

САДРЖАЈ

УВОД.....	
1. ПАРТНЕРСТВО.....	
2. МЈЕШОВИТИ СИСТЕМ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ.....	
3. МЕДИЦИНСКИ И СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ИНВАЛИДНОСТИ.....	
3.1. Медицински модел.....	
3.2. Социјални модел.....	
3.3. Појава социјалног модела.....	
3.4. Примјена социјалног модела инвалидности у вашој организацији.....	
3.5. Разлике између медицинског и социјалног модела инвалидности.....	
3.6. Питања по којима се може уочити разлика између медицинског и социјалног модела инвалидности.....	
3.7. Табела супротности.....	
4. САМОСТАЛАН ЖИВОТ И СЛУЖБЕ ПОДРШКЕ У ЗАЈЕДНИЦИ.....	
4.1. Дефиниција самосталног живота.....	
4.2. Додатни сервиси за особе са инвалидитетом.....	
4.3. Здравствене службе и права.....	
4.4. Образовне услуге.....	
4.5. Услуге социјалне заштите.....	
4.6. Услуге при запошљавању.....	
5. УСЛУГЕ ПЕРСОНАЛНЕ АСИСТЕНЦИЈЕ, ЊИХОВ ЗНАЧАЈ И РАЗВОЈ У ГРАДУ БАЊА ЛУКА.....	
5.1. Шта је персонална асистенција?.....	
5.2. Начини организовања и исплате за персоналну асистенцију у развијеним земљама...	
5.3. Искуства у Бањалуци.....	
- Подизање свијести корисника и јавности.....	
- Учење како користити асистенте.....	
- Повезивање невладиног сектора са системом социјалне заштите на локалном нивоу.....	
5.4. Резултати истраживања обављеног у мају 2007 године, у Центру за социјални рад Бања Лука на узорку од 50 корисника.....	

6. ПРОЦЕДУРЕ ЗА УТВРЂИВАЊЕ СТЕПЕНА АКТИВНОСТИ САМОСТАЛНОГ ЖИВОТА (АСЖ)
ОСОБА СА ТЈЕЛЕСНИМ ИНВАЛИДИТЕТОМ И СТАРА ЛИЦА.....
7. БОДОВНА ЛИСТА ЗА ПРОЦЈЕНУ И ФОРМИРАЊЕ ЛИСТЕ КОРИСНИКА ЗА ПЕРСОНАЛНУ
АСИСТЕНЦИЈУ.....
8. РАЗЛИЧИТОСТ ИНВАЛИДНОСТИ.....
 - 8.1. Психомоторни развој.....
 - 8.2. Болест – Оштећење – Инвалидитет – Хендикеп.....
 - 8.3. Класификација оштећења.....
 - 8.4. Међународне класификације.....
 - 8.5. Међународна класификација болести десета ревизија МКД-10.....
 - 8.6. I C F.....
9. ПОЛИТИКА У ОБЛАСТИ ИНВАЛИДНОСТИ У БиХ.....

УВОД

Развој људске свјести је усмјеравао и различит приступ инвалидности. У предисторијском друштву слаби и немоћни нису могли преживјети јер се нису могли сами бринути о себи и обезбједити храну. Успостављањем једнобоштва инвалидност се доживљава као божија казна и наноси срамоту породици, а особа је непожељна у друштву. О слабирим и сиромашним ислам се брине када су вјерски празници и тада им даје храну развијајући приступ да им је потребна „садака“. Слични обичаји су заступљени и у хршћанским вјерама.

Развој хуманистичког приступа започиње у Енглеској средином XIX вијека када се оснивају удружења богатих, која финансирају различите болнице у којима се смјештају лица са инвалидитетом и психичким сметњама. Богате даме повремено носе и храну и одјећу у ове установе, али та лица ипак живе у тешким условима.

Напредак у различитим областима је прогрес за лица са инвалидитетом, развојем медицинских наука схвата се да постоји могућност да се одређене болести излечи или ублаже. Почетком XX вијека дјечија парализа је захватила огроман број људи, болнице су биле препуне и убрзано се радило на развоју вакцине против ове болести. Лица која су обољела налазиласу се окупљају како би размјењивали искуства и почињали су кроз удруживање да организују социјални живот унутар болница. И у то вријеме се инвалидитет посматрала зависно од узрока. Нпр. закон из Краљевине Југославије је забрањивао прошњу свима осим ратним војним инвалидима, сматрајући да им на тај начин даје привилегију да преживе. Напредак медицине је утицао на отварање различитих специјалистичких болница у којима се особе са инвалидитетом окупљају и проналазе пријатеље, стичу социјалне навике које код куће нису имали прилику, јер су углавном били скривани. Тако се већ у првој половини двадесетог вијека стварају удружења особа са инвалидитетом која углавном настају у болницама или бањама и почиње се прихватати чињеница да се особе са инвалидитетом могу школовати. Развој техничких наука је обезбједио боља ортопедска помагала, путеве по којима се може кретати уз помоћ помагала. Са завршеном школом је логично да се тражи запошљавање, које постаје могуће у великим фирмама, које могу примити раднике са различитим способностима. Откриће телефона и његов развој је било револуција за слијепа лица која могу радити посао телефонисте.

Права револуција започиње шездесетих година када се више покрета за људска права покрећу интензивно. Студенти са инвалидитетом траже услове за студирање, смјештај у студентске домове и не желе признати да их различитост мора социјално искључити. Тако започиње промоција самосталног живота за особе са инвалидитетом, о којем ћемо говорити у овој брошури. Покрет особа са инвалидитетом је остварио огроман напредак у приступу инвалидности, базираном на људским правима и изједначавању могућности. Да би изједначили могућности са другим грађанима неопходна нам је персонална асистенција.

У току пројекта „Политика у области инвалидности“, који имплементира ИБХИ – Независни биро за хуманитарна питања, као техничка подршка Министарству здравља и социјалне заштите РС и Министарству за рад и социјалну политику ФБиХ, а уз финансијску подршку Финске владе, посјетили смо

Финску. За вријеме студијске посјете упознали смо се са Фондацијом **Абилис** која је донирала средства за пројекат „Промоција социјалних сервиса за персоналну асистенцију“. У пројекту полазимо од искустава из Босне и Херцеговине на реформи социјалне заштите и приступу задовољавање потреба кроз партнерство и мјешовити систем социјалне заштите и међународних искустава.

Захваљујемо се партнерима на пројекту: Министарству здравља и социјалне заштите РС, Центрима за социјални рад Бањалука и Требиње, свим појединцима који су допринијели да персонална асистенција заживи у нашој средини и свима који је буду пренели у друге средине.

Мр Оливера Мастикоса

ПАРТНЕРСТВО

Концепт рада у партнерству је један од приоритетних приступа у оквиру реформе социјалног сектора, која је започела на нивоу града Бањалука пројектом «Реформисање система и структура режима централне и локалне социјалне политике у БиХ» који је финансирао Британски одјел за међународни развој, а имплементирао Независни биро за хуманитарна питања ИБХИ БиХ од 2001. до 2005. године. Рад у партнерству огледа се кроз услов да се услуге усмјерене ка кориснику организују у сарадњи јавног, НВО и приватног сектора. Партнерство подразумијева конципирање услуга усмјерених ка рјешавању потреба корисника кроз сарадњу више организација.

Зашто је потребно партнерство у заједници?

Ограничене могућности локалне заједнице ће се искористити максимално да би задовољили разноврсне и бројне потребе клијената.

Кроз партнерство се могу:

- идентификовати приоритети – у сарадњи са корисничким удружењима;
- развити проширена права и услуге за које смо утврдили да постоји потреба;
- користити примјери добре праксе развијене у НВО или приватном сектору;
- стандардизовати услуге користећи потенцијале корисника као оцјењивача квалитета и
- омогућити самоодрживост.

Партнерство града бањалука

Град Бања Лука је у априлу 2007. године добио **статус Бикон општине** на основу захтјева које су организатори дефинисали: «Општине се увелико опредјелују за стратешка партнерства, која омогућавају побољшање у квалитету пружања услуга и највише могуће искоришћавање ограничених средстава. Као резултат тога, пружање услуга унутар локалне управе у БиХ прераста из монополистичког начина пружања услуга у дугорочна партнерства, која се заснивају на сарадњи. Сарадња са јавним организацијама, приватним сектором, невладиним организацијама и грађанима, омогућава општинама пружање услуга које су дјелотворне, и које задовољавају потребе јавности. Бикон општине су у овој теми показале посвећеност, спремност за улагање, успјешно успостављање и развој партнерства у пружању услуга, и прихватању система вриједности, који се заснива на сарадњи. Ове општине су, такође, развиле институционалне оквире и општинску политику пословања, због уобличавања принципа партнерства између локалне управе и грађана, успостављајући тиме одрживе и систематичне процедуре. Бикон општине су показале начин на који оваква стратешка партнерства могу да допринесу побољшању пружања услуга путем повећаног степена задовољне јавности пруженим услугама, и оправданост трошкова.»

Искуства ПАЗ програма (пројекти активности у заједници) показују вриједности нових метода у пружању услуга социјалне заштите као квалитетније и ефикасније у односу на стару методологију. Стога се ова позитивна искуства постепено уводе у свакодневне активности и процедуре пружања услуга килијентима.

Управа Града Бања Лука је у сарадњи и партнерству са доле наведеним јавним установама, невладиним организацијама и приватним предузећима, који дјелују у сфери социјалне заштите, израдила План развоја социјалне заштите за период 2005-2008. са циљем побољшања положаја и услова живота социјално искључених и угрожених група становништва кроз одрживе програме помоћи.

Приликом израде овог документа кориштени су резултати и искуства из претходног Плана развоја социјалне заштите у Граду Бања Лука који је усвојен 2003., а ревидиран 2004. године.

Консултовани су такође и представници различитих корисничких група како би План развоја предвидио и укључио што квалитетније методе пружање услуга социјалне заштите дефинишући приоритете, циљеве и активности на нивоу Града. Партнери за израду Плана развоја социјалне заштите били су: Град Бања Лука, Центар за социјални рад, Основни суд, Тужилаштво, Центар јавне безбједности, Просвјетно педагошки завод, Дом здравља, Центар за ментално здравље, Привредна комора Бања Лука и Референтне невладине организације. Партнери су дефинисали као приоритетан принцип рада рад у партнерству.

Циљ овог плана је да се побољша положај и услови живота социјално искључених и угрожених група становништва, кроз одрживе програме самопомоћи. Кроз План су идентификоване циљне групе:

1. Дјеца и млади са повећаним ризиком за сигуран и успјешан развој.
2. Вулнерабилне групе одраслих.
 - жртве насиља у породици
 - особе са инвалидитетом
 - особе са поремећајима у менталном функционисању (душевни болесници)
 - зависници о алкохолу и дрогама
3. Стара лица која живе сами и без адекватне бриге сродника.
4. Искључене групе.
 - роми
 - избјегла и расељена лица
 - повратници.

План је обухватио подршку општинским услугама из области социјалног рада, унапређење људских потенцијала, као и организационог и техничког капацитета Центра за социјални рад и развијање посебних иницијатива за циљане групе.

„Као резултат Плана развоја социјалне заштите, Центар за социјални рад је потписао преко 23 различитих меморандума о сарадњи и партнерству са различитим јавним институцијама, невладиним организацијама и приватним сектором. Ове мреже организација састављене из различитих сектора који се баве социјалном заштитом, данас представљају саставни дио живота у граду. На овај начин, унапређен је проток информација, у смислу потреба угрожених група грађана, а побољшан је квалитет пружања услуга. „

**Партнерство у Центру за
социјални рад бања лука**

На основу плана развоја социјалне заштите у граду Бањалуци Центар за социјални рад је развио активности унутрашњег јачања капацитета и планирану реформу спровео да краја 2006. године. Упоредо се радило на развоју услуга у заједници на партнерским односима и 2005. године је Скупштина града Бањалука донијела девет одлука о проширеним услугама од којих се две обављају у сарадњи са јавним институцијама и невладиним сектором. У 2006. години Скупштина Града Бањалука је на основу исказаних показатеља кроз пилот пројекте донијела одлуку о шест нових услуга од којих се пет реализује у сарадњи са партнерима: Дневни боравак за одрасла ментално недовољно развијена лица, Дневни центар за старе, Дневни боравак за лица са проблемима у менталном здрављу, Персонална систенција и Помоћ у кући за стара лица.

У току пилот пројекта заједно са партнерима су утврђене процедуре путем којих су дефинисани сви кораци у пружању услуге. Након усаглашавања процедуре од стране заинтересованих партнера приступило се потписивању Уговора на годину дана. На овај начин је путем корисничких удружења обезбјеђено максималан утицај корисника на квалитет услуге. Крајем 2006. године услуге су тестиране у пракси и дале повратне информације тако да смо се одлучили да од седам пилот пројекта шест предложимо као Проширене услуге социјалне заштите Скупштини града на усвајање.

Пилот пројекат запошљавање уз подршку је и даље у фази тестирања а у оквиру овог пројекта смо постигли значајан број партнера у приватном сектору а отварају се и шансе за нове пројекте путем којих ће се охрабривати наши корисници који су радно способни да реализују самозапошљавање или максимално искоришћење ресурса на селу.

Све услуге прате социјални радници седмичним или мјесечним учешћем у пружању услуга корисницима а једном годишње се прави преглед активности заједно са партнерима о чему се сачињавају извјештаји.

Три пута годишње се раде процјене задовољства клијената

Процедура успостављања партнерских односа

Успостављање партнерских односа се обавља по сљедећим фазама:

1. *Истраживања потреба у заједници*, која се обављају у складу са циљевима и плановима Центра за социјални рад на основу анкета, исказаних потреба и захтјева клијената и др..
2. *Дефинисање приоритета* је фаза у којој се на основу анализе потреба утврђују критерији за одабир корисника и критерији квалитета услуга.
3. *Истраживање потенцијала за задовољавање потреба* обављају координатори за сарадњу са партнерима прикупљајући информације о невладином сектору, приватном сектору и потенцијалима институција. (Одлука о критеријима за одабир партнера који пружају услуге у заједници)
4. *Иницирање састанка са препознатим партнерима* ради утврђивања циљева и усаглашавања наредних корака. На овом састанку се партнерима представљају се кораци од 1-3 и дефинишу се активности неопходне да се изради нацрт Меморандума о сарадњи.
5. *Израда нацрта Меморандума* и његово усаглашавање са партнерима. Нацрт израђује ЦСР на основу закључака са састанака и доставља га партнерима да дају своју сагласност.

6. *Потписивање Меморандума* се обавља након усклађеног нацрта Меморандума. (примјер Меморандума о сарадњи)
7. *Фаза утврђивање модела пружања услуга* у оквиру које се усклађују потребе корисника и могућности за услугама на основу планираног буџета и одобреног од Скупштине града. Модел услуга се дефинише Процедуром за коју дају сагласност сви партнери. (примјер Процедуре за рад у партнерству)
8. *Уговор о пословној сарадњи* се потписује након дефинисане процедуре јер је она саставни дио уговора. Уговор је документ на основу којег ће се вршити плаћања за услуге.
9. *Мјесечно праћење* од стране надлежног представника центра за социјални рад се обавља укључивањем стручних радника у рад партнерске организације њиховим праћењем услуга. Стручни радници услуге користе као допуну услуга ради укупног задовољења клијента.
10. *Састанци са партнерима* ради унапређења сарадње и услуга на основу извјештаја о раду се одржавају зависно од потреба и организују се као редовни годишњи састанци у оквиру којих се један дио рада планира као едукација или презентација .
11. *Годишња праћења координатора* за сарадњу са партнерима се обављају са корисницима, представницима партнерске организације и непосредно са пружаоцима услуга на основу којих се сачињава извјештај за Центар за социјални рад и Одјељење друштвених дјелатности. На тај начин се постиже боља сарадња између ове две институције и могу се планирати други развојни кораци. (примјер Извод из годишњег извјештаја о праћењу са партнерима)

МЈЕШОВИТИ СИСТЕМ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Стање у којима се налазе особе са инвалидитетом и тренутне могућности задовољавања њихових потреба од стране републике, захтјевају брз и ефикасан одговор институција укупног система друштвеног дјеловања. Нажалост, ресурси, прије свега финансијски, нису dostatни да се адекватно одговори нараслим потребама. Политика искључивог новчаног давања постаје веома упитна у оваквом стању. Да би се политика искључивог новчаног давања у потпуности реализовала неопходна су значајна финансијска средства којих увијек недостаје а ефекти, готово у правилу, не прате висину тих улагања. Сем тога, изостаје могућност успостављања органских веза између доносилаца – финансијера права – услуга и корисничке популације па се средства, неријетко несразмјерно троше, не пратећи обим и врсту потреба која је реална на терену. Због свих тих разлога неопходно је креирати систем подршке особама са инвалидитетом на начин да се препознају интереси свих страна укључених у процес креирања, финансирања и кориштења услуга.

Мјешовити систем социјалне заштите представља покушај тражења адекватног одговора на проблематику особа са инвалидитетом у постојећем систему социјалне заштите. Овај концепт са собом носи основне постулате који могу значити корак у правцу адекватног одговора друштва према потребама особа са инвалидитетом. Равноправно третирање јавног, приватног и невладиног сектора у систему социјалне заштите, што је основни постулат мјешовитог система, представља добру основу за креирање свеобухватног приступа у социјалној заштити особа са инвалидитетом. Оно што овај концепт доноси као новост и о томе јасно и без устезања говори јесте “интерес” који је његова покретачка снага. Дакле, креирање, финансирање и реализација услуга социјалне заштите заснива се на јасној артикулацији и уважавању интересних аргумената свих заинтересованих страна. Укључивањем приватног сектора, област социјалне заштите се отвара према интересу приватног капитала и профита, а укључивањем невладиног сектора (корисничких удружења) област социјалне заштите постаје сензибилнија према стварним потребама корисничке популације. Управо то постаје кључни фактор дефинисања адекватног одговора друштва на потребе особа са инвалидитетом. Држава добива два партнера која јој олакшавају провођењу њене јавне функције.

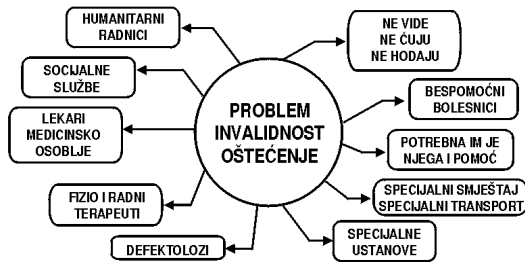
Препознавање потреба представља основу креирања мјера социјалне заштите према особама са инвалидитетом. Потребе се јасно артикулишу у невладином сектору који окупља корисничка удружења. Такође, удружења се препознају и као пружаоци услуга што додатно јача капацитет социјалне заштите и њене ефикасности. Центри за социјални рад, као централне установе система социјалне заштите кроз ангажман корисничких удружења добивају релевантне partnere у организовању и пружању услуга које се често препознају као сервиси подршке особама са инвалидитетом.

Организовања сервиса подршке који су намијењени особама са инвалидитетом нашло је своје законско упориште у концепту проширених права социјалне заштите. Наиме, поред основних права која су препозната и дефинисана у нацрту новог Закона, општине су дужне да донесу Одлуку о проширеним правима којом су законски обавезане да успостављају и друга права заснована на препознавању специфичних потреба лица која се налазе у стању социјалне потребе.

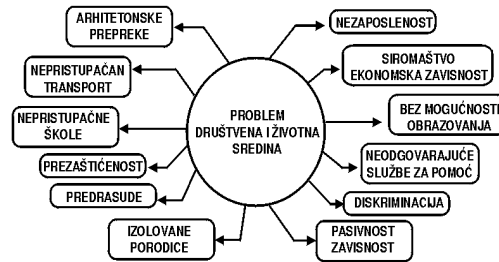
Сервиси подршке су једна од темељних одредница концепта проширених права. Они су друштвено корисни јер омогућавају простор за запошљавање, социјално су кохезивни и представљају брз и ефикасан одговор према израженој потреби корисника. Посебно је то очито код сервиса подршке који су оријентисани на пружање услуга особама са инвалидитетом (персонална асистенција нпр.). Досадашња искуства у организовању и раду сервиса подршке особама са инвалидитетом у систему социјалне заштите говоре о њиховој ефикасности, економичности и брзини одговора на актуелне потребе. Због тога сервиси подршке требају да постану незаобилазан садржај у креирању Одлуке о проширеним правима и катализатор унапређења социјалне заштите особа са инвалидитетом како на локалном, тако исто и на републичком нивоу.

МЕДИЦИНСКИ И СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ ИНВАЛИДНОСТИ

MEDICINSKI MODEL / PRISTUPA INVALIDNOSTI



SOCIJALNI MODEL / PRISTUPA INVALIDNOSTI



Медицински модел

Према овом моделу, инвалидност се посматра као индивидуална патологија коју лекари специјалисти треба да лече и рехабилитују.

Медицински или традиционални модел приступа особама са инвалидитетом тако да се фокусира на недостатке које та особа има и на индивидуални приступ у смислу излјечити или не...основно је питање.

Ако може да се излјечи, онда је особа са инвалидитетом равноправни члан друштва, ако не може да се излјечи онда је треба смјестити у неку институцију гдје ће се обезбједити услови њен живот. Овај модел види инвалидитет као лични проблем, и само инвалидитет је тај који онемогућава особи која га има да равноправно учествује у главним токовима друштва. Уредба Уједињених нација за права особа са инвалидитетом говори о слиједећем:

„Постоји тенденција да се инвалидитет смјешта у медицинске оквире и оквире социјалне помоћи, оквире који особе са инвалидитетом идентификују као болесне, различите од њихових суграђана ез инвалидитета и као некога коме је потребно старање. Пошто се нагласак ставља на медицинске потребе особа са инвалидитетом, јавља се, у складу са тиме, занемаривање њихових ширих социјалних интереса. Резултат је снажна изолација особа са инвалидитетом и њихових породица”.

Социјални модел

По овом моделу, људи са оштећењем се посматрају као онеспособљени својом средином, односно окружењем, ставовима других и политиком, праксама и процедурама разних организација. Не може се много урадити да би се променило оштећење. Много се међутим, може урадити на уклањању баријера и на стварању друштва са више једнакости у свим аспектима живота. Ово је борба за права особа са инвалидитетом.

Појава социјалног модела

Са настанком организација и мултиинвалидских група, почиње важан заокрет у концету инвалидности: медицински модел уступа мјесто социјалном моделу. Инвалидност се више не посматра као проблем појединца којег треба лијечити, како би се уклопио у друштвени поредак.

Напушта се потреба да се мјења појединац; фокус је на друштвеној промјени. Креација симбола за приступачност од стране Рехабилитацион Интернационал 1969. је универзални знак којег особе са инвалидитетом широм свијета виде као могућност архитектонских промјена и захтјева за њиховом промјеном.

Као резултат таквих организација, особе са инвалидитетом почињу да раде на законодавним промјенама са својим владама и на нивоу УН. Нека законодавства су орјентисана специфично на права особа са инвалидитетом (нпр. обезбјеђивање антидискриминације при запошљавању, обезбјеђивање приступачног становања и образовања) а друге правне промјене се односе на обезбјеђивање сервиса персоналних асистената, приступачног транспорта, економске подршке центрима за самосталан живот. УН Декларација о правима особа са менталном ретардацијом из 1971. – настале на основу Декларације о људским правима из 1948. – по први пут говори о правима особа са инвалидитетом у оквиру људских права, као и каснија декларација о правима особа са инвалидитетом из 1975. Фокус на инвалидности се поред превенције и рехабилитације проширује на пуно учешће и једнаке могућности. УН Међународна година особа са инвалидитетом 1981. се односи на права, као самоидентификовану потребу особа са инвалидитетом. Уз Међународну Декаду особа са инвалидитетом та година игра кључну улогу у фокусирању међународне пажње на инвалидска питања.

Националне групе особа са инвалидитетом, оформљене у многим земљама, укључујући Фиџи, Тајланд, Шри Ланку, Уганду, Кину, Јамајку, Велику Британију, Јужну Африку, Бразил и Филипине, и раде на подизању свијести о инвалидности. Уз значајну подршку УН основана је Свјетска организација особа са инвалидитетом (ДПИ) као кључна организација у окупљању особа са инвалидитетом широм свјета и повећању видљивости покрета за самосталан живот.

Следећи корак у изградњи самосталног живота је формирање мултинационалних мрежа, преко којих особе са инвалидитетом размјењују идеје и ресурсе. У Јужној Африци, корак је у том правцу било учешће особа са инвалидитетом бјеле мањине на Конгресу Рехабилитацион Интернационал-а 1980. и повратак са филозофијом самосталног живота који се већ живио у разним облицима код црначког становништва са инвалидитетом кроз борбу против апартејда. У Европи је 1990 основана Европска мрежа за самосталан живот (ЕНИЛ) да би лобирала у оквиру Европске Уније за сервисе персоналне асистенције и промоцију филозофије самосталног живота међу политичким партијама и владама. Многи европски и амерички лидери покрета за самосталан живот су путовали широм свијета и помогли у стварању покрета у другим земљама. То се посебно види на примјеру Јапана, који је имао 20-годишње партнерство са америчким лидерима самосталног живота, а сада дају подршку развоју самосталног живота широм Азије.

Остале регионалне активности у овом периоду укључују: појаву националних мултиинвалидских организација у Русији и бившег Совјетског блока и Источне Европе између 1988.

и 1995. Након 1990. у најсиромашнијим азијским земљама почиње формирање група за самопомоћ, као одраз подршке у оквиру Азијско/пацифичке Декаде особа са инвалидитетом.

Међународна размјена самосталног живота свакако није била једносмјеран процес. На примјер, особе са инвалидитетом из земаља у развоју су критиковале цијелу идеју „самосталности“ као културолошки појам и језички сурогат, који изражава идеје самоодређења и самопомоћи. Оваква перспектива је била од помоћи у Америци, на примјер, када се испитивао културни значај амерички заснованог концепта самосталног живота за мањине и имигрантске заједнице. Покрет за самосталан живот који постоји у границама индустријализованог свијета има тежиште више на стицању дохотка и омогућавању основних помагала као што су колица и протезе. Онај други има тежиште на развоју сервиса персоналних асистената и теорије самосталног живота. Вјеровање у самоорганизованост и право на самоодређење уједињује инвалидски покрет широм свијета упркос социо-економским разликама.

Примјена социјалног модела инвалидности у вашој организацији

Свака организација без обзира да ли је државна, друштвена, невладина, јавна или приватна може се одлучити да ради по социјалном моделу инвалидности.

Физички приступ, обезбјеђење информација у приступачном формату, позитиван однос у запошљавању особа са инвалидитетом односи се на сваку организацију и групу, и могу се примјенити без обзира на врсту посла којом се овр организације баве.

Консултација са особама са инвалидитетом чини се као најбољи начин да се обезбједи да све организационе структуре, политика, и пракса буду потпуно приступачне за особе са инвалидитетом. У исто вријеме **консултација са особама са инвалидитетом** захтијева од ових организација да активно подстичу учешће особа са инвалидитетом у њиховим структурама и обезбјеђивању сервиса.

Све организације и сервиси имају одговорност да осигурају приступачност за особе са инвалидитетом у свом дјеловању.

Консултација са особама са инвалидитетом омогућава свакој организацији да и особе са инвалидитетом укључи у своја стратешка размишљања и планирања.

Примјена социјалног модела инвалидности у свакој организацији захтјева обзјеђење одговарајућих потенцијала. Врло често, мала промјене могу значајно унаприједити уобичајену прекусу. Ако се у фази планирања имају у виду и питања особа са инвалидитетом и ако се она укључе у сам процес дефинисања одређеног програма, касније ће се избјећи трошкови могуће адаптације. У исто вријеме се на тај начин обезбједјују услови за примјену социјалног модела инвалидности.

Бројна кључна питања такође треба да се размотре при примјени социјалног модела инвалидности. На примјер:

- Да ли су ваше информације обезбјеђене на различито приступачним форматима (аудио, брајево писмо, штампане ствари)?
- Да ли су ваше просторије приступачне?
- Да ли ваша политика при запошљавању укључује и могућности за особе са инвалидитетом?

- Да ли су особе са инвалидитетом подстакнуте да учествују у вашој организацији/ обезбјеђењу услуга?
- Да ли су посебна средства обезбјеђена да би се омогућио процес консултације са особама са инвалидитетом?

Нека од ових питања односиће се посебно на организације које се баве особама са инвалидитетом, али већина њих може се генерално примјенити на све.

Разлике између медицинског и социјалног модела инвалидности

Медицински модел

- Проблем је медицински: обољење или болест;
- Проблем ума или тијела, одступање од нормалног;
- Жељени резултат је максималан развој нивоа физичке и менталне функције (клиничка оріјентација);
- Извори: јавни и приватни сектор вођен професионалцима;
- Жртве требају бити захвалне за пружену помоћ;
- Економски проблем за друштво:
 - ✓ повећава цијену здравствених/социјалних услуга,
 - ✓ друштвени терет,
 - ✓ процјена рехабилитације на економском нивоу,
 - ✓ поново запослити и реинтегрисати.

Импликације медицинског модела

За особе са инвалидитетом:

- Пацијент;
- Овисност о специјализованом знању, технологији и институцијама;
- Давање моћи: Побољшање "здравља и функције";
- Неприступачна заједница/друштво-негативни ставови.

За пружаоце услуга:

- Опуномоћени доносиоци одлука;
- планирање, дијагноза, третман, праћење;
- "Знати најбоље" и одговорност за рјешавање проблема;
- Проблем-веома скупо;
- Распон задовољавања потреба ограничен на медицинске услуге;

Социјални модел

- Проблем је друштвени-односи се на окружење и цивилна и људска права;
- Жељени резултат је "независно живљење" и самостално доношеше одлука;
- Извори: особе са инвалидитетом и покрети за права особа са инвалидитетом;

- социјално-политичка питања;
- физичко и питање окружења (културолошко, законско, политичко, економско, едукационо, ставови) неуспјех индивидуе;
- радикални-није особа него друштво то које треба промјену;
- Политичко и лично осамостаљење је круцијално;
- Деинституционализација и развој заједнице.

Импликације социјалног модела

За особе са инвалидитетом:

- Корисник: посматран као особа са знањем;
- Оспособљен: Позитивна слика о себи, контролише;
- Оспособљен: Интеграција у заједницу и избор;
- Застрашујуће за неке јер се многи користе за друге у смислу уопштавања.

За пружаоце услуга:

- Императив да се посматра иза "тијела и ума" испитивање концепта онеспособљења-редефинисање;
- Виђено као дио проблема, не солуције;
- Проширивање услуга заједнице иза медицинског;
- Скупоћа и дестабилизација здравственог и социјалног система;
- Конфликт између НВО и професионалаца из институција;
- Онеспособљавање.

Питања по којима се може уочити разлика између медицинског и социјалног модела инвалидности

Медицински модел:

1. Можете ли да кажете шта није у реду са Вама?
2. Шта је што узрокује Ваше проблеме за држање, хватање или обртање предмета?
3. Имате ли потешкоћа у споразумјевању са људима због проблема са слухом?
4. Имате ли неки ожигљак, озљеду или деформитет који ограничава Ваше дневне активности?
5. Да ли сте похађали неку специјалну школу због дугорочније болести или проблема инвалидности?
6. Да ли Ваш здравствени проблем /инвалидитет условљава Ваш живот са родбином или неком другом особом која се брине о Вама?
7. Да ли сте се преселили овдје због Вашег здравственог проблема/ инвалидности?
8. Колико Вам је тешко да сами одете до најближег комшилука?
9. Да ли Вас Ваш проблем/инвалидност спрјечава да излазите онолико често колико би сте жељели?
10. Да ли Ваш здравствени проблем утиче на Ваш посао на било који начин?

Социјални модел:

1. Можете ли да кажете шта није у реду са Вашим друштвом?
2. Шта је то код свакодневних предмета, као нпр. флаша, тегли или лименки што Вам представља проблем да их држите, окрећете, отворате?
3. Да ли то што имате проблеме са разумјевањем других људи долази од самих људи који не знају да комуницирају са Вама?
4. Да ли људске реакције на Ваш недостатак, ожиљак или деформитет који имате ограничавају Ваше свакодневне активности?
5. Да ли сте похађали неку специјалну школу због закона о школству који људе са инвалидитетом као што је Ваш шаљу у такве школе?
6. Да ли су услуге у Вашем друштву толико лоше да морате да се ослањате на Ваше рођаке, како би сте добили одговарајућу помоћ?
7. Какве непогодности у вашем домаћинству су Вас натјерале да се преселите овдје?
8. Које су то потешкоће или недостаци у Вашој средини који Вас спутавају да дођете до Вашег најближег комшилука?
9. Постоје ли неки финансијски или транспортни проблеми који Вас спречавају да излазите онолико често колико би сте хтјели?
10. Да ли имате проблем на послу због физичке околине или односа других према Вама?

ТАБЕЛА СУПРОТНОСТИ

МЕДИЦИНСКИ МОДЕЛ	СОЦИЈАЛНИ МОДЕЛ
Пацијент	Корисник
Дотјерују вас да се уклапате у средину	Мјењате животно окружење
Признаје се само стручност професионалаца који нису особе са инвалидитетом	Стручност и искуство самих особа са инвалидитетом
Милосрђе	Права
Институције	Самосталан живот/ локална заједница
Болесни људи о којима се брине	Људи којима је потрена асистенција
Изљечени и рехабилитовани	Самостални и укључени
Пасивна зависност	Активни грађанин
Одлуке доносе умјесто вас	Самоодрђење
Услуге којима руководе не-инвалидни професионалци	Услуге контролисане од стране корисника

Без политичке активности/ свијести	Подизање свијести, заступање, подршка међу особама са инвалидитетом
Жртва	Особа која има права
Издвајање	Учешће
Изолација	Укључивање
Ми знамо шта је најбоље за вас	Ми знамо шта је најбоље за нас
Да ли она/ он пије кафу са шећером?!	Не, хвала, не пијем слатку кафу!!

САМОСТАЛАН ЖИВОТ И СЛУЖБЕ ПОДРШКЕ У ЗАЈЕДНИЦИ

Дефиниција самосталаног живота:

„Самосталан живот подразумијева могућност избора у одређењу начина живота и контролу над личним животом. „ Агнес Флачер

„Самосталан живот особа са инвалидитетом не значи физички самостално обављање свакодневних активности, већ подразумијева да особа са инвалидитетом има избор, да самостално доноси одлуке о свом животу, бира начин задовољавања својих потреба које сам најбоље познаје, контролише спровођење својих одлука и избора, да сноси пуну одговорност за своје одлуке и учињени избор, али дакао и остали људи имају право на грешку“ Гордана Рајков, Центар за самосталан живот Београд.

Први центар за самосталан живот настао је у Америци 1972 године као израз воље студената са инвалидитетом да им се омогуће једнака права као и другим студентима. Ови центри промовишу социјални модел што се јасно види из сљедећег примјера: „Цијелог сам живота учила да није битно колико ми времена треба да нешто урадим (попут личне хигијене, облачења и слично) већ да то сама урадим.“ Ово је филозофија медицинског приступа. Филозофија Центра за самосталан живот је „Није битно да сама урадим, већ да донесем одлуку ко ће то урадити за тебе и да имаш контролу како је урађено“.

Центри су се постепено ширили по Америци али и Европи и 1989. године у Европском парламенту Стразбуру долази преко 80 особа са инвалидитетом из 20 земаља на конференцију о персоналној помоћи. У току те конференције основана је Европска мрежа за самосталан живот. Основана је да скрене пажњу на слабо учешће особа са тежим облицима инвалидитета у политици особа са инвалидитетом као и у организацијама особа са инвалидитетом.

„Самостална живот је филозофија и покрет људи са инвалидитетом који раде на једнаким могућностима, самопоштовању и самоопредјелењу. Самосталан живот не сматра да особе са инвалидитетом не требају никог и да можемо живјети у изолацији. Самосталан живот значи да ми желимо једнаку контролу и једнаке изборе у самосталном животу које наша неинвалидна браћа и сестре, комшије и пријатељи узимају здраво за готово. Желимо да одрастамо у својим породицама, да идемо у школу у свом мјесту у којем живимо, да користимо исте аутобусе, да обављамо послове који су у складу са нашим образовањем и способностима. И најважније, као и сви други ми треба да управљамо својим животима, да размишљамо и говоримо за себе“.

Кључне ријечи за самосталан живот су:

- право на избор,
- право на одлуку,
- право на контролу,
- право на одговорност и

- право на грешку.

Предуслови за остварење самосталног живота су:

- могућност добијања релевантних информација,
- могућност размјене искустава са другим особама са инвалидитетом,
- постојање приступачног транспорта,
- приступачно становање,
- приступачне службе подршке,
- архитектонска приступачност,
- приступ комуникацијама,
- сервиси персоналне асистенције,
- здравствени, образовне сервиси и приступ запошљавању.

Додатни сервиси за особе са инвалидитетом:

Здравствене службе и права:

Физикална медицина: За дјецу се услуге физикалне медицине пружају у Заводу за физикалну медицину и рехабилитацију „др Мирослав Зотовић“, услуге за одрасле физикалног третмана се могу добити у оквиру Дома здравља или Центра за рехабилитацију који је дио Завода за физикалну медицину и рехабилитацију „др Мирослав Зотовић“ у кругу хирургије. Овај вид услуга постоји и у приватном сектору али се до сада ниједна приватна амбуланта није значајно истакла осим Центра за изокинетичка мјерења "SYK", који нуди рехабилитацију циљану на поједине мишиће па је интересантнија за рехабилитацију након повреде и за особе са ампутацијом него за остале видове инвалидитета.

КБЦ пружа услуге за проблеме са видом и слухом у домену дијагностике, контроле и превентиве.

ОРЛ у оквиру свог рада пружају стоматолошке услуге особама са инвалидитетом, иако та ординација још увијек није званично почела са радом

Посебан сегмент чине услуге набавке ортопедских помагала. Потврду о ортопедском помагалу дају специјалисти ортопедије или физикалне медицине. Фонд здравственог осигурања РС издаје Каталог помагала могућих за набавити путем Фонда. Честа је замка за родитеље или саме особе са инвалидитетом набавка помагала која им се препоручују ван здравственог система и они тада обично купују их сами не знајући да их редовно могу добити у оквиру система Здравствене заштите.

Осигурана лица ослобођена личног учешћа:

1. Слијепа лица прве категорије,
2. Лица старија од 65 година,
3. Ратни војни инвалиди и породице погинулих бораца,
4. Лица обољела од прогресивних мишићних и неуромишићних обољења, церебралне парализе, склерозе мултиплекс, и сва лица у стању параплегије и квадриплегије,
5. Лица обољела од менталних болести која могу да угрозе себе и околину,
6. Друга лица која су обољела од тешких болести (дијабетеса, малигних обољења, туберкулозе, заразних болести, бубрежних болести) под одређеним условима.

Образовне услуге:

Републички педагошки завод има **мобилни тим** који се може укључити за помоћ особљу у редовној школи коју дијете са инвалидитетом похађа.

Предшколска установа и Бањалуци има **вртић за дјецу са посебним потребама** у који се укључују дјеца са комбинованим сметњама.

У РС постоје специјализоване школе и центри за особе са инвалидитетом које су наведене у адресару.

Услуге социјалне заштите:

- **Туђа нега и помоћ** - у износу 41,00 КМ, реализује се путем Центра за социјални рад, љекари требају упутити на специјалистичке прегледе и са налазима који нису старији од шест мјесеци и здравственим картоном се пацијент упућује у Центар за социјални рад..
- **Право на похађање специјалне школе** и боравак у њој до краја средње школе, реализује се путем Центра за социјални рад, а на основу специјалистичких налаза које користи комисија за разврставање.
- **Право на подршку у току студија**, укључује трошкове смјештаја, исхране, књига и превоза до факултета, реализује се путем Центра за социјални рад
- **Право на превоз у школу** ако се не користи право на смјештај, реализује се путем центра за социјални рад.
- **Услуге дефектолошког савјетовалишта** које ради у оквиру Савеза дефектолога РС,
- Подршка у запошљавању - пилот пројекти у неким Центрима за социјални рад,
- **Право на персоналну асистенцију**-за сада само у Бањалуци, Овај вид подршке посебно је дефинисан у Правили бр. 4 Стандардних правила УН-а за изједначавање могућности за особе са инвалидитетом. Појам персоналног асистента подразумева једну особу која пружа помоћ једној особи са инвалидитетом. Ова услуга се пружа према специфичним индивидуалним потребама сваког корисника појединачно. То подразумева да корисник одређује вријеме и мјесто гдје му се пружа услуга. Асистент помаже на начин како тој особи највише одговара, а не на начин који је научен као опште правило. Очекује се развијање сличних служби у другим Центрима а на основу закона о социјалној заштити који је у припреми.
- Центар за социјални рад Бањалука, Приједор и Требиње имају развијене помоћне **Центре** као што су **Дневни боравци** у којима пружају додатне услуге према индивидуалним потребама. У овим Центрима се добијају и услуге које нису специфициране стриктно законом а службеници у сарадњи са породицом процјене да постоји потреба. У Бањалуци већ годину дана ради **Дневни боравак за одрасла ментално недовољно развијена лица**.

Услуге при запошљавању:

Самозапошљавање - стимулација самозапошљавања се може реализовати путем Фонда за запошљавање особа са инвалидитетом који има сједиште у Приједору,

Помоћ за запошљавање ОСИ преко Завода за запошљавање - одвија се кроз сарадњу предузећа и Завода за запошљавање а стимулаци се крећу око 1.500,00 КМ које добија директно послодавац,

Право на бенефицирани радни стаж - реализује се посебном доплатом за коју детаљне информације може дати Фонд пензионог осигурања,

Радни центар - за оне који немају довољно преостале способности за рад у отвореној привреди за сада ниједан није отворен.

УСЛУГЕ ПЕРСОНАЛНЕ АСИСТЕНЦИЈЕ, ЊИХОВ ЗНАЧАЈ И РАЗВОЈ У ГРАДУ БАЊА ЛУКА

Шта је персонална асистенција?

Пружање помоћи особи са инвалидитетом за обављање активности које не може без асистенције другог лица у свакодневном животу. Асистенција подразумијева да једна особа пружа помоћ једној особи на начин, мјесто и вријеме на који корисник одреди као послодавац.

Обука асистента

Посао асистента може обављати особа која се кратко обучи о потребама особа са инвалидитетом као што је основно знање о помагалима, социјални модел инвалидности како заштити своје здравље у раду са клијентима. Са сваким новим клијентом ће се морати обучити за његове специфичне потребе.

Ово је посао који је улази у интиму клијента и мора постојати однос поштовања и уважавања између клијента и асистента.

За квалитет рада асистента одговоран је клијент тј. особа којој помаже јер она мора објаснити своје потребе, водити евиденцију о сатима рада, поштовати права асистента као радника као би обезбједила одговарајући квалитет услуге. Зато је важно да клијент бира сам асистента.

Тренинг корисника

Да би услуге персоналне асистенције биле што квалитетније пожељно је да се организују тренинзи за кориснике асистенције, Тренинзи треба да обухватају социјални модел инвалидности, самосталан живот особа са инвалидитетом, комуникацијске способности, знања потребна о начину управљања услугом и начину запошљавања асистента.

Начини организовања и исплате за персоналну асистенцију у развијеним земљама

Ова врста услуга је у Европским земљама започела се примјењивати још од седамдесетих година. У првим годинама се односила само на помоћ у кући и пружале су је приватне агенције. Касније је покрет особа са инвалидитетом тражио да се услуге прошире и укључе активности социјалног карактера.

Постоје два модела плаћања за потребе персоналне асистенције директни и индиректни. Индиректни модел подразумијева да се плаћање за услуге обавља преко посредничких агенција, а да корисник начин и вријеме договора са агенцијом или невладином организацијом. Директни начин подразумијева да корисник добива новац и сам бира асистента и обавља плаћање, тј склапа уговор, уплаћује осигурање и доприносе.

Готово у свим земљама Европе је у првој фази плаћање услуга било преко приватних агенција. Плаћање услуга је од старне локалне управе, а на основу процјене социјалног радника. Контрола услуга се редовно врши и у неким земљама се два пута годишње ревидира план потреба. Углавном се у свим земљама започело са индиректним моделом плаћања преко агенција а тек крајем деведесетих се прелази на директно плаћање у неким земљама. У неким земљама се још увијек плаћа максимално 40 сати недељно (Финска, Шпанија, Белгија). Јачањем покрета за независан живот се започело са организовањем услуга преко корисничких организација. Ово је веома важна фаза јер тек тада корисници преузимају контролу над услугама које имају за циљ „побољшање квалитета живота“. Данас је све присутније директно плаћање и корисници могу сами запошљавати директно асистенте. Врло често се запошљавају студенти и они који нису заинтересовани за радни однос. То знатно утиче на лош квалитет услуге. Цијене сата услуге се крећу до 21 ЕУР и у ту цијену улазе трошкови обуке, нето сат, порези, трошкови организовања рада. Нпр. 3,5 ЕУР се користи за организационе трошкове и трошкове обуке.

Финансирање ових услуга углавном је регулисано законима о социјалним услугама и долази из социјалних фондова. Финансирање је недовољно посебно за оне који требају помоћ двадесет четири сата. У неким земљама (Велика Британија) постоји више различитих Фондова за финансирање персоналне асистенције овисно о степену потреба.

Искуства у Бањалуци

Развој услуге је покренут са пројектом Реформе система социјалне заштите који је имплементирао ИБХИ заједно са Министарством здравља и социјалне заштите и градском управом Бањалука.

И дио Подизање свијести корисника и јавности

Пројекат је започео 2003. године У партнерству између Хуманитарне организације „Партнер“, Удружења дистрофичара Бањалука и Центра за социјални рад Бањалука и укључили смо 18 корисника. Дванаест корисника је било преко 18 година и шест корисника су била дјеца која иду у школу у оквиру Завода за рехабилитацију и физикалну медицину „др. Мирослав Зотовић“. **Основне активности** су биле:

1. Организовање превоза и асистенције за дјецу у школи,
2. Едукација родитеља, асистената и корисника,
3. Исплата новчаних давања корисницима,
4. Представљање пројекта јавности,
5. Социјалне активности

Резултати шесто мјесечног пројекта:

1. Двоје дјеце је почело долазити у школу без пратње родитеља,
2. Родитељи, асистенти и корисници су прошли 18 радионица у којима су упознати са поставкама самосталног живота, радили на јачању способности комуникације и оснаживању личности. Одабрана фокус група је **направила план за наредни пројекат** што је знатно утицало на основни предуслов а то је управљање промјенама за задовољавање потреба корисника.
3. Корисници су на крају пројекта констатовали да им је осим новца потребна и услуга коју би плаћали са тим новцем и да генерално новац није повећао ниво њихове укључености,
4. Пројекат је представљан јавности путем свих медија најмање једном мјесечно,
5. Организована је прослава 8. марта и излет.

Препреке: Изразита везаност чланова породице за кориснике која утиче да корисници немају могућност избора и стварају се везе унутар чланова породице које су више на корист оних који су „здрави“ него корисника.

II Учење како користити асистенте

Партнерство између Хуманитарне организације „Партнер“, Удружења дистрофичара Бањалука, Центра за социјални рад Бањалука и Удружење студената социјалног рада.

Друга фаза пројекта је укључила следеће **активности**:

1. Услуге превоза са посебним возилом за дјецу и одрасле,
2. Услуге помоћи у кући за жене и мушкарце коју живе сами,
3. Услуге за обављање основне хигијене, набаве и социјалних активности,
4. Радионице за кориснике и асистенте,
5. Подизање свијести о појму асистенције и потребама.

Резултати:

1. Стекла се навика за коришћење превоза и у току пројекта превоз је користило тридесет особа са инвалидитетом и њихови пратиоци,

2. Жене су постале активне у организацији и учествују у свим активностима, осјећају промјену у понашању породице према њима,
3. Нова група корисника је прошла радионице тако да је радионице водио психолог а да су чланови фокус групе партнери на радионицама.
4. Сваки мјесец су припремани чланци о пројекту и прилози на електронским медијима.

Препреке:

1. Утврдили смо да је волонтеризам за пружање персоналне асистенције неадекватан јер волонтери који су спремни да проводе вријеме на радионицама, дружењима и слично, немају снагу ни спремност да помажу у обављању основних физиолошких активности, Са друге стране корисници желе особе којима је то посао и од којих могу очекивати максималан степен одговорности.
2. Повезаност унутар породице и пасивност корисника,

III дио Повезивање невладиног сектора са системом социјалне заштите на локалном нивоу

Партнерство између Хуманитарне организације „Партнер“ и Центра за социјални рад Бањалука започиње се са активностима од јуна 2005. године и настављају до данас.

Активности:

1. Настављамо са помоћи у кући и персоналном асистенцијом, али сада клијент утврђује број сати заједно са социјалним радником.
2. Услуга превоза дјеце у школу постаје обавеза Завода за физикалну медицину и рехабилитацију“ др. Мирослав Зотовић“,
3. Центар за социјални рад Бањалука ради на процјени броја корисника (30%одброја лица која примају туђу његу и помоћ) и утврђује стандарде за помоћ у кући, персоналну асистенцију и кућну његу.

Резултати:

1. Припрема се одлука на нивоу града Бањалука за финансирање ових услуга која је усвојена 2007. године.
2. Укључују се Црвени крст, Удружење дистрофичара Бањалука и Регионални Савез слијепих Бањалука.
3. Утврђујемо систем праћења квалитета услуга.
4. Услугу у октобру 2007 године прима 108 корисника од 20 до 120 сати мјесечно. Центар за социјални рад плаћа преко Удружења која пружају услуге а дио услуга партиципирају и сами корисници. (нпр трошкове горива за превоз или сате асистенције које додатно желе)

Укупан систем асистенције је базиран на три елемента:

- новчана средства загарантована Законом о социјалној заштити (која нису довољна за оне који потпуно зависе од туђе његе и помоћи) ,
- додатне услуге преко Удружења корисника,
- учешће породице.

Постоје могућности да се асистенција на послу покрива средствима из Фонда за радно оспособљавање и запошљавање инвалида РС (на основу члана 44. важећег закона) али нико до сада није поднео захтјев.

**Резултати истраживања обављеног у мају, 2007 године у Центру за социјални рад
Бањалука на узорку од 50 корисника**

Корисници услуга персоналне асистенције у 92% случаја су особе између 26 и 65 година. То је период живота када је особа запослена, ствара породицу и има значајан обим социјалних активности, али и обавеза. У прилог нашем истраживању су и резултати истраживања у Србији гдје је 61% корисника у овој старосној граници.

Евидентирано је да двије трећине испитаника чине жене, па смо направили додатни увид у спискове свих корисника да би потврдили да ли је то податак релевантан за свих 82 корисника. Тај податак јесте релевантан за тјелесне инвалиде, али не и за слијепе. Тиме закључујемо да је помоћ у кући потребнија женама са тјелесним инвалидитетом, док се слијепе жене могу те послове саме обављати.

Није уобичајен процентуални састав корисника персоналне асистенције по степену образовања. 19 испитаника или 38% су завршили вишу или високу школу, док у укупној популацији особа са инвалидитетом, знатно је мањи број високообразованих (према истраживањима Лазор и Нешић 12,4%). Истраживање, „Цена самосталности“ о корисницима персоналне асистенције, потврђује да су то већим дијелом (38%) образоване особе са инвалидитетом. Ово упућује да виши степен образовања захтјева већу социјализацију корисника и већу упућеност на персоналну асистенцију. Подаци о школовању показују да осим редовног школовања постоји и интересовање за ванредно школовање. Ова појава је од 2000. године изражена у нашој средини. Старији грађани се ванредно школују на високим школама, а видимо да се и особе са инвалидитетом укључују. Корисници персоналне асистенције теже самосталном животу, јер 15 (30%) живи у својим становима, а двадесет четворо је у подстанарском односу што је 48%.

Степен запослености показује да је још увијек присутан традиционалан став да особе са инвалидитетом не треба да раде или ако раде да требају рано отићи у пензију. Када упоредимо да је само 3 испитаника или (6%) преко 65 година, а 36 (72%) је незапослено тј. у пензији, видимо да је тврдња о традиционалним ставовима тачна. Истраживања у Србији су показала да 73% незапослено или у пензији. Сматрамо да је проценат запослених увећан и због тога што је 40% испитаника било из Завода дистрофичара, гдје је већина корисника – станара запослено у Заводу. Пораст интересовања за самосталан живот потврђује чињеница да само 11 испитаника или 22% живи са родитељима. Ови подаци говоре и да је у порасту стварање сопствене породице код тежих инвалида јер 44% или 22 испитаника има сопствену породицу. Упоредна истраживања у Србији показују да сопствене породице има 18% испитаника.

Фреквенција излазака показује да ће све више асистенција бити неопходна управо у овом дијелу социјализације, јер су други предуслови, као што је приступ ортопедским помагалима и архитектонска приступачност у Бањалуци, значајно испуњене. Анализа питања о припадности Удружењима је показала да се особе са инвалидитетом највише укључују у удружења намјењена за њих и политичке партије. Друга врста удружења као што су стручна, културна и слично још увијек нису сфера њихових интересовања.

Рангирање критерија за квалитет је показало да су најважнији критерији: услуга на вријеме, уредност асистента, однос са поштовањем, могућност избора асистента и могућност промјене асистента. Корисници нису сматрали важним да остваре контакт са асистентима као пријатељима, што је у корелацији са исказаним већим степеном друштвеног живота. Такођер, корисници сматрају да могу сами упознати асистента са својим помагалом, потребама и да им није потребна посебна обука и нема потреба да носе униформе. Критичне тачке у одговорима се односе на одговорност за квантитет и квалитет рада асистента који корисници уопште не увиђају и чињеница да нису спремни партиципирати за услугу. Они који не могу или не желе да се баве свим стварима сами имају корист од организованих сервиса асистенције. Питање везано за

партиципирање кроз храну је постављено, јер смо сматрали да је наша традиција да госта понудим храном. Само 2% корисника је рангирала питање међу позитивним критеријима, 50% није га рангирало и 48% је рангирало као небитно.

Закључак:

Корисници персоналне асистенције су претежно између 26 и 65 година, са израженом жељом за самосталношћу и повећаним социјалним животом у односу на традиционално искуључење особа са инвалидитетом. Њихов образовни ниво је већина са средњом стручном спремом и тенденцијом за наставком школовања и потребом запошљавања било да се ради о сталном послу или повременом. **За најважније особине асистента сматрају:** услуга на вријеме, асистенти чисти и уредни, однос са асистентом са узајамним поштовањем, спремни су да асистента обуче за своје потребе, желе да сами бирају асистента али и да им се призна право на грешку и да могућност замјене. Не сматрају важним да асистент носи униформу, али и не увиђају одговорност за квалитет рада јер нису заинтересовани да воде сатницу за асистента. Не желе да асистенти имају личну иницијативу и не морају бити обучени прије доласка код њих. Корисници немају интересовање да партиципирају у плаћању услуге, чак ни у традиционалном смислу, да када они једу њихови асистенти једу са њима. 48% испитаника је то сматрало изузетно неважним, а 50% није дало уопште одговор на ово питање.

У будућем планирању услуге:

1. Посебну пажњу треба усмјерити у дијелу потребе за асистенцијом у социјалним активностима.

2. Неопходно је наставити рад кроз психосоцијалне радионице и радионице о самосталном животу са корисницима, како би разумјели своју обавезу и одговорност за квантитет и квалитет рада.

3. Потребно је утицати на свијест корисника о партиципацији у услугама, јер је модел финансирања туђе његе и помоћи - персоналне асистенције сада комбинација новца и услуге, а претпоставка је да ће се све више развијати модели подршке који ће бити усмјерени прије свега на новчана давања.

ТЕСТ ЗА УТВРЂИВАЊЕ СТЕПЕНА АКТИВНОСТИ САМОСТАЛНОГ ЖИВОТА (АСЖ) ЗА ОСОБЕ СА ТЈЕЛЕСНИМ ИНВАЛИДИТЕТОМ И СТАРА ЛИЦА

Бартхел индекс АСЖ користи се за објективно процјењивање физичких могућности за обављање активности свакодневног живота.

Овај индекс се користи за процјену:

- Шта корисник са инвалидитетом ради,
- Да се установи степен независности,
- Која је потребна физичка или вербална помоћ,
- Посматрање може се вршити дан два или у сарадњи са корисником и медицинским особљем краће,
- Овај тест се може користити и за оцјену радне способности,
- Овај тест се највише користи ради успоређивости способности особа са инвалидитетом.

Бартхел индекси имају следећа значења овисности:

0-4	Потпуна,
5-12	Тешка,
13-18	Умјерена,
19	Мала,
20	Никаква

Активност

1. Велика нужда

- 0 - нема контроле, потребан лаксатив
- 1- повремено (нпр. Једном недељно)
- 2-има контролу

2. Мала нужда

- 0 - неконтролише, потребна катетеризација, неспособан за самостано извођење катетеризације,
- 1 - повремено нема контроле, највише једном у 24 сата,
- 2- контролира мокрење, континентан

3. Свакодневно одржавање хигијене

- 0- потребна помоћ друге особе,
- 1 - неовисан у њези зобу, лица, при бријању и слично уз евентуална помагала
- 2 – неовисан

4. Кориштење тоалета

- 0 - овисан,
- 1 - потребна извјесна помоћ а нешто може урадити сам,
- 2 - неовисан (скидање, брисање, облачење)

5. Храњење

- 0 - неспособан
- 1 - потребна помоћ за резање, мазање....
- 2 - неовисан, ако може досегнути храну.

6. Трансфер

- 0 - неспособан, нема баланса при сједењу,
- 1 - потребна велика помоћ 1 до 2 особа за сједење
- 2 - потребна мала помоћ за сједење (физичка или вербална).

7. Покретљивост

- 0 - непокретан,
- 1 - неовисан у колицима,
- 2 - хода уз физичку или вербалну помоћ једне особа,
- 3 - неовисан, може користити неко помагало (штап, штаке).

8. Облачење

- 0 - овисан о туђој помоћи
- 1 - потребна помоћ, а нешто може урадити сам
- 2 - неовисан.

9. Степенице

- 0 - неспособан,
- 1 - потребна физичка или вербална помоћ, а нешто може урадити сам,
- 2 - неовисан

10. Купање

- 0 - овисан о помоћи
- 1 - неовисан

ФОРМУЛАР ЗА ОЦЈЕНУ АКТИВНОСТИ САМОСТАЛНОГ ЖИВОТА

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ КОРИСНИКА: _____

АДРЕСА: _____

МАТИЧНИ БРОЈ: _____

	АКТИВНОСТ	БОДОВИ
1.	Велика нужда 0 - нема контроле, потребан лаксатив 1- повремено (нпр. Једном недељно) 2-има контролу	
2.	Мала нужда 0 - неконтролише, потребна катетеризација, неспособан за самостано извођење катетеризације, 1 - повремено нема контроле, највише једном у 24 сата, 2- контролира мокрење, континентан	
3.	Свакодневно одржавање хигијене 0- потребна помоћ друге особе, 1 - неовисан у њези зобу, лица, при бријању и слично уз евентуална помагала, 2- неовисан	
4.	Кориштење тоалета 0 - овисан, 1 - потребна извјесна помоћ а нешто може урадити сам, 2 - неовисан (скидање, брисање, облачење)	
5.	Храњење 0 - неспособан 1 - потребна помоћ за резање, мазање.... 2 - неовисан, ако може досегнути храну.	
6.	Трансфер 0 - неспособан, нема баланса при сједењу, 1 - потребна велика помоћ 1 до 2 особа за сједење 2 - потребна мала помоћ за сједење (физичка или вербална).	
7.	Покретљивост 0 - непокретан, 1 - неовисан у колицима, 2 - хода уз физичку или вербалну помоћ једне особа, 3 - неовисан, може користити неко помагало (штап, штаке).	
8.	Облачење 0 - овисан о туђој помоћи	

	1 - потребна помоћ, а нешто може урадити сам 2 - неовисан.	
9.	Степенице 0 - неспособан, 1 - потребна физичка или вербална помоћ, а нешто може урадити сам, 2 - неовисан	
10.	Купање 0 - овисан о помоћи 1 - неовисан	
	УКУПНО БОДОВИ – КАТЕГОРИЈА	

Оцјену извршио/ла: _____

Корисник: _____

Кориштени лјекарски налази:

Датум: _____

БОДОВНА ЛИСТА ЗА ПРОЦЈЕНУ И ФОРМИРАЊЕ ЛИСТЕ КОРИСНИКА ЗА ПЕРСОНАЛНУ АСИСТЕНЦИЈУ

1. **Потребу - 50%** бодова, што значи да ако поставимо да укупан број бодова може бити 50. Процјена у прилогу је баждарена на 48 бодова.

	0 ПОЕНА	1 ПОЕН	2 ПОЕНА	3 ПОЕНА	4 ПОЕНА	УКУПНО
1.Покретљивост	Ходе без помоћи	Ходе користећи два штапа	Ходе уз помоћ 1 особе	Ходе уз помоћ 2 особе	Не може да хода	0 1 2 3 4
2. Лична хигијена	Не треба помоћ	Потребна подршка	Помоћ једне особе	Помоћ двије особе	Посебне потребе	0 1 2 3 4
3. Купање	Без помоћи	Потребна мала помоћ	Уз помоћ једне особе	Уз помоћ двије особе	Не може се купати	0 1 2 3 4
4.Облачење	Облачи се без помоћи	Са вербалном подршком	Уз помоћ једне особе	Уз помоћ двије особе	Не сарађује	0 1 2 3 4
5. Контрола бешике или сфинктера	Потпуна контрола	Потребно подсјећање	Дјелимична контрола	Нема контролу	Катетер	0 1 2 3 4
6. Исхрана	Једе самостално	Потребна посебна дијета или олакшице	Вербална подршка	Дјелимична подршка	Неко мора да га / је храни	0 1 2 3 4
7. Спавање	Спава добро	Потребни лијекови	Неуморан / на	Потребан неко да бдије	Потребно окретање	0 1 2 3 4
8. Вид и слух	Нормалан	Носи наочаре Добро чује уз помагало	Лоше види и са наочарима Блажи губитак слуха	Дјелимично види Тежи губитак слуха	Регистрован као слијепа особа Потпуно глува особа	0 1 2 3 4
9. Комуникација и памћење	Вербално изражава потребе, разумије	Неке вербалне потешкоће или повремено губитак памћења	Не користи вербалну комуникацију	Веома тешко	Нема комуникације или трајно изгубљена функција памћења	0 1 2 3 4

10. Дисајни проблеми	Нормално	Након напрезања	Обично је без даха	Користи кисеоник	Кисеоник нон-стоп	0 1 2 3 4
11. Спремање obroка и одржавање хигијене стана	Самостално	Само основно	Потребна мала помоћ	Не умије да куха или Поспрема друга особа	Не може да куха Нико не поспрема и не може сам/а	0 1 2 3 4
12. Социјална интеграција и куповина	Самосталан /на	У оквиру породице	Ријетко потребна помоћ	Често потребни савјети	Потребна друга особа	0 1 2 3 4

12

* код комбинованих сметњи подвлачи се примарна сметња

2. **Социјална улога** (запослена или незапослена особа, пензионер, ученик, корисник колица, потпуно слијепо лице, мајка, дијете или омладинац са родитељима, да ли су унутар породице радно способне особе и да ли је помагач истог пола, нпр. син који помаже мајци и слично). 20% или 20 бодова максимално може бити социјална улога,

Ранг	Опис	Бодови
1.	Мајка, потпуно зависна од туђе његе и помоћи, самохрана или са другим родитељем који није радно способан, Особа живи сама,	20 -17
2.	Мајка дјелимично зависна од туђе његе, и помоћи, потпуно сљепа особа у улози домаћице-домаћина, самохрана мајка или са другим родитељем који није радно способан	17-14
3.	Мушкарац живи сам дјелимично зависан од туђе његе и помоћи	14-11
	Одрасла особа са старим родитељима	11-9
4.	Дјете или омладинац потпуно зависан од туђе његе и помоћи са родитељима радно способним, али су запослени или имају још дјеце са инвалидитетом, одрасле особе	9-7
5.	Дјете или омладинац потпуно завистан од туђе његе или помоћи оба родитеља раде	7-5
6.	Дјете или омладинац потпуно завистан од туђе његе или помоћи школује један родитељ је слободан	5-3
8.	Дјете или омладинац непохађа школу или неради, један родитељ ради	3-2
9.	Дјете или омладинац непохађа школу оба радно способна раде	2-1
		14

3. **Социјални статус** 20% или 20 бодова,

Према законском концензусу минимална примања су 41,00 КМ по особи ово треба бити и основ за 20 бодова:

Ранг	Висина приманја по члану по КМ	Број бодова
1.	41-61	20
2.	61-81	19
3.	81-101	18
4.	101-121	17
5.	121-141	16
6.	141-161	15
7.	161-181	14
8.	181-201	13
9.	201-221	12
10.	221-241	11
11.	241-261	10
12.	261-281	9
13.	281-301	8
14.	301-321	7
15.	321-341	6
16.	341-361	5
17.	361-381	4
18.	381-401	3
19.	401-421	2
20.	421 и више	1
		1

4. Остали елементи 10% или 10 бодова.

Остали елементи могу бити услови становања, поремећени односи у породици, друга обољења у породици и слично, а сваки може вриједити 2 бода.

РАЗЛИЧИТОСТ ИНВАЛИДНОСТИ

Психомоторни развој подразумева синхронизовани тријас сазријевања тј. моторно, интелектуално и емоционално сазријевање, и све те димензије се међусобно условљавају у функцији и развоју, а у укупном сазријевању су нераздвојива цјелина.

Често се ипак поставља питање која димензија у развоју је примарна односно базична у односу на остале. Ми заступамо став да је кретање основа сваког функционисања живог бића, па је и развој моторике основа цјелокупног психомоторног развоја. У том смислу су и емоционални и интелектуални (когнитивни) развој условљени базичним моторним развојем, али је и сам моторни развој директно завистан од степена емоционалне зрелости и квалитета когнитивног функционисања.

Сазријевање у односу на моторику манифестује се кроз: сазријевање тонуса, сазријевање рефлекса, сазријевање постуралних реакција, сазријевање базичних моторних образаца, као и сазријевање диференцираних активних покрета.

Психомоторни развој:

1. **Развој базичних активних покрета** (прости, сложени и моторни обрасци)
2. **Развој диференцираних активних покрета** (координација, окулomotorна координација и праксија)
3. **Развој перцептивних способности**
4. **Развој интелектуалних способности**
5. **Развој гласовне комуникације**
6. **Емоционални развој и социјализација**

Болест – Оштећење – Инвалидитет – Хендикеп

Болест - значајна када постаје иреверзибилан процес тј. када произведе оштећење, инвалидитет или хендикеп.

Оштећење - сваки губитак или неправилност психолошке, физиолошке или анатомске структуре или функције.

Инвалидитет - свако ограничење или смањење (које произилази из оштећења) способности извођења неке активности на начин или унутар распона који се сматра нормалним за људско биће.

Основна разлика коју морамо направити између оштећења и инвалидитета јесте у томе што се оштећење односи на поједине дијелове тијела и њихове функције, док се инвалидитет односи на цјелокупну психофизичку структуру човјека и на немогућност дјеловања јединке у њеној свеобухватности. Дакле, инвалидитет јесте смањен учинак јединке који произилази из насталог оштећења које јединку погађа парцијално.

Разлика између оштећења и инвалидитета се најочигледније може објаснити следећим примјером: Недостатак малог прста лијеве руке код учитеља неће изазвати појаву инвалидности јер он и даље функционише у својој цјеловитости, док исто такво оштећење код професионалног виолинисте производи инвалидитет са свим личним и друштвеним посљедицама које из тога слиједе.

Хендикеп - социјални феномен јер се јавља као посљедица друштвене процјене о могућностима функционисања дате особе, те као такав у мањој мјери зависи од објективног стања ствари.

Примјер: Лака ментална ретардација; особа са истим коефицијентом интелигенције добијеним на психолошком тесту може да задовољи социјална потраживања у некој руралној и примитивној средини, док неће бити у стању да те исте захтјеве задовољи у високо урбаном, па тиме и социјално захтјевнијим срединама. Дакле, оваква особа у првој средини неће имати хендикеп проузрокован

оштећењем интелектуалних функција, док ће се у другој средини тај хендикеп манифестовати у пуној мјери.

Према томе, хендикеп може, али и не мора да се јави као посљедица оштећења или инвалидитета, па све оне особе које су имале успјешну социјалну интеграцију након насталог оштећења и инвалидитета не можемо сматрати хендикепираним.

Класификација оштећења

1. Оштећење интелекта

- оштећење интелигенције
- оштећење меморије
- оштећење мишљења
- друга оштећења интелекта

2. Друга психолошка оштећења

- оштећења свијести и будности
- оштећења перцепције и пажње
- оштећење емотивних и вољних функција
- оштећења начина понашања

3. Оштећења говорног језика

- оштећења функција говорног језика
- оштећење говора

4. Оштећења уха

- оштећења слушне осјетљивости
- друга оштећења слуха и уха

5. Оштећења ока

- оштећења оштрине вида
- друга оштећења вида и ока

6. Висцерална оштећења

- оштећења унутрашњих органа
- оштећења других специјалних функција

7. Оштећења скелета

- оштећења регија главе и трупа
- механичка и моторичка оштећења екстремитета
- недостаци екстремитета

8. Изобличавајућа оштећења

- изобличења регија главе и трупа
- изобличења екстремитета
- друга изобличавајућа оштећења

9. Генерализована, осјетилна и друга оштећења

- генерализована оштећења

- оштећења осјетила
- друга оштећења

Оштећења се могу сматрати компатибилним са свим гранама специјалне едукације и рехабилитације.

Међународне класификације*
www.who.int/classifications/network/en/

- Classification of diseases (ICD)
- Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- Classification of Health Interventions (ICHI)
- ICIDH-2
- CHECK LIST (Page 14)

*Усвојене 22.01.2001. од стране Генералне скупштине Свјетске здравствене организације (WHO).

Међународна класификација болести
десета ревизија МКД-10

Група VI: Болести нервног система (Г00-Г09)

- Запаљенске болести ЦНС (менингитис, енцефалитис)
- Системске атрофије ЦНС (атрофија мишића кичмено-мождинског поријекла)
- Ванпирамидна обољења и поремећаји кретања
- Друге дегенеративне болести НС
- Демијелинизирајуће болести ЦНС
- Повремени поремећаји и пароксизмални поремећаји (епилепсија)
- Поремећаји нерава, коренова и снопова
- Обољења више живаца и други поремећаји периферног НС
- Болести нервно-мишићних веза и болести мишића
- Мождана парализа и други синдроми парализе (дјечија церебрална парализа)
- Друга обољења нервног система (хидроцефалус)

Група XIII: Болести мишићно-коштаног система и везивног ткива (M00-M99)

- Обољења зглобова узрокована инфекцијама
- Запаљенске полиартропатије
- Дегенеративна обољења зглобова и др.
- Системска обољења везивног ткива
- Дорзопатије
- Обољења кичме и др.
- Обољења мишића и сл.

ICF

1. Функције организма (8 група)

- Менталне функције
- Сензорне функције и бол
- Функције гласа и ријечи
- Функције срца, крви, имуног и дисајног система
- Функције ендокриног система и метаболизма
- Урогениталне и репродуктивне функције
- Неуромишићне и скелетне функције
- Функције коже

2. Структура организма (8 група)

3. Активности и партиципација (8 група)

- Учење и примјена знања
- Генерална питања
- Комуникација
- Мобилност
- Самосталан живот
- Домаћи живот
- Интерперсоналне интеракција и релације
- Главне области живота
- Заједница, социјални и друштвени живот

4. Фактори окружења

- Производња и технологија
- Природно окружење
- Установе
- Службе, административни системи и политика