętrznej jest tak wysoki, że natłok bodźców przeciąża system nerwowy. W warunkach doświadczania niskiej stymulacji dziecko uruchamia zachowanie stereotypowe, aby w prosty sposób wywołać wzrost pobudzenia, zaś przy nadmiernej stymulacji stara się poprzez autostymulację obniżyć poziom pobudzenia. Taka samoregulacja wewnętrznego poziomu pobudzenia związana jest z ograniczonym repertuarem zachowań służących uzyskaniu odpowiedniej stymulacji dostępnych dla dziecka z niepełnosprawnością wzroku. Wzrok pozwala na szybkie i niewymagające znacznego wysiłku pozyskanie wielu złożonych, bogatych informacji o otoczeniu, a także ułatwia adekwatną interpretację wrażeń płynących z innych zmysłów. Gwarantuje stałą stymulację, umożliwia swobodną eksplorację otoczenia i usprawnia nabywanie różnorodnych umiejętności pozwalających na regulowanie poziomu pobudzenia. Braki sensoryczne związane z uszkodzeniem wzroku powodują, że poziom pobudzenia nie jest optymalny, a zachowania stereotypowe stają się pewnym szczególnym środkiem do jego samoregulacji. Pomocne w normalizacji przetwarzania wrażeń sensorycznych mogą być zajęcia z terapii integracji sensorycznej dostosowane do indywidualnych potrzeb dziecka niewidomego lub słabowidzącego. Warto zwrócić uwagę na badanie eksperymentalne, które dowiodło skuteczności terapii integracji sensorycznej w redukcji stereotypowych zachowań. W eksperymencie uczestniczyło łącznie 20 dzieci w wieku 3–14 lat z niepełnosprawnością wzroku, w tym część z dodatkową niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Na poziomie istotnym statystycznie wygaszono stereotypie lub zmniejszono ich częstotliwość i/lub nasilenie. Warto podkreślić, że w eksperymencie terapia w formie indywidualnych, 60-minutowych sesji trwała 6 miesięcy z częstotliwością trzech zajęć w tygodniu (Taqavizade i in. 2015).

Przyjmując hipotezę regulacji pobudzenia, należy oczekiwać, że autostymulacje będą częściej występowały u dzieci, u których problemom wzrokowym towarzyszą inne dysfunkcje. Czynnikiem zwiększającym ryzyko pojawienia się stereotypii i ich przekształcenia w reakcje nawykowe będzie głęboki stopień deficytu wzrokowego. Badacze (Tröster i in. 1991; Gal i Dyck 2009; Molloy i Rowe 2011) sugerują, że obserwowane u niektórych dzieci zmniejszenie wraz z wiekiem autostymulacji związane jest z nowymi, bardziej zróżnicowanymi i złożonymi kompetencjami w poszczególnych sferach rozwoju, które umożliwiają radzenie sobie ze zmianami w natężeniu stymulacji metodami społecznie akceptowanymi np. poprzez celowe podjęcie zabawy dostarczającej intensywnych wrażeń wielozmysłowych, zwerbalizowanie potrzeby podjęcia aktywności ruchowej czy świadomą izolację od miejsca będącego źródłem nieprzyjemnych, nadmiarowych bodźców.

Małgorzata Karga (2017), fizjoterapeutka i terapeutka integracji sensorycznej, w analizie funkcjonowania sensomotorycznego dzieci z wrodzoną niepełnosprawnością wzroku zauważyła, że rodzaj autostymulacji może być wskaźnikiem, w obrębie którego zmysłu dziecko ma zwiększone potrzeby sensoryczne. Na przykład, jeśli u niewidomego dziecka obserwujemy wahadłowe ruchy głową, podskakiwanie, kołysanie tułowiem, kręcenie się, to może oznaczać to zwiększone potrzeby w zakresie stymulacji przedsionkowej. Poszukiwanie wrażeń proprioceptywnych sugerować nam mogą u niego takie zachowania jak pchanie ciałem przedmiotów, pocieranie ciałem o ścianę, szafę, przepychanie ciałem kolegów, chodzenie na palcach, nadmiernie gryzienie i żucie przedmiotów, uderzenie głową i tułowiem

o oparciu fotela, kanapy itp. Druga interpretacja autostymulacji o podłożu sensorycznym mówi, że dziecko prezentujące autostymulację w obrębie jednego zmysłu np. kołysanie się, może niejako uciekać w tę formę autostymulacji, bo nie radzi sobie z przetwarzaniem innych bodźców i w ten sposób izoluje się od otoczenia. Prawidłowe rozpoznanie przyczyn sensorycznych autostymulacji u danego dziecka z niepełnosprawnością wzroku nie jest proste, wymaga pogłębionej obserwacji opartej na wiedzy zarówno o procesach przetwarzania wrażeń zmysłowych, jak i specyfice rozwoju sensomotorycznego w warunkach wrodzonej dysfunkcji wzroku. Specjalista prowadzący diagnozę w obszarze integracji sensorycznej powinien posiadać kompetencje tyflopedagogiczne, co zmniejszy ryzyko błędnych interpretacji zachowań dziecka niewidomego lub słabowidzącego i tym samym niewłaściwych oddziaływań terapeutycznych. Rodzic może w znaczący sposób przyczynić się do właściwej identyfikacji funkcji adaptacyjnej autostymulacji, przekazując profesjonalistom swoje obserwacje dotyczące okoliczności najczęściej wywołujących stereotypie u dziecka, a także gromadzone na co dzień informacje na temat rodzaju, częstotliwości i nasilenia tych zachowań. Należy podkreślić, że jednoznaczna ocena funkcji autostymulacji u konkretnego malucha z uszkodzeniem wzroku jest trudna, a czasami wręcz niemożliwa.

Zachowania stereotypowe w tej grupie dzieci wykazują także powiązania ze sferą społeczno-emocjonalną. Jeśli chodzi o patomechanizm powstawania autostymulacji w pierwszym okresie życia, to przyczyn ich wystąpienia u małego dziecka z niepełnosprawnością wzroku upatruje się w trudnościach w zakresie wypracowania właściwego sposobu komunikowania się między rodzicami a niemowlęciem.

Sygnaly komunikacyjne wysyłane przez niepełnosprawne wzrokowo niemowlę mogą być mało wyraziste i trudne do uchwycenia dla otoczenia ze względu na swoją specyficzną i zmienną (Sińska 2006; Czerwińska i Kucharczyk 2019). Niejednokrotnie zdarza się, że rodzice w ogóle nie rejestrują tych zachowań bądź też dostrzegają je, ale nie przypisują im intencji komunikacyjnej. Na przykład, zaintrygowane jakimś bodźcem dźwiękowym niewidome niemowlę okazuje zainteresowanie, poruszając delikatnie palcami u dłoni i mama nie zauważa w ogóle tego zachowania albo tata zauważa, że dziecko skrobie paluszkami w materac, ale nie traktuje tego działania jako znaczącego komunikacyjnie. Opiekunowie mogą także doświadczać trudności w poprawnej interpretacji zauważonych sygnałów komunikacyjnych płynących od malucha. Niewidome niemowlę słysząc dźwięk grzechotki potrząsanej przez rodzica nachylającego się nad łóżeczkiem, odwraca głowę w bok, co rodzic błędnie odczytuje jako brak zainteresowania pokazywanym przedmiotem. Nawet poprawne rozpoznanie intencji komunikacyjnej niemowlęcia nie gwarantuje adekwatnej reakcji ze strony rodziców, gdyż ich odpowiedź musi być w pełni dostosowana do aktualnych możliwości odbiorczych dziecka, a więc uwzględniać ograniczenia wynikające z dysfunkcji sensorycznej i specyfikę przedślowej fazy komunikacji.

Niepełnosprawne wzrokowo niemowlę, doświadczając trudności w komunikacji z rodzicem, zaczyna spostrzegać otoczenie jako nieprzewidywalne, chaotyczne, mało bezpieczne. Sposobem na poradzenie sobie z takim środowiskiem staje się przeniesienie uwagi na doznania płynące z własnego ciała (Czerwińska 2007). W tym okresie pojawienie się autostymulacji staje się poważnym zagrożeniem dla rozwoju, gdyż znacząco osłabia zainteresowanie dziecka światem zewnętrznym, tym samym blokuje lub opóźnia nabywanie nowych umiejętności w sferze poznawczej, motorycznej i społecznej. Ponadto wczesne wystąpienie stereotypii zwiększa ryzyko ich utrwalenia i przekształcenia w reakcje nawykowe. Kluczowe jest więc wspomaganie rodziców w wypracowaniu pełnego kontaktu i adekwatnych form komunikowania się z niemowlęciem z dysfunkcją wzroku.

Jeśli chodzi o dalszy etap rozwoju to zauważono, że autostymulacje występują lub intensyfikują się u dzieci niewidomych i słabowidzących w momentach silnych przeżyć emocjonalnych. Niektórzy badacze wyjaśniają to dość ograniczonym repertuarem niewerbalnego wyrażania emocji, który wynika z braku możliwości wzrokowej obserwacji zachowań emocjonalnych innych osób. Dzieci z wrodzonym niewidzeniem stosunkowo często nie wiedzą, jak wyrazić emocje postawą, wyrazem twarzy czy słowem. Autostymulacja może więc być swoistą formą ekspresji emocji. Zdaniem Izabelli Kucharczyk (2015), psycholożki i terapeutki integracji sensorycznej, rozpoznanie własnych stanów emocjonalnych, ich interpretacja i uzewnętrznienie emocji w sposób społecznie akceptowalny jest trudniejsze w rozwoju dziecka z dysfunkcją wzroku. Zauważalne są także problemy w uczeniu się poprawnej identyfikacji emocji u innych. Wśród przyczyn tych trudności badaczka wymienia m.in. braki sensoryczne, brak możliwości spontanicznego obserwowania i naśladowania zachowań innych osób, rozregulowanie procesów pobudzenia i hamowania układu nerwowego, zaburzenia modulacji sensorycznej.

Rekomenduje się więc w przypadku wrodzonej niepełnosprawności wzroku wspomaganie dzieci od najwcześniejszych lat w nazywaniu emocji i opanowaniu odpowiednich sposobów kontroli emocji w różnego typu sytuacjach społecznych, w tym sytuacjach trudnych. W rozwoju tego typu kompetencji pomocne może być modelowanie przez rodziców prawidłowych zachowań, objaśnianie kontekstu sytuacyjnego i udzielanie informacji zwrotnej na temat zachowań społecznych malucha. Wspierająca w tym obszarze będzie również praca indywidualna z tyflopsychologiem i/lub udział w treningu umiejętności społecznych przeznaczonym dla dzieci z problemami wzrokowymi. Warto pamiętać, że jednym z podstawowych powodów opóźnień w nabywaniu kompetencji emocjonalno-społecznych u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku jest mniejsza niż standardowo liczba i jakość interakcji społecznych. Dzieci rzadziej uczestniczą w grupowych zabawach i grach opartych na współpracy bądź rywalizacji, często są ignorowane lub niejawnie odrzucane jako mało atrakcyjni partnerzy interakcji. Stosunkowo niewielka liczba doświadczeń społecznych związana także z brakiem adaptacji środowiska, niską mobilnością, nadopiekuńczością rodziców czy intensywną rewalidacją ograniczającą czas przeznaczony na relaks i kontakt z rówieśnikami rzutowuje negatywnie na omawianą sferę rozwoju.

Jeśli autostymulacje to środki do redukcji napięcia emocjonalnego, to wyższej częstotliwości tych zachowań można się spodziewać u dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością, w przypadku której skutki rozwojowe w sferze społeczno-emocjonalnej są zazwyczaj znacznie poważniejsze. Na przykład, uczeń z dysfunkcją wzroku ze współwystępującą niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim będzie raczej dysponował jednowymiarową, słabo zróżnicowaną reprezentacją danej sytuacji i sposobów radzenia sobie. Powodem tego są właściwości schematów poznawczych typowych dla tego deficytu (Danielewicz 2022). Dziecko może mieć trudności we właściwym wyrażaniu swoich myśli, emocji, pragnień ze względu na mniejszy zasób słownictwa, ograniczone przewidywanie skutków własnych działań, trudność w znalezieniu optymalnej strategii postępowania. To wszystko utrudnia konstruktywne poradzenie sobie w sytuacji stresogennej, częściej więc obserwuje się wówczas stereotypie, zachowania impulsywne czy strategie unikowe.

Zazwyczaj dziecko z niepełnosprawnością wzroku pytane o przyczynę swojego stereotypowego zachowania nie potrafi jej określić. Warto więc zwrócić uwagę na jakościowe analizy wypowiedzi dorosłych na ten temat dokonane przez Kamila Pietrowiaka (2019), które wskazują na autostymulacje jako nawykowe sposoby obniżania napięcia psychicznego,

doświadczania ukojenia w momentach zdenerwowania i dostarczenia przyjemnych doznań poprawiających nastrój. Negatywne wartościowanie tych zachowań przez rodziców i nauczycieli w dzieciństwie, przejawiające się niejednokrotnie ustnymi upomnieniami i zakazami, skutkowało maskowaniem tych działań w dorosłości. Osoby z dysfunkcją wzroku powstrzymywały się od stereotypii w sytuacjach ekspozycji społecznej, uruchamiając je w warunkach intymnych i w obecności osób wyrażających akceptację wobec tego rodzaju ekspresji przeżyć.

Autostymulacje – jak rodzic powinien reagować?

Występowanie zachowań autostymulacyjnych u dzieci z niepełnosprawnością wzroku jest często zależne od wielu czynników dotyczących zarówno indywidualnych właściwości danego dziecka, jak i cech oddziałującego na nie środowiska. Kluczowa jest więc indywidualna analiza każdego przypadku przeprowadzana w interdyscyplinarnym zespole specjalistów. W rozpoznaniu wartości funkcjonalnej stereotypii dla konkretnego malucha szczególnie pomocne będą obserwacje tyflopsychologa, terapeuty integracji sensorycznej, instruktora orientacji przestrzennej i mobilności, nauczycieli, wychowawców i rodziców. Mimo że aktualnie optymalna metoda kontroli stereotypowych zachowań u dzieci z tym rodzajem niepełnosprawności nie jest znana, to jednak dotychczasowy stan wiedzy naukowej pozwala na sformułowanie ogólnych wskazówek dla opiekunów w zakresie wspomagania rozwoju maluchów w tym aspekcie:

zapewnij bezpieczne i ciekawe poznawczo otoczenie, którego elementy podopieczny może samodzielnie poznawać, badać, oglądać, wykorzystując wszystkie posiadane zmysły, wspomagaj wczesny rozwój sensomotoryczny dziecka, wprowadzając w codzienne funkcjonowanie w domu proste zabawy ruchowe w bliskim kontakcie fizycznym (huśtanie, turlanie, kołysanie, taniec z maluchem na rękę, zabawy typu „samolot”, „winda”); podejmuj aktywności ruchowe rekomendowane przez fizjoterapeutę, terapeuty integracji sensorycznej, obserwuj, w jakiego rodzaju sytuacjach najczęściej pojawiają się lub nasilają autostymulacje u dziecka, omów swoje spostrzeżenia z terapeutami pracującymi z maluchem, nie krytykuj, nie zawstydzaj, nie ośmieszaj, nie stosuj negatywnych konsekwencji wobec autostymulacji podejmowanych przez dziecko, zwiększ tolerancję na tego typu zachowania, starając się zrozumieć ich znaczenie dla jego rozwoju i obecnego funkcjonowania, w momencie pojawienia się autostymulacji postaraj się odwrócić od niej uwagę dziecka poprzez zaproponowanie innej, społecznie akceptowanej formy aktywności, zainicjuj np. zabawę dostarczającą wrażeń sensorycznych, nazywaj emocje podopiecznego, określ ich przyczyny, pokaż, w jaki sposób można odpowiednio je wyrażać w danej sytuacji; modeluj właściwe zachowania społeczno-emocjonalne, monitoruj działania dziecka i pamiętaj, że przesadna opiekuńczość i wyręczanie hamuje jego rozwój, a przejściowe doświadczanie przez nie frustracji podczas nauki nowych umiejętności jest naturalne.

Bibliografia dostępna w redakcji Naszych Dzieci.

Gimnastyka w każdym miejscu i czasie

Autor: Małgorzata Michalska-Miszkurka – instruktor gimnastyki korekcyjnej i metodyki ćwiczeń fizycznych, źródło: Nasze Dzieci

Gimnastyka korekcyjna to zajęcia, w których mogą i powinny uczestniczyć dzieci, także z dysfunkcją wzroku oraz dorośli. Ma ona charakter korygujący. Rodzice mogą zapisać swoje dziecko na zajęcia na zlecenie lekarza lub nauczyciela, albo wówczas gdy zauważą niepokojące oznaki, np. garbienie się, czy stawianie stóp w niewłaściwy sposób. Głównymi celami gimnastyki korekcyjnej jest leczenie wad postawy oraz im zapobieganie. Realizowane w ramach zajęć ćwiczenia pomagają dzieciom w utrwaleniu prawidłowej postawy ciała, a także w zwiększeniu siły mięśni. Gimnastyka zwiększa sprawność i wydolność. Wady nie pogłębiają się. Zajęcia z gimnastyki korekcyjnej to także forma dodatkowej aktywności. Najczęściej wykonywane ćwiczenie to ściąganie łopatek w pozycji siedzącej, które ma za zadanie korygować wady postawy u dzieci, niwelując garbienie się. Ćwiczenia oddechowe, mięśni grzbietu, brzucha, pośladków, poprawianie ustawienia miednicy pozwolą na osiągnięcie efektów w korygowaniu wad postawy, a także wzmocnią mięśnie odpowiedzialne za ułożenie kręgosłupa i prawidłową postawę podopiecznego.

Najczęściej występujące wady postawy u dzieci:

Nierówne lub odstające łopatki. U szczupłych dzieci niestety często bagatelizowane i uznawane za normę. Jest to problem spowodowany niewydolnością mięśni, które „przyklejają” łopatki do klatki piersiowej. Towarzyszy temu nieprawidłowe ustawienie kręgosłupa, klatki piersiowej, głowy i ramion.

Wystający brzuch. Problem bagatelizowany u dzieci pulchniejszych, który również wskazuje na wadę postawy. Towarzyszy temu znaczne pogłębiona krzywizna kręgosłupa – lordoza oraz odstające pośladki.

Koślawość kolan. Kolana skierowane do wewnątrz. Gdy dziecko stoi, można zauważyć, że kolana stykają się ze sobą, a między kostkami u stóp jest odstęp. Jeśli odległość nie przekracza 5 cm nie ma powodu do obaw ponieważ do 10. roku życia koślawość najczęściej ulega zredukowaniu. Przy większym odstępem między kostkami ortopeda powinien zlecić ćwiczenia oraz wkładki ortopedyczne.

Wady stóp, np. płaskostopie. Ułomność ta wynika z niewydolności aparatu mięśniowo-więzadłowego. Przypadłość łatwo zdiagnozować u dziecka, gdy mokra stopa odcisnie się na podłodze. Wówczas w odcisku stopy brakuje wcięcia po wewnętrznej stronie. Łuki stóp osiągają swoją pełną wydolność między 5. a 6. rokiem życia. Jeśli wada ta występuje też w późniejszym wieku podopiecznego, należy skonsultować się z lekarzem.

Nasze ciało umożliwia nam wiele najróżniejszych ruchów i pozycji. Możemy skakać, chodzić, obracać się we wszystkie strony, wyciągać do góry, skulić się. Możemy też poruszać poszczególnymi częściami ciała, zataczać koła barkami, machać rękami czy zginać kolana. Zabawy ruchowe uczą lepiej poznawać ciało, trenują poruszanie poszczególnymi jego częściami, pozwalają przyjmować określone pozycje i utrzymywać je przez pewien czas. Uczą poruszać się zręcznie i w kontrolowany sposób. Bieg, chodzenie na czworakach, podskoki, wspinanie się, obracanie – wszystko to najczęściej uwielbiają dzieci. Ćwiczenia nie wymagają wielkiego przygotowania, wystarczy chęć. Gimnastyka w każdym miejscu i czasie. Dzieci i dorośli uwielbiają też rymowanki czy rapowanki. Zawarte w nich elementy rytmiczne i wyrazy dźwiękonaśladowcze są bardzo zachęcające i pobudzają wyobraźnię naszych podopiecznych. Teksty rymowanek przemawiają przede wszystkim do maluchów w wieku 3–6 lat. Krótkie zabawy ruchowe budzą u dzieci wyobraźnię. Rozwijają umiejętność

fantazyjnego przełożenia usłyszanych słów na ruch i przedstawienia ich swoim ciałem. Maluch wnosi do zabawy własne marzenia i potrzeby, np. chwilowy nastrój. Powinniśmy obserwować podopiecznych podczas ćwiczeń, zabawy i wyciągać odpowiednie wnioski dotyczące ich możliwości motorycznych i stanu emocjonalnego.

Na potrzeby niniejszego artykułu wybrałam zabawy, w których mogą uczestniczyć dzieci z uszkodzonym wzrokiem. Te w wieku 4–10 lat znajdują się w fazie magicznego myślenia, w której istotną rolę odgrywają istoty bajkowe, baśniowe – wiedźmy, krasnale, wróżki czy duchy. Maluchy uwielbiają opowieści, w których pojawiają się postaci z wyjątkowymi zdolnościami i chętnie się w nie wcielają. Daje im to możliwość zachowywać się tak, jakby same były silne, potężne, wszystkowiedzące, dobre lub złe. Zabawy w wymyślonym świecie mają niezwykle urok. Zabierają dzieci w fantastyczny świat i umożliwiają im przeżywanie przygód pełnych ruchu.

Nie zapominajmy, że maluchy uwielbiają też towarzystwo zwierząt. W swoich zabawach z udziałem zwierząt bawią się w psa, kota, naśladują ich sposób poruszania się, wydają dźwięki. To udawanie w formie zabawy jest jednym z ulubionych zajęć dzieci. Podczas takich zabaw mogą powtarzać sytuację ze zwierzętami, które przeżywały albo obserwowały w życiu codziennym. Kiedy nasi podopieczni wcielają się w rolę jakiegoś zwierzęcia, naśladują je, ćwiczą jednocześnie określone postawy ciała, trenują mięśnie i stawy, uczą się wytrwałości, równowagi, koncentracji, koordynacji całego ciała, poprawiają motorykę i rozwijają fantazję.

Przykładowa zabawa w zajaczki: „Małych zajaczek pięć na zawody w skakaniu po trawie miało chęć. Sprawdzić chciały, kto w skakaniu jest doskonały. Pierwszy zajaczek, niech to zobaczę, od razu zaczyna i skacze, skacze, skacze. Drugi zajaczek, niech to też zobaczę, goni go i skacze, skacze, skacze. Na trzeciego kolej, niech to też zobaczę, bo on również skacze, skacze, skacze. Wreszcie czwarty wyrusza, niech to też zobaczę, bo on też daleko skacze, skacze, skacze. Na koniec piąty jeszcze i to zobaczę, jak on ten ostatni skacze, skacze, skacze. I kto wygrywa? Nikt! Nikt też nie przegrywa! Od tej pory małe zajaczki razem, skaczą jedną drogą po pięć skoków, aż już więcej nie mogą”.

Dzieci skaczą w miejscu na złączonych nogach. Skaczą do góry i robią nożyce: lewa noga z tyłu, prawa noga z przodu, zmieniamy nogi w czasie podskoku. Kolejne skoki z jednym tylko powtórzeniem, szybko, jeden po drugim. I tak kilka razy.

Ważne są ćwiczenia wyciszające i odprężające. Dzieci uspokajają się inaczej niż dorośli. Cisza i spokojne leżenie nie są dla nich. Tutaj może się sprawdzić np. zabawa w zwolnionym tempie: „Wszystko robimy bardzo powoli, kręcimy się wokół własnej osi, potem przykucamy powolutku, od tego silne mięśnie mamy. I znowu powoli się wyprostowujemy, ręce do góry, do nieba wyciągamy. W dół do ciała powoli wędrują ramiona, tułów zaczyna w dół się zginać, dotykamy rączkami podłogi, a później powoli wyprostowujemy kręgosłup. Na koniec każdy hałasuje za troje, a potem wszyscy wracają na miejsca swoje”.

Maluchy na koniec zabawy mogą głośno tupać i klaskać. Dzieci z dysfunkcją wzroku potrafią słuchać i powtarzać każdą czynność, bo skupiają się na słowach, odgłosach i często w idealny sposób pokazują to ćwiczenie. Jeśli mają trudności, można im pokazać na sobie lub ich ciele, jak wykonywać konkretne ruchy.

Bardzo ważne jest, żeby maluchy poznawały nazwy poszczególnych części ciała, ułatwia to pracę i dostarcza się im w ten sposób wiedzy o ich organizmie.

Ćwiczenia wykonywane z liczeniem:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 w miejscu się w kółko jak bączek kręć.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 na jednej nodze stań i się wierć.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 w miejscu szybko biegać mam chęć.

Ważnym elementem zachęty do ćwiczeń jest nagroda. Rywalizacja jest dobra. Wygrywamy, ale przede wszystkim uczymy się przegrywać. Dla dzieci jest to trudne doświadczenie, ale uczy ono lojalności i sportowego zachowania. Dorośli często też nie potrafią pogodzić się z przegraną, co powoduje potem złe nastawienie do sportu. Ja uważam, że przegrana to pierwsze miejsce od końca. Dzieci potrafią pogodzić się z porażką, jeśli przygotowujemy nagrody dla każdego uczestnika, np. lizaki, cukierki, dyplomy za udział w zawodach. Maluchy mniejsze – w wieku 2–4 lat – nie potrafią jeszcze zrozumieć przegranej, czują się smutne, nierzadko płaczą. Starsze dzieci powinny jednak być już tego uczone, przygotowują się w ten sposób do świata rywalizacji w szkole, pracy i każdej innej aktywności. Pamiętajmy, że sport i zabawy ruchowe mają być świetną zabawą, rozrywką, której zarówno dzieci, jak i dorośli będą chcieli coraz więcej.

Przykłady korzystnego wpływu ćwiczeń ruchowych na poszczególne narządy i układy:

Narząd ruchu. Ćwiczenia kształtują stawy i mięśnie, zwiększają elastyczność torebek i więzadeł stawowych, siłę i masę mięśni, zapewniają prawidłowe odżywianie mięśni i chrząstek stawowych.

Układ krążenia. Dostosowany indywidualnie wysiłek fizyczny zwiększa sprawność i wydolność mięśnia sercowego.

Układ oddechowy. Ćwiczenia kształtują klatkę piersiową, wzmacniają mięśnie oddechowe, zwiększają pojemność płuc i ilość tlenu we krwi, co usprawnia oddychanie.

Ćwiczenia mają wpływ na komórki nerwowe. Regularne wykonywanie ćwiczeń stymuluje produkcję niektórych neuroprzekazników, przywraca równowagę hormonalną, poprawia krążenie krwi i redukuje stężenie tych substancji, których nadmiar jest niepożądany w normalnych warunkach. To wszystko przekłada się na poprawę procesów umysłowych. Ruch pomaga łagodzić stres, a także zmniejsza podatność organizmu na problemy natury psychicznej: depresję i zaburzenia lękowe. Regularne ćwiczenia przyczyniają się do regulacji poziomu neuroprzekazników (serotoniny i dopaminy), które wspierają nasze dobre samopoczucie, przyczyniając się do poprawy nastroju.

Ruch na świeżym powietrzu pozytywnie wpływa na samopoczucie dorosłych, jak i dzieci. Wspomaga organizm w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi, dlatego warto wprowadzić go do swojej codziennej rutyny.

W zachowaniu dobrego zdrowia ważny jest także odpowiedni poziom nawodnienia organizmu. Wpływa to pozytywnie na koncentrację, osiąganie dobrych wyników sportowych oraz dobre samopoczucie. Dziecko w wieku 4–6 lat powinno pić 1600 ml wody, 7–9 lat – 1750 ml, dziewczęta w wieku 10–18 lat – 1900–2000ml, a chłopcy w wieku 10–18 lat – 2100–2500 ml. Większa część ciała człowieka składa się z wody, a jej utrata przebiega w sposób ciągły. Zwiększona aktywność fizyczna wymaga większego spożycia płynów ze względu na większą ich utratę.

Podobnie jak dorośli, także i dzieci narażone są na niedobór witaminy D, zwłaszcza przy ograniczonej ekspozycji na słońce. Może to skutkować osłabieniem mięśni, stanem zapalnym i zwiększać podatność na urazy.

Odpowiednie żywienie przekłada się również na lepszą wydolność, siłę, szybkość i inne cechy motoryczne młodego człowieka. Metabolizm energetyczny jest różny i zmienia się wraz z wiekiem i dojrzewaniem. Warto zadbać o jakość produktów w posiłkach, nie wywierajmy też presji na dziecko, co do wielkości posiłku.

Lecznicze zastosowanie ćwiczeń ruchowych wymaga indywidualnego dostosowania do wydolności i sprawności danego organizmu: doboru pozycji ciała, rodzaju i formy ćwiczeń, czasu ich trwania, liczby powtórzeń oraz przerw pomiędzy ćwiczeniami. Najlepszym pomysłem na zachęcenie dziecka do aktywności fizycznej jest stawianie siebie za wzór. Przekonujmy podopiecznych, że gimnastyka, a potem uprawianie sportu jest zdrowe. Pokazujemy różne dyscypliny sportowe. Dziecko, które będzie miało styczność np. z piłką nożną czy koszykówką, z dużym prawdopodobieństwem wybierze sobie po pewnym czasie sport dla siebie.

Wymyślajmy takie atrakcje dla dzieci, które będą jednocześnie zabawami ruchowymi. W ten sposób przyczyniamy się do rozwoju motorycznego swojej pociechy. Ćwiczenia z piłką, skakanką, jazda na rowerze, taniec – wszystkie formy ruchu to zdrowie. Jak dowodzi raport Amerykańskiej Akademii Pediatrii, zabawa z dziećmi wzmacnia silne więzi z rodzicem. U malucha rozwija się odporność, optymizm i zdolność pokonywania przeciwności. Zabawa ma też zasadnicze znaczenie dla rozwoju poznawczego, fizycznego, społecznego i emocjonalnego.

Ćwiczenia już w wieku niemowlęcym wpływają na kondycję fizyczną oraz intelektualną dziecka, dodatkowo pozwalają w budowaniu świadomości własnego ciała. Mózg rejestruje wszystkie ruchy malucha. Ćwiczenia dla niemowląt można wykonywać prawie od pierwszych dni jego życia. Pomagają mu opanować podnoszenie główki i raczkować oraz wzmacniają mięśnie brzucha istotne dla prawidłowej postawy. Trzymiesięczne dziecko powinno samodzielnie podnosić główkę. Najważniejsze ćwiczenie na raczkowanie to układanie dziecka na brzuszku, a gdy maluch opanuje podnoszenie główki i zacznie pełzać, można włączyć do zabawy akcesoria. Aby zachęcić dziecko z dysfunkcją wzroku do ruchu, trzeba użyć zabawek wydających dźwięki i tych o bardzo wyraźnych, ale zróżnicowanych kolorach. Następnym etapem może być dziecięcy tor przeszkód z zabawkami wydającymi dźwięki, z podłożem o zróżnicowanej nawierzchni, tor, który zachęci dziecko do podnoszenia się na kolana. Niemowlęta mogą ćwiczyć codziennie, tam i z powrotem, obok łóżka lub ławki. Postaw podopiecznego obok ławki i pozwól mu trzymać się jedną ręką, podczas gdy ty trzymasz jego drugą rękę – dla zachowania równowagi. Powoli poruszaj się w tył i w przód wzdłuż mebli i ćwicz chodzenie. Dziecko samo puści twoją rękę, aby samodzielnie ćwiczyć tę czynność. Możemy położyć zabawkę wydającą dźwięk na jednym końcu łóżka tak, aby mogło do niej podchodzić. Wstawanie z podparciem zwykle pojawia się na 4 miesiące przed samodzielnym chodzeniem. Przemieszczanie się przy meblach krokiem dostawnym sugeruje, że samodzielne chodzenie pojawi się za ok. 2–3 miesiące.

U dzieci z dysfunkcją wzroku niektóre czynności mogą być osiągnięte później, ale jeśli tylko maluch nie ma dodatkowych ograniczeń, ich opanowanie będzie możliwe.

„Mały, duży dobrze wie...
Chcesz być zdrowym?
Ruszaj się...!”

Hipoterapia, moja pasja - Paulina Miskurka

Autor: Paulina Miskurka – instruktor rekreacyjnej jazdy konnej i hipoterapii, źródło: Nasze Dzieci

„Konie mają do zaoferowania znacznie więcej niż swój grzbiet. Sprawdźcie, czego możecie dokonać, gdy zdobędziecie także ich serce!” – Martyna Szkołyk

Hipoterapia – czym jest?

To jedna z metod rehabilitacji ruchowej, która odbywa się z udziałem koni.

Jest terapią wieloprofilową, oddziałuje w tym samym momencie – psychoruchowo, psychomotorycznie, sensorycznie, psychicznie i społecznie.

Ma zastosowanie niezależnie od wieku, jednak najczęściej wykorzystuje się ją w leczeniu dzieci i młodzieży. Sukces metody tkwi w specyfice ruchu konia oraz jego usposobieniu.

Kontakt ze zwierzęciem sprawia, że pacjent łatwiej radzi sobie z emocjami, lękiem, komunikacją, budowaniem więzi. Terapia sprzyja także w odkrywaniu siebie i wyrażeniu swoich uczuć. Pomaga w rozwoju samodzielności. Podnosi na duchu i poprawia humor.

Metoda ta jest wysoce skuteczna.

Historia hipoterapii

W V wieku p.n.e Hipokrates w swoim traktacie opisał jazdę konną jako wspaniałą gimnastykę dla umysłu i ciała wzbogacającą funkcję organizmu i łagodzącą schorzenia. Już wtedy mogliśmy usłyszeć o hipoterapii. Jednakże uważa się, że rehabilitacja narodziła się w roku 1952, gdy Lil Hartel nie przerwała treningów mimo swojej ciężkiej choroby Heinego-Medina i zdobyła srebrny medal w ujeżdżeniu na olimpiadzie w Helsinkach. W kolejnych latach hipoterapia pręźnie rozwijała się w Niemczech, Stanach Zjednoczonych i Francji. W 1985 r. grupa krakowskich lekarzy w Swoszowicach zorganizowała pierwsze turnusy hipoterapeutyczne w Polsce dla dzieci i młodzieży.

Pierwszy kurs rehabilitacji dla dzieci z porażeniem mózgowym z zastosowaniem jazdy konnej odbył się zaś w 1987 r. w Krakowie. W 1991 r. powstała Krakowska Fundacja na Rzecz Rozwoju Rehabilitacji Konnej Dzieci Niepełnosprawnych. 3–4 czerwca 1992 r. zorganizowano konferencję pod hasłem „Hipoterapia – teoria, praktyka, możliwości”. W czasie drugiego dnia spotkania, jednomyślną decyzją uczestników, konferencja została uznana za zjazd założycielski Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego, nazwana forum polskich specjalistów zainteresowanych terapią – lekarzy, psychologów, pedagogów, rehabilitantów, instruktorów jazdy konnej, hodowców koni i entuzjastów, pasjonatów.

Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne (PTHip)

Towarzystwo działające na terenie RP zajmuje się szkoleniem, doskonaleniem hipoterapeutów i unifikowaniem ich umiejętności. Promuje i upowszechnia hipoterapię jako metodę skutecznej rehabilitacji w wybranych schorzeniach. Towarzystwo zrzesza osoby, które widzą w rozwoju hipoterapii drogę pomocy dla osób dotkniętych różnymi chorobami. Walczy o prawa osób z niepełnosprawnością, pomaga w odnalezieniu im radości z życia.

Prezesa Zarządu Głównego PTHip:

1992–2000 – Wincenty Smolak (hodowca koni),

2000–2004 – Monika Gasińska (lekarz pediatra ze specjalizacją II stopnia z zakresu rehabilitacji, hipoterapeuta),

2004–2022 – Anna Strumińska (mgr biologii, instruktor rekreacji ruchowej ze specjalizacją z zakresu jeździectwa),

od 2022 r. – Ewa Polańska-Wachel (mgr fizjoterapii, terapeuta SI, terapeuta neurorozwojowy, hipoterapeuta, instruktor jazdy konnej.).

W Polsce mamy kilka oddziałów PTHip:

oddział warszawski,

oddział kujawsko-pomorski,

oddział małopolski,

oddział lubelski.

Lis Hartel – kobieta, która weszła na szczyt

„Jeśli możesz sobie coś wymarzyć, możesz to zrobić” – Walt Disney

Uważa się, że kobieta przyczyniła się do rozwoju hipoterapii, a nawet jej narodzin. Jako pierwsza w historii pokonała barierę płci w olimpijskim jeździectwie, będąc całkowicie sparaliżowana od kolan w dół. Zdobyła olimpijski medal, pokazując prawdziwego ducha walki! Lis urodziła się 14 marca 1921 r. Treningi prowadziła jej matka – Else Holst, w późniejszym etapie rozwoju kobieta jeździła pod okiem profesjonalnego trenera Gunnara Andersena. Na początku kariery brała udział w konkursach skoku przez przeszkody oraz ujeżdżeniu. W wieku 20 lat wyszła za mąż także za pasjonata jeździectwa, zaledwie trzy lata później sięgnęła po wymarzone mistrzostwo dresażu (ujeżdżenia) w Danii, w następnym roku również wzięła udział w konkursie... i obroniła złoto! Ujeżdżenie to olimpijska konkurencja jeździectwa. Niestety Lis zachorowała na polio, znaną również jako Heinego-Medina, okropną zakaźną chorobę, która może prowadzić do porażenia mięśni i trwałego kalectwa. Kobieta była też w drugiej ciąży, kilka miesięcy później urodziła zdrową córkę.

Nikt nie wiedział, że dane jej będzie rywalizować ponownie w jej ukochanym sporcie. Zdeterminowana kobieta po porodzie zdecydowała się na rehabilitację, która umożliwiła jej funkcjonowanie i powrót do jazdy konnej. Na nowo uczyła się kontroli nad własnym ciałem. Niestety nogi od kolan w dół do końca jej życia pozostały sparaliżowane. Po trzech latach ciągłej pracy w 1947 r. wzięła udział w Skandynawskich Mistrzostwach Jeździeckich, uzyskując drugie miejsce. Ten wynik przyniósł jej kwalifikację do olimpiady, niestety kobiety nie były wówczas dopuszczane do rozgrywek. W 1952 r. bariera płci została jednak zniesiona. Lis reprezentowała Danię na olimpiadzie w Helsinkach i zdobyła srebrny medal. Z powodu swojej niepełnosprawności nie była w stanie zsiąść z konia, aby stanąć na podium, pomagał jej w tym mąż. Po ukończeniu zawodów złoty medalista Henri Saint Cyr wziął ją na ręce i zaniósł, by Lis odebrała nagrodę. Była to jedna z najbardziej emocjonujących chwil w historii tych rozgrywek.

Przebieg hipoterapii

Hipoterapia jest przeprowadzana najczęściej w okresie wiosenno-letnim. Pogoda sprzyja utrzymywaniu komfortu cieplnego, a także pozwala na korzystanie z zewnętrznych wybiegów dla zwierząt podczas prowadzonej terapii. Zimą i jesienią także jest możliwość prowadzenia zajęć. Najczęściej na halach przeznaczonych do jazdy konnej. Terapia z końmi zawsze

dostosowana jest do potrzeb i możliwości osoby z niej korzystającej. Zajęcia prowadzone są w obecności najczęściej dwóch osób. Jedna z nich prowadzi konia, czuwając nad bezpieczeństwem uczestnika, a druga jest odpowiedzialna za wykonywanie dopasowanych indywidualnie ćwiczeń terapeutycznych.

Najczęstszy czas prowadzenia zajęć to 30 minut. Terapię rozpoczynamy od zapoznania dziecka ze zwierzęciem – to praca z ziemi. Etap ten pozwala na: rozwinięcie więzi emocjonalnej i pokonywanie lęków; przyzwyczajenia podopiecznego do obecności dużego zwierzęcia; pokazanie jego spokojnego, przyjacielskiego usposobienia. Dzieci mogą uczestniczyć w czyszczeniu konia za pomocą kolorowych szczotek, głaszczą go i oswajają się z nim.

Po wstępnym zapoznaniu dziecko wsadzone jest na konia. Nie każdy podopieczny z niepełnosprawnością może wykonywać terapię na grzbiecie. Ważne jest zapoznanie się z dysfunkcją czy chorobą młodego człowieka i przeprowadzenie rozmowy z lekarzem czy opiekunem.

Koń wyposażony jest m.in. w czaprak oraz specjalny pas do hipoterapii. Dzięki takiej uprzęży dziecko ma bezpośredni kontakt z ciałem zwierzęcia, pozwala mu to lepiej wyczuć jego ruchy (tzw. terapia ruchem konia), co sprzyja procesowi rehabilitacji.

Terapeuta wymaga wykonywania różnych ćwiczeń, często z użyciem zabawek, przykładowo: dotykania konia w wyznaczone miejsca, dotykania swojego ciała w wyznaczone miejsca, głaskania zwierzęcia, przekładania piłeczek, przypinania do pasa zabawek, siedzenia na koniu w różnych pozycjach.

Gdy podopieczny nie jest w stanie samodzielnie utrzymać siedzącej pozycji (np. ze względu na niepełnosprawność), także istnieje możliwość przeprowadzenia zajęć. Terapeuta siada wtedy na konia razem z pacjentem, stanowiąc dla niego podparcie i asekurację. Po zakończeniu ćwiczeń pacjent może pomóc w opiece nad koniem. Przebieg każdego zajęcia ustalany jest indywidualnie, odpowiednio do potrzeb klienta. Przed rozpoczęciem hipoterapii należy przeprowadzić tzw. wywiad i poinformować terapeuta o wszystkich istniejących problemach zdrowotnych.

Formy hipoterapii

Wyróżniamy następujące formy hipoterapii:

Fizjoterapia na koniu – lecznicza gimnastyka na grzbiecie konia poruszającego się stępem, tzw. terapia ruchem konia.

Psychopedagogiczna jazda konna i wołyżerka – pedagogiczne i psychologiczne działania jeździeckie. Ich celem jest rozwój intelektualny, poznawczy, emocjonalny i fizyczny.

Terapia poprzez kontakt z koniem – praca z ziemi mająca na celu nawiązanie kontaktu ze zwierzęciem i otaczającym środowiskiem.

Dla osób z niepełnosprawnościami odpowiednia będzie także jazda konna (rekreacyjna i sportowa), która nie stanowi części hipoterapii, jednak jest z nią ściśle związana, może mieć ona aspekt terapeutyczny, relaksacyjny.

Właściwości terapeutyczne konia:

Przekazuje wzorzec chodu ludzkiego. Na miednicę i resztę ciała oddziałuje ruch grzbietu konia, który porusza się w stępie. Jest to bardzo ważne dla osób, które nie poruszają się samodzielnie.

Zmniejsza spastyczność i napięcie mięśni. Zwierzę posiada temperaturę ciała większą niż człowiek i rytmicznie się kołysze. Siedząc na koniu, dziecko specyficznie układa nogi, a także wykonuje skręty bioder i barków dzięki ruchowi konia.

Hamuje odruchy postawy, które towarzyszą niektórym uszkodzeniom mózgu.

Przywraca zaburzoną symetrię mięśni tułowia. W wyniku rozluźnienia nastąpi rozciągnięcie mięśni przykurczonych, a wzmocnienie osłabionych.

Koryguje postawę ciała dziecka. Wzmacnia mięśnie grzbietu, brzucha i obręczy barkowej.

Zmniejsza także przodopochylenia miednicy.

Zapobiega przykurczom mięśni, ograniczeniom ruchomości stawów.

Zwiększa możliwości lokomocyjne. Kluczowe jest to dla osób poruszających się o kulach czy na wózkach.

Dostarcza dużej liczby bodźców. Terapeuta może je dowolnie stopniować. Zatrzymywanie, ruszanie czy skręcanie konia, a także odpowiedni dobór ćwiczeń i zabaw.

Sprawia, że dziecko łatwiej radzi sobie z emocjami, lękiem, komunikacją, budowaniem więzi, a także poznawaniem, wyrażaniem siebie.

Przeciwwskazania do hipoterapii

O wysłaniu dziecka na terapię decyduje lekarz, który ma na uwadze ogólne zdrowie i jest w stanie podjąć decyzję o możliwości wprowadzenia hipoterapii.

Istnieją ogólne przeciwwskazania do tego typu zajęć:

uczulenie na sierść, pot, zapach konia oraz na to, co znajduje się w stajni, np. siano,

niewygojone rany,

wysoka nadwaga,

urazy kości, zwłaszcza w stawach biodrowych,

niestabilność kręgów szyjnych,

infekcje,

wodogłowie bez wszczepionej zastawki,

skoliozy powyżej 20° wg klasyfikacji Cobba oraz progresujące skoliozy idiopatyczne (są to trójpłaszczyznowe, strukturalne deformacje – skrzywienia – kręgosłupa i tułowia, najczęściej pojawiające się w okresie dojrzewania i szybkiego wzrostu),

choroby mięśni przy sile mięśni ocenianej poniżej 3 punktów w skali Lowett (skali służącej do odmierzenia siły mięśni),

pogorszenie stanu zdrowia w zespołach neurologicznych,

odwarstwienie siatkówki oka,

wzmożone ciśnienie śródgałkowe,

kręgoszmyki oceniane wg pięciostopniowej klasyfikacji Meyerdinga (kręgoszmyki to schorzenie polegające na przemieszczaniu się kręgów kręgosłupa względem siebie),

wrodzona łamliwości kości.

Koń do hipoterapii

Nie każdy koń nadaje się na terapeutę. Zwierzę wykorzystywane w hipoterapii wyróżnia wiele cech, które są kluczowe w pracy z dzieckiem. Zacznijmy od charakteru konia, przede wszystkim musi być to zwierzę spokojne, cierpliwe, niepłochliwe. Rasy, które najczęściej są wykorzystywane na zajęciach to konie huculskie, koniki polskie, haflingery oraz konie

śląskie, ze względu na ich spokojny charakter. Pierwsze trzy wymienione rasy mają przewagę, bo są to konie niższego wzrostu. Koń nie może być za wysoki, chodzi tutaj o asekurację młodego człowieka przez hipoterapeutę. Oczywiście, jak już wielokrotnie pisałam, każdy uczestnik wymaga indywidualnego podejścia. Zwierzęta powinny mieć dobrze umięśniony grzbiet o okrągłych kształtach, co da wygodę podczas siedzenia, a także przyjemne odczuwanie ruchów konia, które stymulują nasze chodzenie. Pod uwagę brany jest również wiek zwierzęcia, najczęściej wykorzystywane są starsze osobniki ze względu na ich doświadczenie i opanowanie. Najlepiej sprawdza się koń rasy wałacha, jednak nie jest to wymóg konieczny. Wałacha to specyficzna rasa konia, znana ze swojego temperamentu i wyjątkowych cech. Rasa ta nie pokazuje aż tyle „humorków”, co klacze bądź ogiery. Koń musi też przejść odpowiednie szkolenie, które pozwoli mu stać się terapeutą. Kluczowe jest także odpowiednie odczucie zwierzęcia.

Hipoterapia a osoby niewidome

„Dobroć to język, który słyszą osoby niesłyszące i widzą niewidome” – Mark Twain

Dziecko niewidome buduje własny obraz rzeczywistości poprzez zmysły węchu, dotyku, słuchu. Maluchy z uszkodzonym wzrokiem nie mogą zobaczyć konia, mogą jednak go dotknąć, wyczuć jego ruchy. Hipoterapia dba o bezpieczeństwo emocjonalne, dzięki pełnej i bezwarunkowej akceptacji przez zwierzę. Pozwala się zrelaksować i przynosi wiele optymizmu. Niewidomi mogą skorzystać z hipoterapii po wcześniejszej konsultacji lekarskiej i po przyzwoleniu rodziców/opiekunów. Nie możemy zapomnieć o dodatkowych ograniczeniach, które nierzadko towarzyszą niepełnosprawności wzroku, tzw. chorobach współistniejących. Każdy uczestnik zajęć ma tworzony indywidualny plan zajęć, który uwzględnia jego stan zdrowia, możliwości fizyczne i intelektualne. Musimy pamiętać jednak o tym, aby nie zmuszać dziecka na siłę do terapii. Jazda konna jest niesamowitym przeżyciem, pozwala kontaktować się z naturą i umożliwia spełnienie marzeń, często uznawanych za nierealne.

Przygodę z jeździectwem rozpoczęłam w wieku 6 lat, czyli 14 lat temu. Swoje pierwsze kroki w siodle stawiałam na śląskiej klaczy o imieniu Luta. Z końmi tej rasy miałam często styczność ze względu na prowadzoną hodowlę takich zwierząt w stadninie, w której uczyłam się jeździć. Zainteresowanie szybko przerodziło się w prawdziwą pasję. Praca z końmi, czas spędzony w stajni pozwalał mi oderwać się od szarej rzeczywistości. W bardzo młodym wieku poznałam tajniki pracy z ziemi, jazdy naturalnej. Już wtedy z końmi pracowałam sama, pod okiem moich rodziców. Od zawsze ważne było dla mnie dobro zwierzęcia, pamięć o jego naturalnym środowisku, jego zachowaniach. Uważam, że praca powinna opierać się na zaufaniu i harmonii, wzajemnym szacunku, umiejętności podążania za człowiekiem, którą posiada koń. Pamiętam, że każdy z czterokopytnych jest inny i z każdym z nich współpracuje się inaczej. Miałam kontakt z dużą liczbą koni – ich zmiennością charakterów, ras, płci, przystosowań. Poznawałam i pracowałam także ze zwierzętami zupełnie „surowymi”, po przejściach, czy tymi po długiej przerwie w pracy.

Koń, z którym kojarzę najpiękniejszy okres, to Legnica – moja pierwsza zwierzęca miłość. W 2019 r. zakupiłam dwuletnią klacz o imieniu Stokrotka. Uważam, że mam duże doświadczenie i wiedzę, chociaż stale się uczę. Prowadzę zajęcia dla osób w każdym wieku, na każdym poziomie doświadczenia. Stawiam na jeździectwo naturalne i ogromną liczbę jazd w terenie. Bardzo lubię przekazywać swoją wiedzę i dzielić się tajnikami pracy z koniem. Prowadzę także zajęcia z hipoterapii, uwielbiam patrzeć na uśmiechnięte dzieci, którym rzeczywiście to pomaga.

Nie wyobrażam sobie mojego życia bez mojej pasji.

„Jeździectwo jest pięknym sportem i może być uznane za sztukę, na której wyżyny chciałbyś się wznieść. Dostąpić tego może jednak ten, kto z całym zrozumieniem wniknie w psychikę konia i kto nie siłą, ale wyczuciem osiągnie z nim porozumienie” – Wilhelm Museler

CIEKAWOSTKI

Toaletowe wyzwania

Autor: Hanna Pasterny, fot. Pexels, źródło: Integracja 4/2024

Jednym z wyzwań, z jakimi mierzą się osoby niewidome, jest znalezienie toalety w nieznanym miejscu. Mężczyzna, który stracił wzrok jako dorosły, opowiadał mi, że wstyd przed wzięciem do ręki białej laski pokonał dużo szybciej niż lęk związany z koniecznością zapytania o toaletę. Prośenie o zaprowadzenie do toalety uważał za upokarzające. „Musisz komuś powiedzieć, że chcesz siku – jak w przedszkolu. Do kibla chodzi się z dzieckiem”. Rozumiem jego obawy. Gdy zaczęłam wyjeżdżać bez przewodnika, było mi niezręcznie prosić przypadkowe osoby, np. uczestników szkolenia, o wskazanie toalety.

Kolejnym wyzwaniem jest odnalezienie się wewnątrz toalety. Na widok białej laski wiele osób wskazuje nam toaletę dla niepełnosprawnych. Po kilku takich doświadczeniach, gdy pytam o toaletę, zwykle dodają, że jeśli bliżej jest zwykła, wolę ją od specjalnej. Pewna kobieta stwierdziła, że w takim razie nie akceptuję swojej niepełnosprawności. Tymczasem chodzi o coś zupełnie innego. Dostosowane toalety projektuje się z myślą o osobach na wózkach. Są duże, z urządzeniami na innych wysokościach, trudniej w nich zlokalizować mydło, papier, czasem sphuczkę. Nie zawsze da się zamknąć drzwi lub zamyka się je przyciskiem. Dwa razy zamiast otworzyć drzwi nacisnęłam nieodpowiedni przycisk i włączył się alarm. Poza tym nietypowość tych toalet sprawia, że tracę w nich dużo więcej czasu, a także muszę dotykać różnych przedmiotów w poszukiwaniu tego, czego potrzebuję. Jest to bardzo nieprzyjemne, więc unikam takich miejsc. Wygodne są dla mnie tylko wtedy, gdy podróżuję z dużym bagażem, bo mogę zabrać go do środka.

Znajomy Gruzin poprosił mnie 10 lat temu o udział w szkoleniu dla liderów tamtejszych organizacji pozarządowych i poprowadzenie zajęć o zachęcaniu niepełnosprawnej młodzieży do aktywności. Organizatorzy pokrywali koszty podróży i noclegów. Nie mieli pieniędzy na wynagrodzenie. Powiedziałam, że chętnie przylecę, ale muszę wiedzieć, jakie toalety będą w miejscu zakwaterowania. Było to dla mnie ważne, bo w Gruzji nadal są także ubikacje kucane, nazywane też tureckimi. Kilka razy musiałam z takich skorzystać. Co ciekawe, było to we Francji i Włoszech. Okropne doświadczenie; byłam całkowicie zależna od pomocy osoby widzącej. Zanim zamknęłam drzwi, instruowała mnie, gdzie postawić stopy. Jestem ciekawa, jak radzą sobie niewidomi w Indiach, gdzie takie toalety to ich codzienność. Gruziński znajomy zapewnił, że mieszkać będziemy w hotelu, w pokojach z łazienkami. Był zaskoczony, że przyjazdu nie uzależniłam od pieniędzy, lecz od toalet.

Do listy wyzwań dodam jeszcze czystość toalet. Niekiedy pozostawia sporo do życzenia, dlatego płyn do dezynfekcji rąk woziłam ze sobą wiele lat przed pandemią. Doceniam, gdy jakiś współpasażer po powrocie z toalety mówi z własnej inicjatywy, że gdybym potrzebowała tam pójść, to lepiej do tej na prawo albo w następnym wagonie. Wolę wagony z przedziałami, m.in. ze względu na łatwiejsze znalezienie toalety. W bezprzedziałowych może być tuż za drzwiami, a może trzeba przejść przez kilka części wagonu i kilkoro drzwi.

W zeszłym roku odwiedzałam niewidomą koleżankę w szpitalu psychiatrycznym. Najbardziej stresującym elementem hospitalizacji były dla niej ubikacje na korytarzu, które sprzątano zbyt

rzadko. Mimo upału starała się jak najmniej pić, by wizyty w toalecie ograniczyć do minimum, co wywołało kolejne problemy zdrowotne. Nie otrzymała zgody na korzystanie z toalety dla personelu. Próbowałam ją wesprzeć w załatwieniu takiego pozwolenia. Niestety, lekarza nie było na oddziale, a pielęgniarka tylko prychnęła i wyśmiała mnie z powodu takich kaprysów i dążenia do komfortu.

Potrzebujemy łatwego dostępu do toalet i przewidywalności, stałości, standardów, by nie musieć za każdym razem wcielać się w rolę odkrywcy. Na przykład we wszystkich pociągach przycisk zamykania drzwi powinien być na drzwiach toalety, a nie na przeciwległej ścianie. Uważam też, że we wszystkich budynkach użyteczności publicznej brajlowskie tabliczki informujące o przeznaczeniu pomieszczenia powinny być przynajmniej na drzwiach toalet, by można było je znaleźć również gdy w pobliżu nie ma osoby widzącej. Przydatna byłaby także informacja głosowa.

Artykuły z Biuletynu nieoelnoSprawni.pl

Kluczowa sprawa

Autor: Mateusz Różański, fot. Piotr Czarnota, źródło: Integracja 4/2024



Stacja benzynowa gdzieś w Niemczech w połowie lat 80. ub. wieku. Mur Berliński stoi w najlepsze, młodzież słucha Die Toten Hosen i Neny, a kanclerzem jest Helmut Kohl. Gdzieś na małej stacji benzynowej w kolejce do toalety czeka dziewczyna na wózku. W końcu, gdy stojąca przed nią osoba ogłasza, że teraz jej kolej, dziewczyna odpowiada, że teraz to potrzebuje miejsca, żeby się umyć i przebrać. Ta sytuacja była inspiracją do stworzenia uniwersalnego klucza do dostosowanych toalet, znanego dziś pod nazwą Eurokey (Euro-Schlüssel).

Eurokey to system, za pomocą którego dba się o dostęp do toalet dla osób z niepełnosprawnością. Polega on na tym, że drzwi wszystkich dostosowanych toalet są wyposażone w specjalną wkładkę. I choć jest ich kilka typów, to do każdej pasuje jeden klucz. Dzięki temu osoba z niepełnosprawnością, mając go, może otworzyć i dostać się do dostosowanej toalety, gdziekolwiek się ona znajduje – informuje Piotr Czarnota, specjalista ds. dostępności, ekspert, wykładowca akademicki, ambasador Akcji społecznej „Przewijamy

Polskę”, twórca projektu „Manufaktura Dostępności”, który chce zaadaptować to rozwiązanie na polskim rynku. – System ten zaczęto wdrażać w Niemczech w latach 80. XX w. Od tamtej pory drzwi wszystkich dostosowanych toalet publicznych są wyposażone w takie wkładki. Podobnie jest m.in. w Szwajcarii, Austrii, Czechach i na Słowacji. W Niemczech, gdzie ten system nosi nazwę Euro-Schlüssel, rewelacyjnie sprawdził się m.in. na stadionach podczas ostatnich Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej.

Światowe rozwiązania

Klucz w systemie Eurokey pasuje do około 12 tys. zamków w toaletach dla osób z niepełnosprawnością w różnych krajach europejskich. Można je znaleźć m.in. na objętych programem Eurokey autostradach, stacjach kolejowych, w strefach dla pieszych lub budynkach użyteczności publicznej (dane z 2023 r.). Podobne systemy, choć z innymi kluczami, funkcjonują m.in. w Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii. Jak tłumaczy Piotr Czarnota, prawo do uzyskania takiego klucza mają osoby z niepełnosprawnością, które potrzebują toalet dostosowanych lub po prostu muszą spędzać w toalecie więcej czasu niż większość ludzi. Oprócz osób poruszających się na wózkach są to m.in. osoby z wyłonioną stomią lub przewlekłymi chorobami układu moczowego. Klucze można nabywać w organizacjach pozarządowych, które podpisały umowę z krajowym operatorem tej usługi. Kluczyk w kebabie

– To rozwiązanie ma stosunkowo długą historię i bardzo dobrze działa u naszych sąsiadów. W Polsce nikt dotąd nie pomyślał o tym, jak w bezpieczny i komfortowy sposób zapewnić takie rozwiązanie w toaletach. Najważniejsze zalety Eurokey to bezpieczeństwo, większa dbałość o higienę, właściwy stan wyposażenia toalety i jej dostępność dla osób, które naprawdę jej potrzebują. Ma się wtedy pewność, że nie będzie ona służyć jako składzik, miejsce schadzki czy sypialnia. Sam miałem kiedyś – jeszcze wtedy, gdy większość dworcowych toalet nie była płatna – sytuację, że na dworcu w Poznaniu w dostosowanej toalecie spała osoba w kryzysie bezdomności – wskazuje ekspert ds. dostępności.

Piotr Czarnota podkreśla, że posiadanie takiego klucza nie jest obowiązkowe dla użytkowników zamkniętych europejskich toalet, gdyż zarządca miejsca, gdzie one się znajdują, ma obowiązek udostępnić osobie z niepełnosprawnością swój klucz.

– Na dworcu na Słowacji takim kluczem dla przyjezdnych dysponował pan prowadzący budkę z kebabem, umiejscowioną niedaleko toalety – wspomina, ale też podkreśla, że posiadanie własnego klucza umożliwia szybsze i bezproblemowe skorzystanie z toalety, która do tego będzie czysta, a sprzęty w niej – nieuszkodzone. Specjalista ds. dostępności zauważa, że istnieje też możliwość stworzenia tymczasowych systemów kluczy do toalet – jak podczas czeskiego festiwalu Colours of Ostrava, na którym osoby z niepełnosprawnością mogą, kupując bilet, wypożyczyć klucz, który umożliwia im skorzystanie z dostosowanych toalet.



Fot. Piotr Czarnota

Zacząć od uczelni

Skoro ten system dobrze się sprawdza – dosłownie za miedzą i to już od lat – to warto zastanowić się nad wprowadzeniem go w Polsce. Zdaniem Piotra Czarnoty dobrym punktem wyjścia są toalety na uczelniach, gdzie jest pewien zamknięty i dobrze znany krąg użytkowników dostosowanych toalet. Piotr proponuje, by studenci z niepełnosprawnością dostawali takie klucze wraz z indeksem, a osoby odwiedzające mogły otrzymywać klucz w portierniach obiektów uczelnianych. Na kolejnych etapach wprowadzania systemu Eurokey można dołączać kolejne budynki i instytucje – muzea czy stadiony – a potem dworce i lotniska.

Komfortki też pod kluczem

Ten system mógłby, zdaniem Piotra Czarnoty, sprawdzić się także w przypadku komfortek. Znajdują się w nich często specjalistyczne i kosztowne urządzenia: regulowane, sterowane pilotem leżanki i podnośniki, o których bezpieczeństwo i stan techniczny trzeba dbać. System Eurokey bardzo utrudni wchodzenie do komfortek niepowołanym osobom i wykorzystanie ich jako np. sypialni czy składzików, ale też zapobiegnie kradzieży lub dewastacji sprzętów. Oczywiście nie wszędzie da się ten system wprowadzić – jak choćby w miejscach, gdzie toaleta dla osób z niepełnosprawnością jest razem z toaletą damską. W większości miejsc jednak jesteśmy w stanie określić, ile osób z niepełnosprawnością będzie korzystało z dostosowanych toalet i czy nie ma przeciwwskazań do przyjęcia takiego rozwiązania. Oczywiście wiąże się ono z kosztami – także dla osób z niepełnosprawnością, ale zakup Eurokey jest po prostu dobrą jednorazową inwestycją i pozwala uniknąć takich sytuacji, jak opisana na początku artykułu.

Napisz testament. Taka jest twoja wola

Autor: Magdalena Gajda, źródło: niepełnosprawni.pl

Kończysz studia? Wyjeżdżasz za granicę do pracy? Zaczynasz wspólne życie z partnerką/partnerem? Planujecie ślub albo postanawiacie nie legalizować związku? Na świat przychodzi dziecko? Kupujesz mieszkanie? Sprzedajesz dom? To tylko kilka przełomowych życiowych sytuacji, w których warto napisać testament, aby ochronić przyszłość – swoją i bliskich. Oto, co musisz przygotować, zanim udasz się do notariusza.

Nazwa testament...

...wzięła się od łacińskiego słowa *testamentum*, oznaczającego pismo sporządzone w obecności świadków. Natomiast prawnie i zwyczajowo określa się tym mianem dokument, w którym zarządzasz majątkiem na wypadek swojej śmierci. A dokładniej: wskazujesz, komu przekazujesz albo całą masę spadkową, albo jej konkretne elementy oraz wyznaczasz wykonawcę, czyli osobę, która zrealizuje postanowienia testamentu. W dokumencie tym możesz nie tylko zapisać określone dary, ale także... zobowiązać spadkobierców, aby podjęli w Twoim imieniu pewne działania, np. przekazali konkretną kwotę pieniędzy na rzecz organizacji pozarządowej, którą wspierałeś, z której pomocy korzystałeś lub której działania szanujesz i popierasz. [O tym, w jaki sposób uwzględnić organizacje społeczne w testamencie, opowiem w kolejnym artykule dotyczącym testamentów – MG].

Pamiętaj, bo to ważne! Testament to dokument, który żyje Twoim życiem. Możesz go zmienić w każdej chwili, a zwłaszcza wtedy, gdy pod wpływem sytuacji osobistej zmienisz intencje co do podziału majątku. Jeśli zmodyfikujesz jego treść, warto, abyś powiadomił o tym bliskich, aby uniknąć rodzinnych konfliktów.

Najważniejsze rodzaje testamentów:

własnoręczny (holograficzny) – możesz go sporządzić bez notariusza; cały dokument napisz odręcznie (!), podpisz i wstaw datę jego przygotowania. Uwaga! Testament własnoręczny w postaci wydruku komputerowego opatrzony tylko Twoim podpisem jest nieważny!

urzędowy (allograficzny) – ze względu na złożoność procedury to mniej popularna wersja testamentu własnoręcznego; jego sporządzenie wymaga obecności dwóch dorosłych świadków (osób nieuwzględnionych w testamencie) oraz osoby urzędowej, np. wójta czy kierownika stanu cywilnego. Z procesu napisania testamentu spisuje się protokół i odczytuje przy świadkach, a następnie podpisują go wszyscy uczestnicy zdarzenia. Uwaga! Z tej formy nie mogą skorzystać osoby głuche lub nieme!

notarialny – sporządzony przez notariusza w formie aktu notarialnego. Wiąże się to z kosztami ok. 300–400 zł, ale masz pewność, że dokument jest zgodny z prawem i nie będzie problemów z wykonaniem jego zapisów.

Pamiętaj, bo to ważne! Najczęściej podważany jest testament własnoręczny. Powodem mogą być tzw. wady oświadczenia woli. Spadkobiercy, którzy poczuli się skrzywdzeni Twoimi decyzjami, mogą próbować dowieść przed sądem, że np. podczas pisania testamentu brałaś leki wpływające na świadomość albo ktoś na Ciebie naciskał, lub że... to nie jest Twoje pismo.

Testament notarialny przeważa nad własnoręcznym. Notariusz ma obowiązek sprawdzić nie tylko tożsamość osoby, która go spisuje, ale także jej zdolność do tej czynności prawnej. Notariusz zadba, abyś wyraził swoją wolę najdokładniej i bez postanowień, które mogłyby się okazać nieważne, oraz przechowa testament, aby nie zaginął lub nie został zniszczony. Co więcej, testamenty notarialne i własnoręczne przekazane na przechowanie notariuszowi można wpisać (dobrowolnie i bezpłatnie) do ogólnopolskiego Notarialnego Rejestru Dokumentów, co pozwala je szybko odnaleźć. Uwaga! Za Twojego życia wpis w rejestrze nie zostanie ujawniony.

Zanim udasz się do notariusza, aby napisać testament...

...warto, abyś zebrał ważne informacje. Przygotuj cztery tabele. Do pierwszej wpisz wszystkie przedmioty, zasoby finansowe, prawa majątkowe i niemajątkowe, które posiadasz, a które chciałbyś przekazać spadkobiercom, oraz ich wartość.

W tej tabeli powinny się znaleźć:

- nieruchomości;
- środki na rachunkach bankowych;
- inwestycje, akcje, oszczędności, ubezpieczenia na życie;
- samochód, motocykl, profesjonalne maszyny itp.;
- inne dobra, np. książki, obrazy, biżuteria itp.;
- pieniądze, które pożyczyłeś innym osobom.

Do drugiej tabeli wpisz swoje zobowiązania (i ich wartość!), które spadkobiercy będą musieli pokryć po przejściu po Tobie spadku, czyli: kredyty hipoteczne, pożyczki, karty kredytowe i inne zadłużenia.

Trzecia tabela służy obliczeniu, co faktycznie odziedziczą Twoi spadkobiercy po tym, jak od całości wartości majątku odejmą wartość Twoich zadłużeń.

W czwartej tabeli wskaż osoby (podając ich imiona, nazwiska i adresy), które chcesz uwzględnić w swoim testamencie, oraz wymień dobra, które chcesz przekazać każdej z nich. Pamiętaj, bo to ważne!

Wszystkie dane osobiste (np. hasła do profili na social mediach i w innych serwisach, pin kody do kart bankowych itp.), a także wskazówki, co zrobić w ulubionych przedmiotami, komu i za co podziękować oraz inne informacje, które chcesz zostawić spadkobiercom, aby „odnaleźli się w Twoim świecie” – spisz na kartce, tworząc tzw. dokument dziedziczenia, i

przechowuj w segregatorze z domowymi sprawami. Możesz też skorzystać z [elektronicznej aplikacji GdzieCoJest?](#), która pozwoli Ci uzupełniać na bieżąco powyższe wskazówki.

Testamenty szczególne

Sporządzane wówczas, gdy zwykła formuła jest niemożliwa, a zaliczamy do nich:
testament ustny – gdy istnieje obawa rychłej śmierci lub w szczególnych okolicznościach, które utrudniają przygotowanie zwykłego testamentu;
testament podróżny – sporządzany podczas podróży statkiem morskim lub powietrznym;
testament wojskowy – sporządzany przez żołnierzy Sił Zbrojnych RP pełniących czynną służbę zawodową lub osoby powiązane z tą instytucją, np. pracowników cywilnych, kapelanów wojskowych itp.

Członkowie Kampanii „Napisz Testament” w Polsce:

Fundacja „Lekarze bez Granic”,

Stowarzyszenie mali bracia Ubogich,

Stowarzyszenie „SOS Wioski Dziecięce w Polsce”,

Międzynarodowy Ruch na Rzecz Zwierząt Viva!,

Fundacja WWF Polska,

Fundacja Ronalda McDonalda,

Fundacja Pomocy Dzieciom „Pociecha”,

Fundacja Dorastaj z Nami,

Fundacja na rzecz Nauki Polskiej,

Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ,

Fundacja Gajusz,

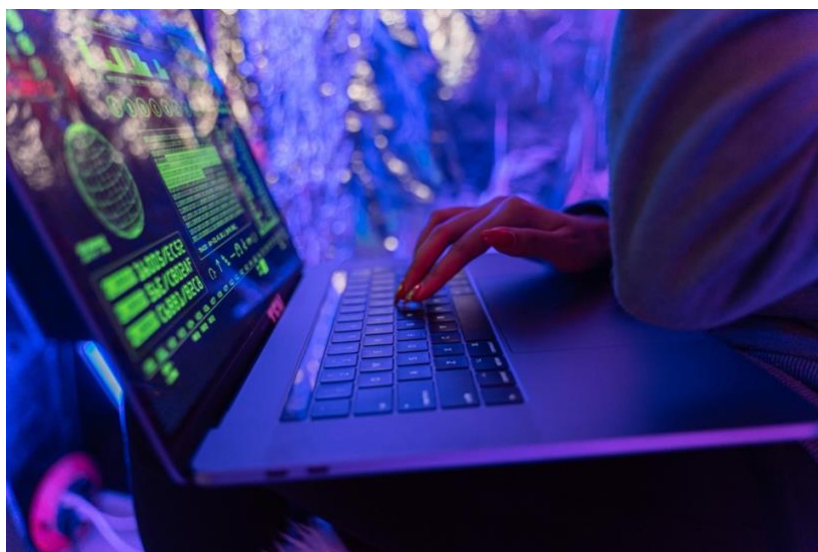
Fundacja DKMS.

Artykuł pochodzi z numeru 3/2024 magazynu „Integracja”.

Jak nie paść ofiarą phishingu?

Autor: materiał promocyjny Bitdefender, fot. pexels

Źródło: Integracja 4/2024



Phishing to technika stosowana przez cyberprzestępców w celu zdobycia danych osobowych, takich jak hasła, numery kart kredytowych czy informacje finansowe. Atak ten jest przeprowadzany głównie za pośrednictwem fałszywych wiadomości e-mail, SMS-ów lub stron internetowych, które wyglądają na autentyczne. Osoby otrzymujące takie wiadomości są nakłaniane do kliknięcia w link lub podania swoich danych, myśląc, że komunikują się z legalną instytucją.

Najczęstsze sytuacje

Bardzo częstym przypadkiem phishingu jest np. podszywanie się pod firmy i organizacje świadczące usługi medyczne. Od wielu lat w Stanach Zjednoczonych oszuści podszywają się pod Social Security, Medicare i Internal Revenue Service. Ich celem są nie tylko wyłudzenia środków finansowych swoich ofiar, lecz także kradzież ich tożsamości cyfrowej. W takim wariantcie oszusta cyberprzestępca kontaktuje się ze swoją ofiarą i podszywa pod pracownika placówki medycznej. Gdy uzyska odpowiedź, prosi o dane do logowania, dane bankowe lub przekierowuje swoją ofiarę do fałszywej strony internetowej, która ma na celu wyłudzenie danych. Gdy oszust uzyska dane, to przejmuje kolejne konta ofiary, w tym adres e-mail, media społecznościowe i konto bankowe.

Inne przestępstwa obejmują oferty uczestnictwa w specjalnych programach, w tym programy pracy w domu, które są reklamowane jako lukratywne dla pracowników zdalnych, by uzupełnić dochody. Oszuści opowiadają ofercie o biznesie lub szansie na zatrudnienie, o które można „aplikować”, płacąc za materiały i wstępne szkolenie.

Jak się chronić?

Edukacja i świadomość. Kluczowym elementem ochrony przed phishingiem jest edukacja. Organizacje zajmujące się pomocą dla osób niepełnosprawnych powinny prowadzić kampanie informacyjne na temat zagrożeń cybernetycznych, dostosowane do specyficznych potrzeb swoich podopiecznych.

Skuteczny system antywirusowy. Kluczowym narzędziem w walce z phishingiem jest skuteczny system antywirusowy wyposażony w moduł antyphishingowy. Systemy antywirusowe Bitdefender potrafią wykrywać i blokować podejrzane wiadomości oraz strony internetowe, zanim dotrą one do użytkownika. Dzięki temu nawet gdy natrafisz na niebezpieczną stronę, reklamę lub link, to antywirus automatycznie je zablokuje, abyś nie mógł zostać oszukany. Jeśli zadzwoni do Ciebie nieznaną numer lub otrzymasz podejrzanego SMS-a, to także zostaniesz poinformowany przez aplikację Bitdefender, że to najprawdopodobniej oszustwo phishingowe.

Niestety, aktualny krajobraz cyberzagrożeń obfituje w wiele incydentów związanych ze złośliwym oprogramowaniem. Phisherzy zamieszczają często w swoich wiadomościach złośliwe załączniki imitujące rzekomo zaległe faktury lub zdjęcia, na których podobno się znajdujemy. Gdy pobierzemy te pliki na swoje urządzenie, to mogą one spowodować nieodwracalne szkody, takie jak: kradzież i zniszczenie danych, szpiegowanie naszych działań w sieci, a nawet korzystanie z zasobów naszego urządzenia do przeprowadzania tzw. ataków DDoS (ataków rozproszonej odmowy usługi).

Systemy antywirusowe Bitdefender chronią także urządzenia (komputery, smartfony i tablety) przed złośliwym oprogramowaniem, które ma na celu kradzież danych, szpiegowanie i szyfrowanie danych. Dlatego nawet jeśli przypadkowo pobierzesz niebezpieczny załącznik z wiadomości phishingowej, to zostanie on automatycznie zablokowany, zanim jeszcze zainfekuje Twoje urządzenie. Dzięki temu będziesz mógł zawsze bezpiecznie korzystać z sieci.