

Problemy prawno-społeczne w przedmiocie orzekania o niepełnosprawności u osób neuroróżnorodnych

Wstęp

Prawna ochrona zdrowia psychicznego nieuchronnie musi pozostawać w związkach z tzw. administracją świadczącą, będącą skądinąd rezultatem twórczej myśli E. Forsthoffa. W latach 30. XX w. oznaczało ono, najogólniej rzecz biorąc, troskę o sprawy bytowe¹.

Koncepcja ta oczywiście ewoluowała z biegiem czasu. Współcześnie pojęcie to obejmuje dwie sfery działań administracji publicznej – świadczeń materialnych i niematerialnych. Pierwsza jest związana z zapewnieniem minimum materialnych warunków życia w społeczeństwie, druga obejmuje zaś m.in. świadczenia z zakresu publicznej opieki zdrowotnej².

Kolejne zagadnienie stanowi system ochrony zdrowia, obejmujący od strony funkcjonalnej zorganizowany i skoordynowany zespół działań zdrowotnych, nastawiony na realizację świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych w celu zabezpieczenia i poprawy zdrowia jednostek oraz zbiorowości. Od strony instytucjonalnej będzie to zaś ogół podmiotów i instytucji powołanych do organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Na system ochrony zdrowia składają się ponadto³:

– sfera opieki zdrowotnej (medycyna lecznicza, która obejmuje działania z zakresu indywidualnej prewencji, leczenia, naprawy, rehabilitacji, wzmocnienia zdrowia, jak również opiekę terminalną);

* Dr Przemysław Charzewski, Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy, Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych; ORCID: 0000-0003-3760-7992.

¹ E. Forsthoff, *Die Verwaltung als Leistungstraeger*, Stuttgart–Berlin 1938, [za:] D. Cendrowicz, *O współczesnym zakresie znaczeniowym pojęcia administracji świadczącej w nauce prawa administracyjnego*, [w:] W. Jakimowicz (red.), *Aktualność pojęć prawa administracyjnego*, Warszawa 2021, s. 191.

² J. Boć, *Sfery ingerencji administracji*, [w:] J. Boć (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2004, s. 366-367.

³ H. Izdebski, *Rozdział wstępny*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 33-34.

– sfera ochrony zdrowia (działania na rzecz zdrowia, które są realizowane zarówno przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego, jak i przez służby medyczne i inne sektory życia społeczno-gospodarczego, odpowiadające za stwarzanie właściwych warunków zdrowotnych).

Z kolei w zakresie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego na gruncie prawa publicznego występuje pewien problem, ponieważ ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie definiuje tego pojęcia, wskazując jedynie na podmioty odpowiedzialne i działania przez nie podejmowane.

Nie ulega jednak wątpliwości, że przedmiot ustawy obejmuje m.in. działania podejmowane wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Wśród tych ostatnich, zgodnie z art. 3 ust. 1 u.o.z.p., wyróżnia się:

- osoby chore psychicznie,
- osoby upośledzone umysłowo,
- osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

1. Neuroróżnorodność/neuroatypowość i zagadnienia powiązane

Neuroróżnorodność/neuroatypowość to pojęcia tradycyjnie odnoszone do autyzmu (dziś mówi się o spektrum autyzmu – P. Ch.)⁴. Z czasem jednak zaczęto rozszerzać ich treść m.in. na osoby z ADHD, zaburzeniami osobowości typu *borderline*, a nawet z dysleksją.

„Neuroróżnorodność” (ang. *neurodiversity*) to termin stworzony w 1998 r. przez będącą w spektrum autyzmu socjolog Judy Singer. Oznacza on nieograniczoną zmienność funkcjonowania neurokognitywnego u ludzi. Stanowi też zaprzeczenie istnienia jednego normalnego/właściwego typu mózgu czy osoby. Wyraża też swego rodzaju „walkę” osób neurodywergentnych o możliwość prowadzenia w tym świecie życia na takich samych prawach jak osoby, u których nie stwierdza się podobnych odmienności (w świetle norm społeczno-kulturowych). Co za tym idzie, osoby neuroróżnorodne też mają prawo do tego, by ich

⁴ Zob. np. E. Furgau, *Neuroróżnorodni. Jak zmieniło się myślenie o autyzmie?*, „Znak” 2019, nr 766, s. 22-27.

potrzeby były respektowane⁵, tak jak respektuje się dzisiaj np. prawa mniejszości religijnych czy seksualnych.

Należy też zwrócić uwagę, że w odniesieniu do osób w spektrum autyzmu nadal trwa dyskusja, czy należy to „leczyć” jak chorobę, czy też zaakceptować jako formę różnorodności. Stanowisko tzw. zwolenników interwencji często bywa rażące dla środowisk skupiających osoby w spektrum autyzmu, choć z drugiej strony medyczna/terapeutyczna interwencja bywa korzystna dla poprawy jakości życia, a w niektórych przypadkach jest wręcz nieunikniona. W związku z tym sprawdza się rozwiązanie łączące oba podejścia, tj. naturalistyczne interwencje rozwojowe i behawioralne (NDBI – Naturalistic Developmental Behavioral Interventions). W ogólności można powiedzieć, że chodzi o behawioralną zasadę pozytywnego wzmocnienia, która przyjmuje prawdopodobieństwo powtórzenia przez kogoś zachowania, które doprowadziło do pozytywnych konsekwencji. Unika się jednak „mechanizowania człowieka”, a kładzie się nacisk na osobiste preferencje, opinie i relacje społeczne⁶. Krótko mówiąc, idea jest taka, że ingeruje się tylko tam, gdzie to bezwzględnie konieczne dla poprawy jakości życia, a równocześnie wspiera się daną osobę w poznawaniu siebie i rozwijaniu mocnych stron – np. wąskich talentów (osoby neuroróżnorodne często miewają różne problemy adaptacyjne, jednak równocześnie dysponują – tu każda indywidualnie – jakimś szczególnie rozwiniętym/podatnym na rozwój obszarem).

Obecnie również w Polsce zaczyna się dostrzegać, że osoby neuroróżnorodne to nie tylko „wyzwania związane z dostosowywaniem warunków pracy i dodatkowymi kosztami”, ale realny kapitał społeczny, w który warto inwestować. Jak podaje M. Wiater, „Aktualne wyniki badań potwierdzają, że zatrudnienie autystów [osób w spektrum autyzmu – P. Ch.] może wspierać konkurencyjność organizacji, przy czym wymaga odpowiedniego dostosowania warunków pracy, stylu zarządzania i sposobu komunikacji do ich potrzeb”⁷. J. Rola wskazywał zaś, że wysoka jakość życia doświadczana jest wtedy, gdy zaspakajane są podstawowe potrzeby jednostki oraz ma ona takie same możliwości samorealizacji jak inni⁸.

⁵ A. Potter, *Neurodiversity and Accessibility*, „Alki: The Washington Library Association Journal” 2023, vol. 39, nr 1, s. 2.

⁶ K.Sch. Rachel, D.M. Tagavi *et al.*, *Neurodiversity and Autism Intervention: Reconciling Perspectives Through a Naturalistic Developmental Behavioral Intervention Framework*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2022, nr 52, s. 4625 i 4630.

⁷ M. Wiater, *Innowacje społeczne w obszarze neuroróżnorodności*, „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów” 2022, nr 64 (2), s. 37. Autorka podaje nie tylko dane liczbowe, ale także przytacza przykłady organizacji zatrudniających w Polsce osoby w spektrum autyzmu – w tym we Wrocławiu.

⁸ J. Rola, *Współczesne podejście do problemu obecności depresji i zaburzeń zdrowia psychicznego u osób upośledzonych umysłowo*, „Psychiatria Polska” 2007, t. XVI, nr 2, s. 212.

2. Prawna ochrona zdrowia psychicznego w Polsce

Tradycyjnie, jak to bywa przy zagadnieniach związanych z ochroną zdrowia w sektorze publicznym, rozważania należy zacząć od art. 68 ust. 1-5 Konstytucji RP, stanowiącego, że:

- każdy ma prawo do ochrony zdrowia;
- obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa;
- władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku;
- władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska;
- władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Kluczowe znaczenie w przedmiocie poruszanego tematu będą miały jednak ust. 1-3. Konstytucjonaliści R. Balicki i M. Jabłoński zauważyli, że wykonywanie dość ogólnie sformułowanego w ust. 1 prawa do ochrony zdrowia wydaje się pozostawać niezależne od jakichkolwiek kryteriów. To zaś powoduje wątpliwości związane z tym, że mamy przecież z jednej strony osoby pracujące i ubezpieczone, a z drugiej nieprzynależące do tej grupy/niespełniające tych przesłanek. Tymczasem jednak brzmienie wspomnianego przepisu sugeruje zdaniem autorów takie same prawa do korzystania z finansowania pochodzącego z funduszy publicznych zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla nieubezpieczonych⁹. W. Skrzydło zwracał jednak uwagę, że z jednej strony mamy dostęp do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej gwarantowany każdemu, z drugiej jednak szczegółowe warunki i zakres dostępu do wspomnianych świadczeń określa ustawa¹⁰, co znaczyłoby tyle, że nie dla każdego musi być to dostęp na takich samych warunkach. Potwierdza to zresztą przyjęta już od wielu lat praktyka (w szczególności właśnie przy podziale na ubezpieczonych i nieubezpieczonych).

Trafność wskazanej myśli znajduje swoje potwierdzenie u R. Kubiaka, który zauważa, że z art. 68 Konstytucji RP nie można wyprowadzać wniosku o bezpłatności wszystkich świadczeń zdrowotnych dostępnych dla beneficjen-

⁹ J. Boć (red.), *Konstytucje Rzeczypospolitej Polskiej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 r.*, Wrocław 1998, s. 126.

¹⁰ W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Kraków 2002, s. 82-83.

tów. Ustawodawca może bowiem różnicować skalę odpłatności poszczególnych świadczeń, pod warunkiem jednak, że wskaże precyzyjnie koszyk świadczeń gwarantowanych¹¹.

Przechodząc do ochrony zdrowia psychicznego, należy zaznaczyć, że stanowi ona jeden z istotnych elementów systemu ochrony zdrowia¹². Podkreślenia też wymaga, że pozostaje ona pod szczególną ochroną państwa, czego przejawem jest m.in. obowiązek uchwalania w drodze rozporządzeń narodowych planów ochrony zdrowia psychicznego, co ma swoją podstawę w dyspozycji art. 2 u.o.z.p.¹³ Jako ostatni obowiązywał Narodowy Plan Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022¹⁴. Nowego jeszcze nie uchwalono.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego wykonują zgodnie z art. 1 ust. 1-2 u.o.z.p.:

- co do zasady organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane;
- fakultatywnie stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne.

W zakresie ust. 1 trzeba zwrócić uwagę, że mimo wszystko większość zadań obligatoryjnych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego to zadania zleczone z zakresu administracji rządowej. Jak bowiem zauważa M. Dercz, ustawodawca ogólnie przedstawił przykładowe zadania ze wskazanego zakresu oraz podmioty, które miałyby je wykonywać. Nie zawarł jednak żadnych konkretów, co powoduje tzw. odpowiedzialność rozmytą. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego będą to także zadania własne, ale w większości o charakterze fakultatywnym¹⁵.

Z obligatoryjnych wymienić można zawarty w art. 6 ust. 1 u.o.z.p. obowiązek tworzenia i prowadzenia przez samorząd województwa podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, co ma mieć podstawę w potrzebach wynikłych m.in. z liczby i struktury ludności. Zgodnie zaś z art. 6a tej samej ustawy powiat organizuje

¹¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 14.

¹² P. Lenio, M. Urbaniak, *System ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] M. Urbaniak (red.), *Organizacyjne i prawne aspekty systemów ochrony zdrowia wybranych państw*, Warszawa 2019, s. 77.

¹³ *Ibidem*, s. 102-103.

¹⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, Dz. U. poz. 458.

¹⁵ M. Dercz, *Jednostki samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia – zadania wynikające z przepisów ustrojowych i wybranych przepisów materialnego prawa administracyjnego*, [w:] M. Dercz (red.), *Prawo publiczne...*, s. 149-150.

i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi (domy te są tworzone na podstawie przepisów u.p.s.).

Konkretne zadania administracji rządowej zostały wskazane m.in. w art. 7 ust. 3-4. Zgodnie z art. 7 ust. 3 u.o.z.p. minister wł. ds. oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem wł. ds. zabezpieczenia społecznego i ministrem wł. ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia warunki i sposób organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, uwzględniając potrzebę zapewnienia jakości i dostępności tych zajęć. Z kolei na podstawie ust. 4 minister wł. ds. zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem wł. ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w tych jednostkach oraz konieczność promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Wydaje się jednak, że rozwiązania te odnoszą się jedynie do osób w najbardziej skrajnych stanach. Nowy Narodowy Plan Ochrony Zdrowia Psychicznego także prawdopodobnie nie poprawiłby sytuacji, nawet gdyby został uchwalony. Wciąż byłyby to bowiem jedynie akt polityki publicznej/administracyjnej¹⁶, wymagający realizacji.

Istnieją też jednak pozytywne aspekty warte zaakcentowania. Po pierwsze, rozdział 2 ustawy wprowadził instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którego nie będę tu charakteryzował z racji znikomego znaczenia dla osób neuroróżnorodnych (raczej niewielu pacjentów neuroróżnorodnych wymaga aż hospitalizacji; przeważnie są to osoby samodzielne, gdy chodzi o zaspakajanie podstawowych potrzeb; nie należy jednak pomijać wyjątków). Niewątpliwie jednak stanowi cenne rozwiązanie, które z perspektywy prawa warto nieustannie doskonalić. Po drugie, ustawodawca przewidział udział organizacji pozarządowych w ochronie zdrowia psychicznego. Te zaś z wielkim zaangażowaniem realizują swoją misję¹⁷.

¹⁶ Zob. M. Kulesza, D. Sześciło, *Polityka administracyjna i zarządzanie publiczne*, Warszawa 2013, s. 26.

¹⁷ Zob. m.in. Stowarzyszenie Attentio, <https://attentio.org.pl/stowarzyszenie/> [dostęp 2.12.2023]; Fundacja Neuroróżnorodni, https://neuroroznorodni.pl/?page_id=1355 [dostęp 2.12.2023].

3. Prawne przesłanki orzekania o niepełnosprawności przez organy administracji publicznej w zakresie zdrowia psychicznego

Tę część rozważań trzeba poprzedzić pewnym wstępem. Mianowicie, jak już wspomniano, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt a-b u.o.z.p. wśród osób z zaburzeniami psychicznymi wyróżnia się:

- osoby chore psychicznie, tj. wykazujące zaburzenia psychotyczne;
- osoby upośledzone umysłowo;
- osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Wydaje się, że kluczowa trudność polega na tym, że ustawodawca zdefiniował jedynie pojęcie zaburzeń psychicznych, pozostawiając prawnikom (a przede wszystkim specjalistom psychiatrii/psychologii) problem rozróżniania poszczególnych, wskazanych już poziomów zaawansowania tych zaburzeń. Orzecznictwo sądowe, choć może nie jest ubogie w tym przedmiocie, nie poświęca zbyt wiele miejsca kwestiom pojęciowym/terminologicznym. W jednym z postanowień z 2016 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie wskazał, że zaprzestano używania terminu „choroba psychiczna” na rzecz „zaburzeń psychicznych”, co było podyktowane nie tylko niedookreślonością tego pierwszego oraz płynnymi granicami, ale także licznymi nieporozumieniami sąd wynikającymi. Przyjęto zatem, że powinno się mówić raczej o zaburzeniach psychicznych, przez które rozumie się wszystkie zaburzenia przebiegające z objawami psychotycznymi: omamami, urojeniami, ciężkimi zaburzeniami nastroju i emocji¹⁸. Tymczasem SN rok wcześniej dokonał wykładni przepisu art. 3 pkt 1 u.o.z.p., przyjmując, iż przez osobę z zaburzeniami psychicznymi należy rozumieć osobę chorą psychicznie z upośledzeniem umysłowym¹⁹, co nieuchronnie naraża na perturbacje wskazane przez SA w Krakowie – nie da się bowiem w sferze psychicznej ustalić ogólnej granicy, gdzie w każdym przypadku od konkretnego momentu można byłoby mówić właśnie o chorobie *sensu stricto*. We wcześniejszym orzecznictwie koresponduje z tym niejako wyrok SN z 2013 r., z treści którego można wnioskować np. o konieczności indywidualnej oceny każdego przypadku oraz niezbędności specjalistycznej

¹⁸ Postanowienie SA w Krakowie z dnia 14 marca 2016 r., II AKz 53/16, KZS 2016, nr 9, poz. 33.

¹⁹ Uchwała SN z dnia 26 lutego 2015 r., III CZP 102/14, OSNC 2015, nr 12, poz. 139.

wiedzy²⁰. Za przyjęciem takiego stanowiska przemawiają także inne przykłady z orzecznictwa sądowego²¹.

Zwróćmy uwagę na wielkie znaczenie nie tylko indywidualnego przypadku, ale nawet grupy społecznej, którą bierze się pod uwagę. Za przykład niech posłużą tu postanowienia art. 1 ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób²², który, jak orzekł SN w 2015 r., mając na uwadze uzasadnienie projektu ustawy, traktuje o zaburzeniach niebędących chorobą psychiczną, a zatem rozróżnia te dwa pojęcia²³.

Aktem prawnym poruszającym problematykę niepełnosprawności jest m.in. u.r.z.s.²⁴ Zgodnie z brzmieniem art. 2 pkt 10 przez niepełnosprawność należy rozumieć trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Ponadto na podstawie pkt 5 przez uczestnictwo w życiu społecznym należy rozumieć możliwość pełnienia ról społecznych oraz pokonywania barier, w szczególności psychologicznych, architektonicznych, urbanistycznych, transportowych i w komunikowaniu się.

Wskazane zagadnienia były także przedmiotem rozważań doktrynalnych. Zwraca tu uwagę tradycyjne podejście do tych doniosłych społecznie problemów, co wyraża się też w merytorycznych, ale zarazem dość powściągliwych wypowiedziach, jak chociażby zwracanie uwagi na to, że niepełnosprawność w potocznym rozumieniu jest równoznaczna z brakiem siły do podejmowania potencjalnych działań czy też z brakiem możliwości takiego działania. Podnosi się także niezdolność do pełnienia ról społecznych, przejawiającą się w „napotykananiu trudności, ograniczeń bądź przeszkód uniemożliwiających wykonywanie czynności życia codziennego”, w tym brak możliwości pełnego uczestnictwa

²⁰ Wyrok SN z dnia 5 kwietnia 2013 r., III CSK 228/12, OSNC-ZD 2013, nr 4, poz. 82: „Dokonanie wykładni art. 12 § 1 k.r.o. poprzez wskazanie definicji innego zaburzenia psychicznego zrównanego z pojęciem choroby psychicznej nie jest możliwe, bowiem w każdym wypadku ustalenie istnienia zaburzenia psychicznego w postaci konkretnej jednostki chorobowej, jej skutków i rokowań na przyszłość oraz wpływu na małżeństwo i potomstwo musi być dokonane in casu na podstawie zebranego materiału dowodowego, a zwłaszcza opinii biegłych z zakresu psychiatrii, niezbędnej z uwagi na konieczność wiadomości specjalnych”.

²¹ Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 18 grudnia 2006 r., IV SA/GI 811/05, LEX nr 884603; wyrok WSA w Gliwicach z dnia 2 lipca 2009 r., IV SA/GI 26/09, LEX nr 644342.

²² Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1689.

²³ Postanowienie SN z dnia 16 kwietnia 2015 r., I CSK 825/14, LEX nr 1677120.

²⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100 ze zm.

w życiu społecznym w zakresie danej roli – np. ucznia, pracownika. Ponadto jako tradycyjny element niepełnosprawności postrzega się w pewnym sensie niezdolność do pracy, choć jedno z drugim nie musi być powiązane. Można być bowiem osobą niezdolną do pracy, a zatem niepełnosprawną, ale także można być osobą niepełnosprawną, ale zdolną do pracy (stanowisko M. Paluszkiewicz)²⁵. Tym samym wydaje się, że przynajmniej częściowej dezaktualizacji ulega wspomniany pogląd potoczny – i słusznie, ponieważ kwestia ta w miarę postępów w zakresie psychiatrii i psychologii jest coraz mniej zero-jedynkowa.

Za trafny należy uznać pogląd M. Paluszkiewicz, że ustawodawca nie postrzega niezdolności do wykonywania ról społecznych jako czegoś nieustającego, co przeczyłoby sensowi rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Przyczyny tych niezdolności mają zaś leżeć w stałym lub długotrwałym naruszeniu sprawności organizmu²⁶.

Przywołana autorka jest także zdania, że definicja niepełnosprawności na gruncie u.r.z.s. jest niepełna, ponieważ uwzględnia głównie medyczny, ale już niekoniecznie społeczny/biopsychospołeczny punkt widzenia. Tymczasem, jak zaznacza, niepełnosprawność to aktualnie problem całego społeczeństwa²⁷. Za M. Paluszkiewicz warto także zwrócić uwagę na lit. e preambuły Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Zgodnie z jej brzmieniem: „niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym. [...] niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowych, które utrudniają tym osobom pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami”²⁸. Z takiego ujęcia można w pewnym sensie wysnuć wniosek, że niepełnosprawnym można kogoś także czynić. W prawie krajowym mamy też Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych, gdzie w świetle § 1 osoby niepełnosprawne definiuje się jako osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych²⁹.

Z kolei zgodnie z § 32 ust. 1 pkt 1 i 2 r.o.n.s.n. przy kwalifikowaniu do znacznego, umiarkowanego i lekkiego stopnia niepełnosprawności bierze się pod uwa-

²⁵ M. Paluszkiewicz, *Komentarz do art. 2*, [w:] M. Włodarczyk (red.), *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Komentarz*, Warszawa 2015, LEX.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ M. Paluszkiewicz, *Komentarz do art. 2*, [w:] E. Bielak-Jomaa et al. (red.), *Rehabilitacja zawodowa i społeczna oraz zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami. Komentarz*, Warszawa 2023, LEX.

²⁸ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 ze zm.

²⁹ Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, M. P. Nr 50, poz. 475.

gę zakres naruszenia sprawności organizmu spowodowany przez upośledzenie umysłowe co najmniej w stopniu umiarkowanym, jak również choroby psychiczne. Wśród tych ostatnich prawodawca wyróżnił zaburzenia psychotyczne, zaburzenia nastroju, począwszy od zaburzeń o umiarkowanym stopniu nasilenia, utrwalone zaburzenia lękowe o znacznym stopniu nasilenia, zespoły otępienne.

Osobnym problemem praktycznym mogą być poszczególne międzynarodowe klasyfikacje chorób i problemów zdrowotnych, na podstawie których dokonuje się diagnoz w poszczególnych placówkach. W dodatku mają one tendencje do zmienności. Aktualnie stosuje się przede wszystkim klasyfikacje DSM-5 (w Polsce niewiążąca, ale w praktyce stosowana, obejmuje problemy dotyczące zdrowia psychicznego) oraz dominującą w praktyce, ale formalnie już nieobowiązującą ICD-10 (obejmuje wszelkie możliwe dysfunkcje na płaszczyźnie zdrowotnej). Stosowanie tej ostatniej należałoby uważać na ten moment jedynie za czasowe, gdyż od 1 stycznia 2022 r. obowiązuje już nowa klasyfikacja ICD-11 (Polska ma kilka lat na jej wdrożenie). Zagadnienie to jest problematyczne o tyle, że do niedawna jeszcze obie te klasyfikacje (DSM/ICD) miały się między sobą mocno różnić w przedmiocie zdrowia psychicznego. W ostatnim czasie miano zaś je bardziej ujednoclić (rezultaty widać m.in. na gruncie ICD-11)³⁰.

Przykładowo, wg klasyfikacji DSM-5 spektrum autyzmu czy ADHD zalicza się do zaburzeń neurorozwojowych³¹, a w świetle klasyfikacji ICD-10 odpowiednio do zaburzeń rozwoju psychicznego oraz zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym³². Klasyfikacja ICD-11 jest w tej chwili dostępna jedynie w kilku językach obcych, w tym

³⁰ Zob. FiRR Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, <https://firr.org.pl/od-stycznia-2022-zmiany-w-klasyfikacji-chorob-czym-icd-11-rozni-sie-od-icd-10/> [dostęp 27.10.2023].

³¹ P. Gałecki *et al.* (red.), *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Wrocław 2018, s. 35: „Do zaburzeń neurorozwojowych należy grupa stanów zaczynających się w okresie rozwoju, zwykle na wczesnym jego etapie, często w wieku przedszkolnym. Grupa ta charakteryzuje się rozwojem deficytów, które prowadzą do upośledzenia funkcjonowania w życiu osobistym, społecznym, szkolnym oraz zawodowym. Różny jest zakres tych deficytów – od bardzo wybiórczych ograniczeń uczenia się lub kontroli czynności wykonawczych do całościowego upośledzenia umiejętności społecznych lub inteligencji. Zaburzenia neurorozwojowe często współwystępują, np. spektrum zaburzenia autystycznego nierzadko towarzyszy niepełnosprawność intelektualna (zaburzenie rozwoju intelektualnego), a zaburzeniu z deficytem uwagi i nadaktywnością (ADHD) – specyficzne zaburzenie uczenia się. W obrazie klinicznym niektórych zaburzeń obserwuje się zarówno pewne objawy nadmiarowości, jak i deficyty oraz opóźnienia dotyczące osiągania oczekiwanych, kolejnych etapów rozwoju. Na przykład: spektrum zaburzenia autystycznego rozpoznaje się tylko pod warunkiem stwierdzenia charakterystycznych deficytów komunikacji społecznej z towarzyszącymi nadmiernie powtarzającymi się zachowaniami, ograniczeniem zainteresowań oraz przesadną potrzebą niezmienności”.

³² ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012, s. 248 i 250.

angielskim. Widać w niej jednak nawiązania do systematyki DSM-5, co wyraża się chociażby w przyporządkowaniu spektrum autyzmu czy ADHD do zaburzeń neurorozwojowych ujętych w szerszą grupę zaburzeń psychicznych, behawioralnych lub neurorozwojowych³³. Klasyfikacja ICD-11 ma być też w swoich założeniach mniej stygmatyzująca.

Pozostaje wreszcie pytanie o standardy w zakresie kwalifikowania do poszczególnych stopni niepełnosprawności (u osób powyżej 16. roku życia), takich jak – zaczynając od najpoważniejszego – stopień znaczny, stopień umiarkowany oraz stopień lekki.

Przepis § 29 ust. 1 r.o.n.s.n. stanowi, że standardy w zakresie orzekania o znacznym stopniu niepełnosprawności przewidują następujące kryteria:

- 1) niezdolność do pracy, co oznacza całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej z powodu fizycznego, psychicznego lub umysłowego naruszenia sprawności organizmu;
- 2) konieczność sprawowania opieki, co oznacza całkowitą zależność osoby od otoczenia, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ułatwiania kontaktów ze środowiskiem;
- 3) konieczność udzielania pomocy, w tym również w pełnieniu ról społecznych, co oznacza zależność osoby od otoczenia, polegającą na udzieleniu wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, współdziałania w procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji oraz w pełnieniu ról społecznych właściwych dla każdego człowieka, zależnych od wieku, płci, czynników społecznych i kulturowych.

W dalszej kolejności występuje stopień umiarkowany. W § 30 r.o.n.s.n. przewidziano dwa następujące kryteria:

- 1) czasową pomoc w pełnieniu ról społecznych, co oznacza konieczność udzielenia pomocy, o której mowa w § 29 ust. 1 pkt 3 r.o.n.s.n., w okresach wynikających ze stanu zdrowia;
- 2) częściową pomoc w pełnieniu ról społecznych, co oznacza wystąpienie co najmniej jednej okoliczności, o których mowa w § 29 ust. 1 pkt 3 r.o.n.s.n.

W ostatniej kolejności pozostało scharakteryzować stopień lekki. Stanowiący o nim § 31 przewiduje następujące kryteria:

- 1) istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, co oznacza naruszoną sprawność organizmu powodującą ograniczenia w wykonywaniu pracy zarobkowej znacznie obniżającą wydajność pracy na danym stanowisku

³³ ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [dostęp 27.10.2023].

- w porównaniu do wydajności, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną;
- 2) ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, co oznacza trudności doświadczane przez osobę zainteresowaną w relacjach z otoczeniem i środowiskiem według przyjętych norm społecznych jako skutek naruszonej sprawności organizmu.

Podsumowanie

W przypadku spektrum autyzmu obserwuje się dysfunkcje zarówno od strony neurologicznej, jak i psychicznej. Jako przykłady można podać zaburzenia odbioru i przetwarzania bodźców sensorycznych, co wprawdzie stanowi obszar właściwy neurologii, ale już zaburzenia związane z tzw. teorią umysłu mają charakter poznawczy, dotyczą więc sfery psychicznej³⁴.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) stanowi stan kliniczny, któremu towarzyszy upośledzenie funkcjonowania w wielu dziedzinach, powodując problemy w nauce, zaburzone relacje z bliskimi, trudności społeczne i występowanie różnych problematycznych zachowań. Do niedawna jeszcze był też utożsamiany głównie z dziećmi³⁵.

Osoby neuroróżnorodne nie są grupą jednolitą. Nie ma dwóch takich samych osób ze spektrum autyzmu czy ADHD (inne możliwe zaburzenia pomijam). Orzekanie o niepełnosprawności ma tymczasem bardzo sformalizowany przebieg. To zaś, czego nie widać gołym okiem, w praktyce niezbyt długiego posiedzenia składu orzekającego o niepełnosprawności traktowane bywa jak nieistniejące.

Jedną z podstawowych trudności wydaje się duże zróżnicowanie wśród osób neuroróżnorodnych. Tymczasem przyjęło się raczej, że jeżeli mierzy się czyjąś niepełnosprawność, to jest ona namacalna i szybko dostrzegalna. Tym samym wiele osób z autentycznymi problemami nie zawsze jest poważnie traktowanych, a ich diagnozy są postrzegane nieufnie, a nawet bywają lekceważone jako niemające pokrycia w rzeczywistości.

Zwróćmy też uwagę na kompetencje osób zasiadających w składach orzekających o niepełnosprawności. Przepis § 18 ust. 1 r.o.n.s.n. stanowi, że członkami

³⁴ Synapsis. Fundacja dla dzieci i dorosłych z autyzmem, *Informacje praktyczne*: <https://synapsis.org.pl/autyzm/informacje-praktyczne/> [dostęp 27.10.2023].

³⁵ P. Brudkiewicz, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) u dorosłych*: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/74504,zespol-nadpobudliwosci-psychoruchowej-z-deficytem-uwagi-adhd-u-doroslych> [dostęp 27.10.2023].

zarówno powiatowego, jak i wojewódzkiego zespołu są przewodniczący, sekretarze, lekarze, psycholodzy, pedagodzy, doradcy zawodowi i pracownicy socjalni. Takie ujęcie nie przesądza jednak o znajomości wszystkich aktualnych wyzwań związanych z medycyną. Zatem dla dobra pacjentów warto zastanowić się nad poprawą tego stanu rzeczy. Do tej pory bowiem zdarzają się lekarze psychiatrzy, których stan wiedzy zatrzymał się na latach 90. XX w. To zresztą tylko przykład.

Wskazane obawy umacniają również normy zawarte w przepisach § 20 r.o.n.s.n., traktujące o ocenie stanu zdrowia przez członków powiatowego i wojewódzkiego zespołu w ramach specjalizacji. Spójrzmy na przykład psychologa, który ma sporządzać ocenę na podstawie następujących kryteriów (§ 20 pkt 2 ppkt a-f r.o.n.s.n.):

– występowanie dysfunkcji psychicznych warunkujących trudności w samodzielnym funkcjonowaniu, z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie procesów poznawczych oraz emocjonalno-motywacyjnych;

- poziom inteligencji;
- zaburzenia zachowania werbalnego oraz ruchowego;
- zaburzenia w interakcjach interpersonalnych;
- poziom krytycyzmu i samokrytycyzmu;
- występowanie ograniczeń, odpowiednio do wieku, w zakresie umiejętności przystosowawczych, z uwzględnieniem: zdolności do samoobsługi, samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb i społecznienia.

Na pierwszy rzut oka laikowi może się wydawać, że wszystko jest w porządku. Kryteria sprawiają wrażenie wyczerpujących. Problem jest jednak *stricte* praktyczny, a dotyczy choćby samej dysproporcji czasowej między obserwacją składu orzekającego a tym, ile faktycznie trwa sam proces diagnozy np. spektrum autyzmu w normalnych warunkach. Dokonanie takiej diagnozy to nawet kilka dwugodzinnych spotkań z profesjonalnym diagnostą (w sumie ok. 6-8 godzin spotkań³⁶). Tymczasem skład orzekający ma, pisząc w pewnym uproszczeniu, dokumentację medyczną i w przybliżeniu ok. godziny obserwacji/wywiadu w ramach posiedzenia.

³⁶ Zob. np. Ginemedia, *Diagnostyka autyzmu*: <https://ginemedia.pl/diagnostyka-autyzmu/> [dostęp 3.12.2023]. Do zamieszczonego na stronie pytania dot. przebiegu diagnostyki zaburzeń spektrum autyzmu jest następująca odpowiedź: „Diagnostyka zaburzeń spektrum autyzmu opiera się na przeprowadzeniu 3-4 spotkań z dzieckiem lub osobą dorosłą, podczas których przeprowadzana jest obserwacja z wykorzystaniem protokołu ADOS-2. Narzędzie to obejmuje zestaw prób prowokujących badaną osobę do określonych zachowań społecznych, co umożliwia obserwowanie jej w trakcie naturalnie przebiegającej obserwacji. Zestaw testów pozwala sprawdzić zachowania pacjenta pod kątem komunikacji i interakcji społecznych, zabawy i wyobraźni czy zachowań stereotypowych. W rękach specjalisty jest to złoty standard pozwalający na ocenę objawów autyzmu i ukierunkowanie dalszej terapii”.

Do tego dochodzi też kwestia kwalifikacji osób mogących orzekać, o czym stanowi § 21 r.o.n.s.n. Zgodnie z przepisem ust. 1 pkt 3, ppkt a i b lekarz musi posiadać prawo wykonywania zawodu oraz stosowną specjalizację. Psycholog zaś – ukończone studia magisterskie (pkt 4). Zważmy także, że na podstawie przepisu ust. 2 członkowie powiatowego i wojewódzkiego zespołu są obowiązani odbyć szkolenie zgodnie z programem opracowanym w oparciu o minima programowe i złożyć z wynikiem pozytywnym test sprawdzający w zakresie objętym szkoleniem.

Minima programowe zostały uregulowane w § 27 r.o.n.s.n. Mają one jednak w ocenie autora charakter prawoadministracyjny i nie odnoszą się w żaden sposób do aktualnej wiedzy medycznej.

Autor z satysfakcją obserwuje jednak pewien postęp dotyczący wsparcia dla osób neuro różnorodnych. Powstała bowiem nowa, szersza wobec osób niepełnosprawnych kategoria – osób ze szczególnymi potrzebami. W praktyce można ją scharakteryzować jako dotyczącą osób, które nie muszą być niepełnosprawne w ścisłym rozumieniu/nie mają orzeczenia, ale mimo to potrzebują wsparcia, choć wskazuje się, że tak naprawdę zakres osób zaliczających się do tej kategorii wykracza poza problematykę niepełnosprawności³⁷.

Pojęcie to na poziomie ustawowym wprowadziła jako pierwsza ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami³⁸, w której, w myśl art. 2 pkt 3, przez osobę ze szczególnymi potrzebami rozumie się osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami (mamy także ustawę dot. dostępności cyfrowej³⁹). W tym samym brzmieniu zostało ono przeniesione m.in. do regulaminu wsparcia osób ze szczególnymi potrzebami Collegium Witelona Uczelni Państwowej oraz Zarządzenia Rektora UW r. dot. zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami⁴⁰.

³⁷ J. Zadrozny, *Komentarz do art. 2*, [w:] K. Roszewska (red.), *Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Komentarz*, Warszawa 2023, LEX.

³⁸ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2240.

³⁹ Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych, t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1440.

⁴⁰ Zob. np. regulamin wsparcia osób ze szczególnymi potrzebami oraz wydatkowania środków z Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w Collegium Witelona Uczelni Państwowej: stanowi on w § 2 ust. 1 pkt 3, że osobą ze szczególnymi potrzebami jest taka, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przewy-

Wobec powyższego wydaje się zatem, że w sferze ochrony zdrowia psychicznego wiele jest jeszcze do zrobienia. Można jednak zaobserwować czasem wręcz rewolucyjny postęp. Ponadto wszystko wymaga czasu – tu w szczególności przemiany w zakresie społecznej mentalności.

Nie zmienia to jednak postaci rzeczy, że czasami sami przedstawiciele poszczególnych „neuroróżnorodnych społeczności” bywają przyczyną adresowanego do nich sceptycyzmu. Wydaje się jednak, że sam problem „roszczeniowości”, „chęci brania, lecz nie dawania”, to coś, co w czasach powszechnego pędu i konsumpcjonizmu wykracza daleko poza granice tematu dotyczącego neuro-różnorodności. Stąd też dobrze byłoby przytoczyć na koniec tego tekstu słowa ś.p. prof. W. Bartoszewskiego – „warto być przyzwyczajonym”.

ciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia akademickiego na zasadzie równości z innymi osobami. Przepis w pkt 4 definiuje zaś osobę z niepełnosprawnością jako taką, która posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie, o którym mowa w art. 5 i art. 62 u.r.z.s. Podobnie stanowią przepisy zarządzenia Nr 120/2022 Rektora Uniwersytetu Wrocławskiego z dnia 25 maja 2022 r. w sprawie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w Uniwersytecie Wrocławskim – tu np. brzmienie § 2 pkt 6, który również stanowi, że przez osobę ze szczególnymi potrzebami należy rozumieć taką, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

