

«Рекомендация N R (92) 6 Комитета министров государствам-членам о последовательной политике в отношении инвалидов» - принята Комитетом министров Совета Европы 9 апреля 1992 года

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ

1. ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

В основанный 9 мая 1949 года десятью государствами в качестве первой политической организации Европы с первой международной парламентской ассамблеей Совет Европы в настоящее время входят тридцать два государства-члена: Австрия/ Бельгия, Болгария, Кипр, Чехия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Литва, Лихтенштейн, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия/ Польша, Португалия, Румыния, Сан-Марино, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Турция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Эстония.

Задачей Совета Европы является достижение большего единства среди его членов с целью защиты и осуществления идеалов и принципов, являющихся их общим наследием, и содействия их экономическому и социальному развитию. Достижение этой цели входит в обязанности двух органов - Комитета Министров и Парламентской Ассамблеи, которым помогает техническая и административная структура - Секретариат.

Совет Европы имеет очень широкий круг полномочий в соответствии со своим Статусом; лишь вопросы обороны находятся за пределами его компетенции.

Его деятельность охватывает все сферы жизни Европы и отражена в большом количестве разных документов: рекомендациях и резолюциях, обращенных ко всем государствам-членам, конвенциях и соглашениях, заключаемых ими. Однако в случае, если некоторые государства желают заниматься определенным видом деятельности, в которой не все их европейские партнеры хотят участвовать, они могут заключить "частное соглашение", которое будет обязательным только для них.

Комитет по Реабилитации и Интеграции Инвалидов¹ в настоящее время состоит из экспертов от Министерства Труда/ Специального Обеспечения и Здравоохранения следующих государств-членов Совета Европы: Австрия, Бельгия, Финляндия, Франция, Германия, Италия, Люксембург/ Нидерланды, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция, Швейцария, и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии. Венгрия, Ирландия, Польша и Канада участвуют в его работе в качестве наблюдателей.

Комитет разработал общие принципы политики реабилитации и интеграции инвалидов и представил правительствам ряд конкретных рекомендаций.

По случаю Международного Года Инвалидов (1981 год) комитет счел необходимым свести воедино все принятые им резолюции с целью воплощения, среди прочих, принципов участия в жизни и самодеятельности инвалидов, которым был посвящен Международный Год. С этой целью в 1981 году был образован комитет экспертов для пересмотра и обновления различных резолюций в области реабилитации. Комитет экспертов собрался на свое первое заседание 21-23 июня 1982 года и завершил свою работу в марте 1984 года.

17 сентября 1984 года Комитет Министров принял Резолюция AP (84) 3, в которой содержится полная программа последовательной политики реабилитации, а также общие принципы, практические меры и конкретные положения этой политики.

После публикации резолюции на английском и французском языках Секретариат проконтролировал ее перевод на немецкий, голландский, итальянский, испанский и португальский языки, а также ее самое широкое распространение.

Вскоре возникла необходимость привести последовательную политику в соответствие с прогрессом, достигнутым в области реабилитации в разных странах, в частности, в соответствие с результатами работы Комитетов экспертов по специальным вопросам.

Поэтому в 1988 году Комитет по Реабилитации и Устройству Нетрудоспособных решил создать комитет экспертов для пересмотра Резолюции АР (84) 3с указанием учесть выполненную работу по подготовке не медицинского персонала, созданию технических устройств, меры социальной реабилитации лиц с умственными недостатками, положения о спорте "Европейской Хартии о Спорте для Всех: Инвалиды" и практические меры устройства на работу и социального обеспечения инвалидов.

На своей четырнадцатой сессии (Хельсинки, 11-14 июня 1991 года) Комитет по Реабилитации и Устройству Нетрудоспособных принял пересмотренный текст резолюции и представил ее для принятия специальной Конференцией Министров, отвечающей за Политику в отношении Инвалидов в соответствии с договоренностью, достигнутой на его тринадцатой сессии.

На своем первом заседании в Париже 7 и 8 ноября 1991 года, созванном по приглашению и проходившем под председательством Государственного Секретаря по делам инвалидов и пострадавших от несчастных случаев, господина Мишеля Жильберта, министры, ответственные за политику в отношении инвалидов, единогласно подтвердили необходимость принятия последовательной политики с точными целями, то есть всеобъемлющей политики, охватывающей все сферы жизни и учитывающей все этапы в развитии отдельной личности. Министры также согласились, что концепция самостоятельности инвалидов предполагает их полное участие в жизни общества и признание их права на независимость.

В заключительном заявлении Конференции Министры решили поддержать последовательную политику в отношении инвалидов и предложить Комитету Министров принять предложение Комитета по Реабилитации и Интеграции Инвалидов в качестве типового документа. Этот документ был принят в форме Рекомендации N R (92) 6 Комитетом Министров (с участием всех государств-членов Совета) 9 апреля 1992 года на 474-ом заседании Заместителей Министров.

1. ВВЕДЕНИЕ

Принцип полного участия в жизни и равенства, который побудил Организацию Объединенных Наций объявить 1981 год Международным Годом Инвалидов, расширил концепцию реабилитации, и поэтому этот принцип должен получить положенное ему место среди задач последовательной политики, в которой целям реабилитации должны соответствовать надлежащие средства и способы их достижения. Приняв эти новые направления, общество получит пользу от той активной роли, которую могут играть сами инвалиды.

1. Цели

Цели реабилитации заключаются в том, чтобы предоставить инвалидам, вне зависимости от характера и причин их инвалидности, наибольшую возможность участия в социальной и экономической жизни, а также и независимость.

Независимость для инвалида означает получение как можно более полной самостоятельности, а ее можно добиться с помощью мер, содержащихся в процессе

реабилитации. Для того, чтобы стать как можно более независимыми и больше не играть второстепенной роли в обществе, инвалид должен сам принять активное участие в его² собственной реабилитации. Эта тенденция проявляется все более и более на всех этапах процесса реабилитации. Прослеживается переход от системы реабилитации в учреждении, основанной на зависимости инвалида, к системе, при которой подчеркивается предоставление ему наибольшей независимости, вытекающей из полного признания его права быть другим человеком. Общество обязано приспособить себя для удовлетворения особых нужд инвалидов.

По современной концепции реабилитации требуется все большее участие человека в определении и выборе своего процесса реабилитации, в оценке результатов различных этапов реабилитации и в любой адаптации или модификации этого процесса.

2. Ресурсы

Технические и финансовые ресурсы и применяемые методы должны быть направлены на достижение поставленных целей.

Что касается технических ресурсов, то важно, чтобы процесс проходил ритмично, обеспечивал соответствие между установленной программой и ее осуществлением. Такое соответствие достигается общей организацией государственных учреждений, отвечающих за разработку и применение национального законодательства в области реабилитации инвалидов, а также частных учреждений, участвующих в ее осуществлении.

Подготовка персонала для работы в области реабилитации инвалидов должна основываться и развиваться на принципах интеграции инвалидов.

Что касается финансовых ресурсов, то для целей интеграции требуется слова "его", "он" и "сам" должны пониматься как относящиеся и к мужчинам, и к женщинам наличие в особенности достаточного количества таких ресурсов.

3. Методы

В национальных программах и законодательстве о реабилитации инвалидов необходимо обращать все большее внимание на профилактику и раннее лечение заболеваний, инвалидности и недостатков, а также на возможность полного участия инвалида в процессе реабилитации. В этих программах необходимо учитывать как внутренние, так и внешние факторы, воздействующие на человека и на его инвалидность.

Целью профилактики является исключение риска или ограничение последствий заболевания или инвалидности. Раннее обнаружение на систематической основе, как обязательной, так и добровольной, в соответствии с современной практикой в государствах-членах Совета, дает два преимущества:

устранение причины или причин болезни или заболевания, или противодействие им, как только они возникнут;

наиболее раннее начало процесса реабилитации соответствующих лиц.

Медицинская реабилитация является важным этапом в процессе реабилитации и должна четко координироваться с образовательными, трудовыми и другими мерами, входящими в этот процесс. Медицинская реабилитация основана на подробном диагнозе, который необходимо ставить как можно раньше, а также целом ряде способов специального лечения и надежных методах.

С помощью информационных и просветительских кампаний по реабилитации, сообщаемые населению о положении инвалидов, достигаются две цели: сообщение

информации о тех трудностях, с которыми сталкиваются инвалиды, пытаюсь узнать о своих потенциальных возможностях и получение поддержки населения работы по их дальнейшей реабилитации и интеграции.

Интеграция требует, чтобы население, учителя, друзья и знакомые и другие лица, в особенности семья инвалида, играли все более значимую роль в поддержке своими действиями усилий самого инвалида. Роль семьи особенно важна, и необходимо представлять соответствующую помощь семье, заботящейся об инвалиде.

Наем инвалидов на работу в обычную среду обеспечивает их полную интеграцию. Такому найму должна содействовать школьно-ученическая ориентация с возможной физической реабилитацией, профессиональной ориентацией и подготовкой, а также общая реабилитация. Кроме того, необходимы технические и другие меры для того, чтобы приспособить рабочие места для инвалидов.

Координация является важным элементом последовательной политики реабилитации. Ее необходимо поощрять на национальном, региональном и местном уровнях, обращая особое внимание на участие самого инвалида, его семьи и заинтересованных организаций.

Координация нужна как в отношении людей, так и вопросов политики на национальном, региональном и/или местном уровнях. Она должна обеспечить ритмичное осуществление процесса реабилитации и оптимальное использование имеющихся у общества ресурсов.

В этой связи тенденция, действующая в ряде стран, перехода от системы реабилитации в специальных учреждениях к более независимой жизни означает важное изменение в системе ухода за инвалидами.

Политика стран должна быть направлена на переход от ухода за инвалидами преимущественно в учреждениях к заботе о них вне их стен или свободные методы заботы об инвалидах. Необходим переход от специализированного ухода за инвалидами к заботе о них более общего характера, требующей в основном взаимопомощи и добровольной помощи в дополнение к необходимому профессиональному уходу. Сами инвалиды должны участвовать в процессе своей реабилитации, в руководстве обслуживанием и в процессе формирования политики.

3. РЕКОМЕНДАЦИЯ N R (92) 6 КОМИТЕТА МИНИСТРОВ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ СОВЕТА ЕВРОПЫ О ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ

(принятая Комитетом Министров 9 апреля 1992 года на 474-ом заседании Заместителей Министров)

Комитет Министров, во исполнение Статьи 15 (b) Статута Совета Европы,

Считая, что целью Совета Европы является достижение большего единства его членов с целью содействия экономическому и социальному развитию;

Считая, что эту цель можно достичь, среди прочего, путем принятия общих правил в области реабилитации инвалидов;

Считая, что в мире имеется свыше 500 миллионов инвалидов как следствие физических, умственных или сенсорных недостатков;

Признавая, что реабилитация инвалидов, в результате которой достигается их экономическая и социальная интеграция, является обязанностью общества и гарантией их человеческого достоинства и решения проблем, возникающих в этом обществе перед инвалидами, и что ее необходимо включить в первоочередную задачу любой социальной

политики/Считая, что незащищенность прав граждан инвалидов и не расширение их возможностей является нарушением человеческого достоинства и причиной тяжелого финансового бремени, в результате чего:

многие люди без всякой необходимости становятся зависимыми от других и неспособными к какой-либо экономической и социальной полезной деятельности;

средства облегчения такой зависимости часто являются только финансовыми, в то время как денежные выплаты инвалидам - это лишь один аспект любой политики в помощь инвалидам;

Учитывая, что в государствах-членах Совета законодательные органы, а также общественные и государственные деятели, в частности, через посредство неправительственных организаций, согласились усилить свою деятельность, направленную на содействие социальной интеграции инвалидов;

Имея в виду принципы, изложенные в Статье 15 Европейской Социальной Хартии, а именно, право людей с физическими и умственными недостатками на профессиональное обучение, реабилитацию и социальное устройство ;

Имея в виду Рекомендацию R (86) 18 о "Европейской Хартии о Спорте для всех: инвалиды" ;

Считая необходимым начинать всеобъемлющий и непрерывный процесс реабилитации очень рано и осуществлять его с помощью квалифицированного персонала последовательно и согласованно;

Принимая во внимание Резолюцию AP (84) 3 о последовательной политике реабилитации инвалидов, принятой в рамках Частного Соглашения в Социальной Сфере и Здравooхранении;

Принимая во внимание заключительное заявление специальной Конференции Министров, ответственных за Политику в отношении Инвалидов (Париж, 7 и 8 ноября 1991 года), предложившую Комитету Министров принять проект рекомендации, которая обновляет Резолюцию AP (84) 3 и приводит ее в соответствие с достигнутым за этот период прогрессом/Рекомендует правительствам государств-членов:

соблюдать принципы и меры, предлагаемые в Приложении к настоящей Рекомендации при разработке программ реабилитации инвалидов/обеспечить широкое распространение настоящей рекомендации среди населения и частных организаций, занимающихся реабилитацией инвалидов;

проводить периодический обзор результатов в форме некого отчета о законодательных мерах по реабилитации инвалидов, включив в него примеры конкретных достижений;

Принимает решение о замене Резолюции AP (84) 3 настоящей рекомендацией.

ПРИЛОЖЕНИЕ К РЕКОМЕНДАЦИИ

I. ОБЩАЯ ПОЛИТИКА

1. Принципы

Последовательная и глобальная политика в поддержку инвалидов и лиц, которым угрожает опасность стать инвалидами, должна быть направлена на:

профилактику или устранение инвалидности, предотвращение ее ухудшения и смягчение ее последствий:

гарантию полного и активного участия в жизни общества;

помощь инвалидам для того, чтобы они могли жить независимо, по своему желанию.

Это постоянный и динамичный процесс взаимной адаптации, с одной стороны, инвалидов, живущих по своему желанию, выбору и способностям, которые необходимо максимально развивать и, с другой стороны, общества, которое должно оказывать им свою поддержку, приняв конкретные и необходимые меры для обеспечения равенства возможностей.

2. Цели

Все люди инвалиды, или которым угрожает опасность стать ими, вне зависимости от возраста и расы, а также характера, причин, степени или "глубины" своей инвалидности, должны иметь право на индивидуальную помощь для того, чтобы иметь возможность жить соответственно своей способности и потенциалу. Посредством координации мер они должны получить возможность :

быть свободными от заболеваний и инвалидности, которых можно избежать;

не нуждаться в постоянной медицинской помощи и уходе, в иметь к ним доступ в случае необходимости;

сохранять за собой как можно большую личную ответственность за планирование и осуществление процессов реабилитации и интеграции;

осуществлять полностью свои гражданские права и иметь доступ во все учреждения и ко всем видам услуг в обществе, включая образование;

быть максимально свободными от условий жизни и ограничений в учреждениях, либо, если это неизбежно, иметь как можно больший личный выбор в пределах таких учреждений ;

иметь наибольшую экономическую независимость, в частности, наиболее квалифицированную работу и соответствующий личный доход ;

иметь минимальные средства к жизни, если нужно, то посредством социальных выплат;

иметь наибольшую мобильность, доступ в здания и транспортные средства;

иметь необходимый личный уход в месте по своему выбору;

иметь наибольшую возможность выбора и независимость, в том числе независимость от своих собственных семей, если они того пожелают;

играть полную роль в обществе и принимать участие в экономической, социальной и культурной деятельности, в проведении досуга и отдыха.

Особое внимание необходимо обратить на положение инвалидов женщин и пожилых людей.

3 . Области с участием государства

Государства должны поэтому проводить последовательную, глобальную и всеобъемлющую политику в сотрудничестве с инвалидами и организациями инвалидов и им помогающими для того, чтобы обеспечить инвалидам всю необходимую помощь. Такая политика затрагивает все сферы жизни общества и, в частности, направлена на:

профилактику и просвещение в области здравоохранения, установление заболевания и диагноз, лечение и медицинские технические средства, образование,

профессиональную ориентацию и подготовку, наем на работу,

социальную интеграцию и быт, социальную, экономическую и правовую помощь/подготовку персонала, занятого в процессе реабилитации и социальной интеграции инвалидов,

информацию,

статистику и научно-исследовательскую работу.

4. Общие указания

Для проведения в жизнь этой политики государства должны принять следующие меры:

гарантировать право инвалидов на независимую жизнь и полную интеграцию в общество и признать обязанность общества сделать это право осуществимым, признать необходимость своего участия на раннем этапе,

не допускать наступления и ухудшения заболевания, инвалидности или недостатка, исключить или уменьшить их последствия и не допускать возникновения дополнительных недостатков, таких как эмоциональное или психологическое расстройство,

разрабатывать совместно с инвалидами и его семьей программу реабилитации, включающую широкий круг постоянных и личных услуг, которые необходимо оказывать с момента проявления заболевания и продолжать последовательно через все этапы интеграции на работе и в обществе, избегая необходимости постоянного ухода в учреждении,

обеспечивать доступ к этим программам для всех нуждающихся в них инвалидов, оптимально применять методы реабилитации по возможности в учреждениях для всего населения, а при необходимости, в специализированных учреждениях и службах,

убирать по возможности все препятствия в окружении и обществе и давать возможность инвалидам жить полной жизнью,

обеспечивать инвалидам возможность получить общее или специальное образование по их потребностям,

обеспечивать инвалидам нормальный образ жизни, при необходимости посредством экономических выгод и социальных услуг,

предоставлять им возможности для проведения досуга и участия в культурной жизни,

привлекать помощь в своей работе со стороны населения, специалистов, друзей и знакомых и семей инвалидов,

развивать научные исследования в области профилактики инвалидности, реабилитации и других областях, имеющих отношение к инвалидам,

добиваться раннего и тесного сотрудничества между медицинскими учреждениями, учебными заведениями, профессионально-техническими училищами, службами занятости, социального обеспечения и другими заинтересованными организациями и властями и устанавливать связи и порядок координации между органами, ведомствами, региональными и местными властями, семьями и общественными организациями, занимающимися интеграцией инвалидов,

улучшать информацию для разработчиков политики, решения которых относительно физической и социальной среды влияют на качество жизни инвалидов,

поощрять более широкое распространение информации о правах инвалидов и оказываемых им услугах,

обеспечивать для инвалидов и их организаций полную и активную роль в содействии интересам таких людей,

организовать непрерывный процесс оценки мероприятий по реабилитации.

Далее, интеграция инвалидов - это задача не только государства, но и общества в целом и всех его членов, представителей и учреждений. Забота об инвалидах должна быть обязанностью не только семьи, друзей и соседей, но и всех членов общества, которые должны помнить о всех формах нетерпимости и которые должны осознавать, что они тоже обязаны сделать для инвалидов возможным "как можно более нормальное" участие в жизни.

Чем более общепризнанна необходимость интеграции инвалидов в общую и нормальную жизнь общества, тем лучше внешнюю помощь - обычно государственных органов - можно сосредоточить в областях, в которых "автоматическое" участие инвалидов еще невозможно. Социальное обеспечение и другие виды помощи не в состоянии заменить/ а только способствовать интеграции в общество людей, которые являются или могут стать инвалидами. В случае быстрой интеграции в результате усилий граждан и общества сокращается также объем "необходимой помощи" . Однако важно обеспечить наличие достаточных финансовых ресурсов для преодоления более трудного, чем у нормальных людей положения инвалидов.

Социальное законодательство остается тем не менее главным средством организации и поддержки самопомощи, либо организации и поощрения процессов реабилитации и интеграции. Кроме того, чем успешнее проходят интеграция и независимая жизнь инвалидов в обществе, тем больше необходимость:

координации на общегосударственном, региональном, местном и индивидуальном уровне всех усилий соответствующих структур, имеющих компетенцию в этой сфере, и информации инвалидов, их семей и всех учреждений, задействованных в интеграции, в том числе рекомендаций о том, как лучше воспользоваться имеющимися средствами обслуживания и помощи.

5. Определение терминов

5.1. Определение концепций, на которых основана эта политика, даны Всемирной Организацией Здравоохранения, а именно:

ЗАБОЛЕВАНИЕ - это любая потеря или ненормальность психической, физиологической, либо анатомической структуры или функций ;

ИНВАЛИДНОСТЬ - это любое ограничение или отсутствие (в результате заболевания) способности функционировать в порядке или в пределах, которые считаются нормальными для человека;

НЕДОСТАТОК - это невыгодное состояние для данного лица, явившееся результатом заболевания или инвалидности, которое ограничивает его, или препятствует ему выполнять роль, которая является нормальной (в зависимости от возраста, пола и социально-культурных факторов) для этого человека.

5.2. Из этого следует, что недостаток зависит от отношения между человеком и окружающей средой. Недостаток проявляется при встрече людей с культурными, материальными и социальными препятствиями, лишаящими их доступа к целому ряду услуг и возможностей, доступных для их *сограждан*. Таким образом, недостаток ведет к потере или ограничению возможности участвовать в жизни общества на равной основе с другими людьми.

5.3. Инвалиды не образуют единую группу лиц, нуждающихся в одинаковой помощи. Поэтому определения и классификации не должны приводить к отделению инвалидов от общества, либо к их исключению из возможных мер по реабилитации и интеграции, а подчеркивать их индивидуальные проблемы и перспективы и те пути,

которыми инвалиды смогут получить доступ к помощи, которая необходима для их полного участия в жизни общества.

II. ПРОФИЛАКТИКА И ПРОСВЕЩЕНИЕ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Цели

Профилактические меры нужно предпринимать как можно раньше в индивидуальной, медицинской/ рабочей и социальной сферах, а также и для улучшения окружающей среды, чтобы:

не допустить возникновения или ухудшения заболевания,
уменьшить, насколько возможно, степень инвалидности при данном заболевании,
уменьшить социальные неудобства, возникающие вследствие инвалидности.

2. Профилактика заболеваний

2.1. Для того, чтобы бороться с прямыми или косвенными причинами заболеваний, необходимо разработать стратегию действий по предотвращению несчастных случаев (которые могут произойти, например, дома, на улице, спортивной площадке, в школе и на работе) и болезней (в том числе профессиональных заболеваний, болезней, свойственных пожилым людям и т.п.) . Такие действия должны включать контроль на различных этапах в период роста, регулярный медосмотр работников, подвергающихся риску профзаболеваний, прививки и контроль за разрушающими организм болезнями.

2.2. Служба здравоохранения должна уметь поставить ранний диагноз и обеспечить своевременное лечение. В этой связи следует признать важную роль, которую играет скорая медицинская помощь при быстром и эффективном лечении травм, произошедших от несчастных случаев и по другим причинам, и обеспечить ее соответствующими финансовыми ресурсами, персоналом и специальной подготовкой.

2.3. Для профилактики врожденных болезней необходимо организовать службы генетического анализа, медосмотра и диагностики перед заключением брака, контроля за подвергающейся большому риску и нормальной беременностью, ухода за подвергающимися риску новорожденными и раннего обнаружения и диагноза заболевания, а также психического, моторного и сенсорного расстройств.

2.4. Профилактика врожденных болезней должна всегда проводиться в соответствии с этическими принципами. В частности, в случае пренатального генетического анализа и диагностики супружеские пары и беременные женщины должны получать полную информацию и консультацию об их возможностях и причинах их применения, а также и о риске, который они несут. Соответствующие консультации по вопросам генетики должны предоставить беременным женщинам полную информацию, на основе которой они свободно принимают решение относительно таких анализов, и всегда проводиться при пренатальных анализах и диагностике, но при этом не иметь характера принуждения.

3. Профилактика инвалидности

Помимо мер по обнаружению, лечению и диагностике заболеваний на ранней стадии необходимо предпринимать шаги по разработке индивидуальных и общественных программ реабилитации, включая последующую проверку и оценку, а также обеспечить необходимую поддержку граждан и их семей. В этих программах нужно учитывать, среди прочего, особое положение и проблемы каждого человека с помощью функциональной диагностики с целью предотвращения любых вторичных (эмоциональных, узнавательных, психических, моторных или социальных) последствий

заболевания посредством раннего информирования человека, его семьи и соответствующего круга общества.

4. Профилактика недостатков

Наряду с рекомендуемыми мерами по профилактике заболевания и/или инвалидности необходимо разрабатывать индивидуальные программы психосоциальной реабилитации, направленные на полное выздоровление человека. Кроме того, следует принять все необходимые и адекватные (а также обязательные для исполнения) меры, включая меры по предоставлению информации для содействия полной интеграции инвалидов в общество, среди прочих, посредством ранней интеграции в школе, специально приспособленного школьного обучения, интеграции в рабочую среду и т.п., чтобы дать им возможность жить независимо.

5. Просвещение в области здравоохранения

5.1. Просвещение в области здравоохранения должно помочь людям развивать умение принимать разумные решения относительно собственного здоровья и содержать всю информацию и просветительскую деятельность, чтобы поощрять их:

вести здоровый образ жизни;

научиться как индивидуально и коллективно сохранять здоровье и

как получать помощь в случае необходимости.

В рамках последовательной политики в отношении инвалидов просвещение в области здравоохранения граждан, населения, общества и тех членов общества, которые отвечают за принятие решений и управление, является эффективным и необходимым профилактическим средством.

5.2. Просвещение с целью профилактики заболеваний должно быть рассчитано на все население и в первую очередь на молодежь школьного возраста, то есть в период, когда дети из любых слоев общества особенно открыты и восприимчивы к простой, но эффективной информации из области здравоохранения.

Меры по отдельным проблемам должны быть направлены на конкретные группы, такие как женщины детородного возраста, супружеские пары, шоферы и пожилые люди.

Следовательно, сообщаемая информация должна соотноситься с факторами и обстоятельствами, приводящими к заболеванию, такими как:

факторы, стимулирующие врожденное уродство (химические, радиоактивные, биологическое и фармакологические вещества, инфекционные микроорганизмы),

вредные последствия для плода, а также повреждение мозга,

недостаточное развитие, определенное патологическое состояние,

риски определенного образа жизни, например, курение, пьянство,

процесс старения и

обстоятельства, которые являются причиной несчастных случаев или которые могут привести к ним.

5.3. В случае заболевания просвещение в области здравоохранения может оказаться полезным для предотвращения или ограничения инвалидности. Просвещение должно быть рассчитано на людей, страдающих от заболевания, их семьи и всех заинтересованных лиц - население в целом, а также и специалистов.

Сообщаемая информация должна включать ситуации и образ поведения, который привел к инвалидности, возможные меры, использование услуг здравоохранения и образ жизни граждан и их семей. Заболевшие пожилые люди должны узнать, что во многих случаях:

их состояние не является необратимым, если предпринять современные медицинские и психологические меры и сочетание лечебных мер и личной решимости могут изменить ситуацию.

5.4. Просвещение в области здравоохранения с целью не дать заболеванию или инвалидности стать недостатком охватывает все общество и может содействовать концепциям интеграции и реабилитации равенства возможностей участия инвалидов в жизни общества.

Просвещение должно иметь целью:

информировать инвалидов, их семьи и население в целом как и каким образом инвалидность может привести к недостаткам, и как можно недостатки предотвратить или ограничить,

удовлетворять потребности граждан в независимости и в развитии личности в повседневной жизни, на работе, в школе и на отдыхе,

содействовать формированию позиции граждан и коллектива, которые могут облегчить жизнь инвалидов,

и должно давать возможность начать диалог и укреплять солидарность между инвалидами и здоровыми людьми.

III. УСТАНОВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДИАГНОЗ

1. Установление заболевания

1.1. Необходимо проводить глубокие исследования с целью установления характера и существования следующих заболеваний:

определенных заболеваний с целью исследования их корней и *устранения потенциальных причин;*

некоторых врожденных или приобретенных расстройств с целью ослабления их последствий как можно ранее посредством лечения или операции, протезирования и ортопедических средств, либо программы реабилитации в ходе непрерывного лечебного процесса индивидуального характера/заболеваний возрастного характера с целью предотвратить наступление или усугубление и дать возможность пожилым людям оставаться независимыми как можно дольше в удовлетворительном экономическом и психологическом состоянии.

1.2. Такие исследования должны обязательно проводиться на основе периодических медицинских осмотров до и после рождения, в младенческом возрасте, в школе, до брака, до поступления на работу и во время работы и в другие периоды жизни с полным соблюдением врачебной тайны и права на личную жизнь.

1. Диагноз

Диагноз заболевания нужно ставить как можно раньше на основе достоверной личной и семейной истории болезней, лабораторных анализов и функциональной оценки точного характера и степени заболевания. Необходимо принимать меры по защите этих данных.

Обязанность постановки диагноза следует возложить на существующие профилактические медицинские службы и/или медицинские или социальные службы, созданные для диспансеризации населения.

Эти же службы должны также собирать данные медицинских осмотров, поскольку они могут оказаться полезными для выработки профилактических мер и обеспечивать конфиденциальность полученной информации.

IV. ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

1. Лечение

1.1. С целью предотвращения, ликвидации или ослабления последствий заболеваний или инвалидности, предотвращения ухудшения, либо смягчения их последствий на ранней стадии необходимо осуществить оперативную программу здравоохранения:

компетентного терапевтического, в особенности хирургического, медицинского, психологического лечения и

лечения диетой в широком комплексе скоординированных меоцижких дисциплин,

постоянного контроля за заболеванием с полным уважением прав больного, и определения наиболее подходящих современных средств выполнения программы с учетом характера и серьезности данного заболевания и инвалидности.

1.2. Необходимо предпринимать терапевтические меры на ранней стадии для наибольшего ограничения последствий заболевания так, чтобы:

восстановить и продолжить естественное развитие физических и других функциональных способностей, и

исключить или уменьшить потребность в постоянном уходе, особенно в случае пожилых людей.

1.3. Инвалиды или лица, которые могут ими стать, и их семьи должны иметь полную информацию и, по возможности, участвовать в выборе способа лечения заболевания и в выборе средств для независимой жизни

2. Медицинская помощь, медицинская и функциональная реабилитация

2.1. Политика здравоохранения должна охватывать все виды медицинской и фармацевтической помощи, в том числе медицинскую и функциональную реабилитацию.

2.2. Служба медицинской помощи должна включать общемедицинскую помощь и уход медсестры на дому и лечение в поликлинике, социальную медицинскую помощь и уход медсестры в случае физических и душевных болезней, а также лечение в больнице. Для того, чтобы инвалиды получали полную и всеобъемлющую медицинскую и психологическую помощь как в поликлинике, так и на дому взамен лечения в больнице, если их состояние это позволяет, так, чтобы улучшить качество жизни больных и чтобы они оставались в кругу семьи и обращались с друзьями.

Кроме того, необходимо предпринимать соответствующие меры социального обеспечения для людей, страдающих хроническими, ничем не подавляемыми болями.

2.3. Для обеспечения наибольшей степени реабилитации людей с определенными видами заболеваний необходимо предусмотреть соответствующее лечение и, в случае необходимости, пользоваться услугами специалистов и больниц в других странах.

2.4. Программы медицинского страхования должны предусматривать в случае инвалидности не только оплату лекарств, обычно применяемых для лечения острых, опасных и хронических заболеваний, но также и других профилактических препаратов.

2.5. Медицинская реабилитация должна включать в себя сочетание форм лечения и специализированных систем реабилитации, направленных на уменьшение последствий травм, болезней или ослабления организма и восстановление физических и психических функций.

Вне зависимости от характера и степени заболевания лечение должно включать психологическую и просветительскую поддержку, чтобы помочь адаптации к инвалидности. Конечная и главная цель - это помочь инвалидам добиться как можно большей независимости.

2.6. Функциональная реабилитация как много отраслевое сочетание методов улучшения функционального прогноза и прогноза локализованных или общих патологических последствий, приводящих к инвалидности, должна состоять из:

моторной реабилитации, при которой человек посредством физиотерапии восстанавливает функционирование затронутых мускулов и укрепляет незатронутые, и трудовой терапии, при которой восстановленная моторная способность тренируется и учитывается возможность использования технических средств, чтобы позволить инвалиду научиться производить, или восстановить, насколько возможно, все функциональные действия, необходимые для возвращения на работу, либо получения новой работы,

реабилитации способностей, необходимых для независимой жизни в обществе, речевой терапии, с помощью которой человек получает возможность восстановить и развивать коммуникационные навыки.

2.7. Реабилитация детей должна начинаться достаточно рано, чтобы они могли полностью развить свои естественные способности и, помимо функциональной реабилитации, могли получать образование, желательно в обычной школе в окружении детей того же возраста. Предпочтение по возможности нужно отдавать лечению в поликлинике. Однако если нужна госпитализация либо уход в специальном учреждении, то следует установить прочные и активные связи со школой, чтобы дети общались со своими ровесниками. Кроме того, нужно предусмотреть помощь родителям, чтобы те могли часто общаться со своими детьми.

Ребенку часто могут потребоваться как общее образование, так и специальный уход. Их нужно сочетать таким образом, чтобы облегчить переход и интеграцию в обычную школьную жизнь.

2.8. В отношении взрослых, в том числе пожилых, необходимо принимать меры, чтобы избежать госпитализации или сократить пребывание в больнице:

созданием достаточного количества специальных центров и клиник для их лечения;

предоставлением транспорта для поездок в эти учреждения и обратно ;

организацией лечения на дому, в случае если поездки в поликлинику окажутся трудными или бесполезными.

2.9. Для интеграции инвалидов на работе и в обществе необходимо обеспечить их насколько возможно обслуживанием на дому или в поликлиниках и создать соответствующие средства обслуживания. В случае неизбежности ухода в учреждение необходимо организовывать периодическое посещение больным своего дома. Еще одним способом внедрения и содействия реабилитации является создание средств передвижения и транспорта, приспособленных к особым обстоятельствам и типам инвалидности и обеспечение их наличия в достаточном количестве.

2.10. Длительного пребывания в больнице можно избежать с помощью соответствующих мер со стороны самих учреждений, государственных и общественных организаций, принимаемых для подготовки и облегчения выписки из больницы, в особенности путем установления связи:

с семьей с тем, чтобы продолжала интересоваться инвалидом;

с предпринимателем, когда инвалид может восстановиться а работу;

с квартирохозяином, чтобы инвалид не лишился жилья;

при необходимости со службой, которая может предоставить жилье ;

с теми, кто будет оказывать социальную помощь после выписки из больницы для содействия в переходный период.

Необходимо также обеспечить охрану имущества больного во время его пребывания в больнице и закрепление за ним его жилища.

2.11. После выписки из больницы необходимы меры, чтобы:

помочь семье принять (или принять назад) инвалида, чтобы тот жил с ними после выписки из больницы ;

обеспечить восстановление на работу инвалида взрослого как можно скорее ;

обеспечить устройство в обществе инвалида параллельно с продолжением его лечения, что облегчит переходный период.

2.12. Центры реабилитации должны быть как можно лучше оборудованы

для лечения и иметь персонал разных профессий, специализирующихся на реабилитации. Они должны иметь возможность заключать договора со специализированными больницами с тем, чтобы воспользоваться специальными видами ухода и лечения. Они также должны иметь возможности для:

/ первичной подготовки или продолжения подготовки к

физической нагрузке/профессиональной ориентации;

трудовой терапии и, для взрослых, пред-профессиональной трудовой терапии;

психологической или психической помощи, чтобы помочь людям приспособиться к своим недостаткам с целью преодоления инвалидности;

речевой терапии, физической терапии, и т.п. для определенных видов инвалидности.

2.13. Деятельность общего характера центров реабилитации должна быть дополнена средствами (бассейнами, залами для культурных мероприятий, киносеансов, спектаклей и т.п.) для организации отдыха, помогающего интеграции во внешний мир.

2.14. Предпринимателей, организации предпринимателей, страховые агентства для травмированных на производстве и подобные им организации следует поощрять, в пределах возможностей государства, создавать центры медицинской и физической реабилитации, либо помогать в создании центров реабилитации, обеспечивающих в основном лечение, трудовую терапию и аналогичные услуги, чтобы помочь своим работникам восстановить рабочую форму.

3. Протезы, ортопедические и технические средства

3.1. Программа медицинской реабилитации должна также полностью обеспечивать выбор, использование и снабжение соответствующими:

протезами (устройствами, полностью или частично заменяющими отсутствующие части и восстанавливающие, насколько это возможно, нарушенную функцию) ,

ортопедическими средствами (терапевтическими устройствами, которые не только пассивно поддерживают определенные суставы, но также и облегчают, улучшают и контролируют функциональную работу нарушенных частей тела) и

техническими средствами (устройствами, компенсирующими т функции, которые по разным причинам более не действуют, либо действуют ненормально вследствие физических или сенсорных повреждений, в том числе аппараты для плохо видящих, специальные телефоны, трансляторы и т.п.).

3.2. Устройства должны предоставляться быстро по медицинскому рецепту и регулироваться, ремонтироваться и заменяться при необходимости, поскольку соответствующие устройства помогают многим детям инвалидам посещать обычную школу, устройству на работу и социальной интеграции инвалидов.

3.3. Установка устройств должна производиться специальным учреждением медицинской реабилитации, либо по его инициативе и с его помощью, по рецепту врача специалиста. Специалист либо сам, либо по консультации с группой врачей специального учреждения медицинской реабилитации должен решать совместно с инвалидом, какой тип и какая модель устройства больше всего подходит больному, определить его возможность приспособиться к устройству и установить, какие специальные приспособления нужны в каждом конкретном случае.

3.4. Необходимо принимать меры технического и административного характера для координации в интересах всех заинтересованных лиц принципов установки современных устройств, объективной информации и единых решений по техническим вопросам и ценам.

3.5. Инвалидам следует предоставлять возможность тренировки в использовании устройств, в том числе и проведение регулярных проверок.

4. Оценка физических способностей

4.1. Для выработки наилучшей программы реабилитации и прогноза образовательной, профессиональной и социальной интеграции необходимо регулярно делать оценку физических способностей; инвалиды и их семьи также должны иметь возможность проверки и оценки таких способностей.

4.2. Способности и возможности их улучшения должны оцениваться врачами-специалистами по реабилитации, иными специалистами с опытом реабилитации в своей области, либо врачами, имеющими особые знания об определенных видах инвалидности с непосредственным участием самих инвалидов и их семей.

V. ОБРАЗОВАНИЕ

1. Цели

1.1. Все инвалиды, независимо от характера и степени инвалидности, должны иметь право на соответствующее бесплатное образование с учетом их потребностей и желаний.

1.2. Образование должно позволить инвалидам:
добиться наивысшего уровня личного развития,
стремиться учиться в зависимости от своей инвалидности и с помощью технических средств,

примириться со своей инвалидностью и приобрести необходимую квалификацию для преодоления стоящих перед ними препятствий.

1.3. Образование должно помочь инвалидам добиться наибольшей экономической независимости и участвовать в социальном развитии своей страны. Помимо чисто теоретических знаний образование молодых инвалидов должно включать:

социальные навыки и подготовку к независимой жизни в сотрудничестве с родителями и учителями, и

практическую помощь с тем, чтобы помочь им справляться с проблемами жизни и интегрироваться в общество.

1.4. Цели и средства, используемые при обучении ребенка инвалида, составляют часть индивидуального педагогического, образовательного и глобального терапевтического проекта, приспособленного к потребностям, способностям и желаниям ребенка. Ответственные за проект специалисты должны как можно шире и активнее привлекать семью ребенка к разработке этого проекта, его осуществлению, проверке и

оценке. Следовательно, семью следует постоянно держать в курсе развития ребенка и оказывать ей как можно большую поддержку.

1.5. Учитывая правило о начале процесса интеграции на раннем этапе, в интересах ребенка нужно:

осуществлять медико-образовательные мероприятия в дошкольном возрасте, в особенности когда их целью является помочь ребенку получить школьное образование а более позднем этапе, и чтобы он посещал школу или дошкольное детское учреждение в самом раннем возрасте.

1.6. Общение детей инвалидов и не инвалидов является мощным стимулом интеграции обеих групп. Поэтому образование следует получать в обычной среде вместе с ровесниками, где это возможно, и детям инвалидам может быть оказана необходимая помощь, поддержка и предоставлен уход;

для удовлетворения их особых нужд необходимо в каждом случае снабжать детей инвалидов специальными терапевтическими, техническими и образовательными средствами. Вне зависимости от специального обучения, необходимого для конкретного ребенка, важно обеспечить общее образование, либо какое-то их сочетание, "непрерывность образования", что включает:

тесное сотрудничество специальных и общеобразовательных школ,
общение детей инвалидов и не инвалидов ровесников,
поощрение перехода, где это возможно и желательно, в обычную школу.

Необходимо также поощрять новейшие методы помощи отдельным детям инвалидам.

1.7. Детские сады либо в некоторых случаях службы педагогической ориентации в раннем возрасте обеспечивают благоприятное начало совместного обучения детей инвалидов и не инвалидов, поскольку они могут применять гибкие способы для поощрения отдельных детей; дети учатся общаться друг с другом, и не действует принцип стандартизации, применяемый в дальнейшем образовании.

1.8. Тип школы нужно выбирать после тщательной оценки, в ходе которой родителям и детям инвалидам помогает группа специалистов разных профессий, использующих методы ориентации школьников с учетом конкретных способностей, желаний и потребностей ребенка.

1.9. Особое внимание следует уделять роли и значению новой технологии планирования образования. Необходимо исследовать способы использования компьютеров в помощь образованию детей инвалидов.

1.10. Поскольку контакты между школой и семьей ребенка важны, то следует поощрять интерес и участие семьи в работе школы. Нужно отметить, что переход ребенка из одной образовательной среды в другую требует большого приспособления как со стороны ребенка, так и родителей, которые все могут нуждаться в психологической поддержке.

1.11. Все дети инвалиды, независимо от характера их инвалидности, имеют право на получение соответствующего образования в соответствующей среде по своим потребностям и желаниям своей семьи.

1.12. Все инвалиды, которым это нужно, должны иметь возможность продолжить свое образование.

2. Общее образование

2.1. Чтобы как можно больше детей могли посещать обычную школу, необходимо выполнить следующие условия:

медико-терапевтическая и психологическая помощь,

класс со специальным количеством детей, в котором у ведущего учителя, при необходимости, должны быть достаточно квалифицированные помощники, помещение и оборудование, приспособленное для детей инвалидов, в том числе легкий доступ и транспортные средства,

специально разработанная методика обучения, учебные материалы, программа и экзаменационные требования, и

принципы консультаций и работы, учитывающие определенный вид инвалидности.

2.2. Поскольку:

обучение детей инвалидов вместе со здоровыми детьми без обеспечения необходимых способов поддержки уменьшает их шансы на равенство и

все зависит от обстоятельств каждого конкретного случая и в особенности от конкретного вида инвалидности, смогут ли дети инвалиды лучше учиться в специальной или общеобразовательной школе, то необходимо тщательно изучать желания и цели родителей и степень, в которой средства образования и терапии имеются рядом с их домом.

3 . Специальное обучение

3.1. Дети со слишком большой инвалидностью и не могущие посещать обычный детский сад должны проходить специальное индивидуальное обучение в раннем возрасте либо на дому, либо в специальном центре, например, специальный детский сад.

3.2. Достаточное количество специальных школ и профессионально-технических училищ необходимо:

создать, оборудовать для необходимой коллективной и индивидуальной технической помощи, укомплектовать учителями, имеющими соответствующую специальную квалификацию, сделать их источниками ресурсов для общеобразовательных школ и, связать для большего сотрудничества с общеобразовательными школами.

3.3. В случае необходимости домашнего ухода за детьми, его нужно осуществлять в семейной атмосфере. Чтобы не допустить длительного отсутствия ребенка, может оказаться целесообразным помещать таких детей в приемные семьи. Следует также поощрять частое общение детей инвалидов с их родителями.

3.4. Специальное обучение необходимо продолжать до тех пор, пока оно приносит пользу инвалиду.

4 . Образование и реабилитация

4.1. В процессе обучения ученики инвалиды должны иметь доступ к программам и ресурсам, дающим им возможность получить в будущем работу, таким как профессиональная ориентация и другие системы поддержки.

4.2. В процессе получения школьного образования необходимо устанавливать связи между школой, профтехучилищами и будущими местами работы путем проведения оценок профессиональных склонностей.

4.3. Находясь в школе, дети должны иметь доступ к различным средствам медицинской или функциональной реабилитации.

4.4. Молодые люди инвалиды и в особенности те из них, которые испытывают трудности в учебе, должны получать помощь в форме специальных методов обучения в ходе получения ими образования.

4.5. Учебные заведения должны быть легко доступными и иметь структуру, приспособленную к нуждам детей инвалидов.

5 . Образование инвалидов взрослых

5.1. Особое внимание следует уделять роли образования взрослых, что в особенности относится к лицам с умственными недостатками. Образование для взрослых должно предоставлять максимальные возможности инвалидам, в том числе обучение элементарным навыкам и специальное образование.

5.2. Необходимо учитывать особые потребности инвалидов пожилых людей, так как они отличаются от инвалидов взрослых. Пожилые могут получить существенную пользу от обучения доступу, самообеспечению, умению просто жить и т. п., а также и от участия в общеобразовательных программах для взрослых.

VI. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ И ПОДГОТОВКА

1. Оценка профессиональных склонностей

Инвалиды должны иметь возможность участвовать в оценке своих способностей, которые:

необходимы для определения возможности добиться успеха/помогают найти варианты выбора возможной работы;

составляют основу их программы реабилитации и интеграции/могут помочь им найти соответствующую работу или новую работу.

Профориентация должна включать анализ медицинского, психологического, образовательного, профессионального и социального уровня инвалидов и их возможного развития. Она проводится совместно с инвалидами специалистами, которые понимают инвалидов и то, чего они могут добиться, с одной стороны, а с другой, требования, предъявляемые к работающим, чтобы сделать наиболее адекватный прогноз.

2. Профориентация

2.1. Задача профориентации - установить наиболее подходящие для инвалидов виды работы и позволить им выбрать работу в соответствии с их занятиями и умениями. Она должна учитывать личные желания каждого человека и основываться на наиболее тщательной оценке их профессиональных склонностей.

2.2. Такая Профориентация равным образом распространяется на уже работавших людей и на тех, у которых еще нет опыта работы и тех, которые временно не в состоянии работать. Необходимо учитывать предыдущую работу инвалида, особые условия выбираемой работы и возможности рынка труда.

2.3. Профориентацию нужно проводить как можно раньше, иными словами, как только положение человека позволяет думать о поисках работы или возвращении к трудовой жизни. В отношении инвалидов молодых людей она должна охватывать учеников во всех типах учебных заведений.

2.4. Инвалиды должны иметь легкий доступ к обычным службам занятости, но может потребоваться и специальная Профориентация вследствие:

необходимости наличия специального оборудования для инвалидов ;

необходимости обучения персонала специальным методам оценки и знанию видов инвалидности и их развития.

2.5. Необходимо поэтому поручить специальным центрам профориентации или специальным отделам в обычных центрах консультирование инвалидов и подходящей работе или подготовке, которая поможет им устроиться на работу. Эти центры или

отделы должны создаваться в виде сети и обеспечивать тесное сотрудничество с учреждениями и службами, ответственными за реабилитацию инвалидов.

2.6. В случае определенных заболеваний, требующих специального лечения и врачебного контроля специальные центры или службы должны начинать участие в медицинской реабилитации после достаточного периода наблюдения и не позднее стабилизации лечения под непрерывным наблюдением врачей.

2.7. Решение о проведении специальных оценок, и в этом случае выбор методов, зависит от возраста человека, его образовательного и профессионального уровня. Во всех случаях необходимо сочетать точные и испытанные методы с экспериментальными и новейшими, чтобы добиться учета всех склонностей и способностей инвалида.

2.8. Службы или центры профориентации должны быть укомплектованы достаточно квалифицированным персоналом, работающим в группах, включающих специалистов разного профиля. В группе должны быть специалист по профориентации, врач и социальный работник. В зависимости от степени специализации и цели центра или службы они могут быть доукомплектованы другими специалистами, такими как психолог, физиотерапевт и мастер производственного обучения.

2.9. Инвалид и, при необходимости, его семья или представитель должны принимать активное участие на всех этапах профориентации.

2.10. Не допускается никакой дискриминации инвалидов в отношении доступа к профориентации и подготовке на основании возраста, пола, расы, происхождения, религии и т.п.

3. Профессиональная подготовка

3.1. Целью профессиональной подготовки и реабилитации должны быть помощь инвалидам найти и удержать работу, подниматься по служебной лестнице и тем самым содействовать их интеграции и реинтеграции в общество. В программе профессиональной интеграции должны быть закреплены и развиты концепции Конвенции 159 и Рекомендации 168 Международной Организации Труда (МОТ) о профессиональной подготовке и реабилитации с целью содействия интеграции инвалидов.

3.2. Профессиональная подготовка и реабилитация должны:

быть доступны для всех категория инвалидов,

охватывать все виды деятельности с целью расширения круга выбора профессий для инвалидов, и насколько это возможно, соответствовать развитию рынка труда.

3.3. Профессиональную реабилитацию следует начинать как можно раньше. С этой целью службы медицинской и социальной реабилитации должны на постоянной основе сотрудничать с организациями, которым поручена профессиональная реабилитация.

3.4. В тех случаях, когда инвалидность заинтересованного лица не является большим препятствием, следует использовать обычную систему подготовки. Однако обычная система может потребовать внесения изменений и должна предусматривать удовлетворение нужд людей с широким кругом видов инвалидности и различий.

3.5. Могут потребоваться специальные курсы профессиональной подготовки и реабилитации в специальных школах, медико-учебных заведениях, либо центры профессиональной подготовки и реабилитации в связи с видами и серьезностью инвалидности, либо с целью обеспечения успеха процесса реабилитации. Нужно поощрять подготовку по месту работы. Можно организовать специализированную подготовку для содействия интеграции в нормальную рабочую среду.

3.6. Профессиональная подготовка и реабилитация в случае необходимости должны сопровождаться врачебным наблюдением за инвалидом, возможно совместно со службами функциональной или медицинской реабилитации.

3.7. Необходимы регулярные отчеты о ходе выполнения каждой программы подготовки и реабилитации, составляемые совместно с центром профессиональной ориентации.

VII. РАБОТА

1. Принципы

1.1. Для наиболее полной профессиональной интеграции инвалидов независимо от причин, характера и степени их инвалидности и в силу этого их лучшей социальной интеграции и ощущения себя человеком необходимо предпринимать индивидуальные и коллективные меры для того, чтобы дать им шанс работать по возможности в обычной рабочей среде, либо по найму, либо самостоятельно.

1.2. Людям с ограниченной профессиональной способностью выполнять производительную работу или с такой степенью инвалидности, что они не могут работать ни временно, ни постоянно в обычной рабочей среде, нужно найти работу в специальных условиях.

1.3. Некоторым инвалидам может потребоваться видоизмененная программа работы с элементами специальных условий в обычной рабочей среде. Такую работу с поддержкой или на переходный период следует предоставлять в зависимости от нужд и желаний инвалида.

1.4. Некоторые инвалиды никогда не смогут работать. Нужно сделать все для того, чтобы они были довольны своей жизнью. Тех из них с наиболее ограниченными возможностями следует поэтому направлять в центры, в которых они будут иметь возможность заниматься деятельностью, не связанной с производством, и, в то же время, стараться развивать свои функциональные, социальные и профессиональные способности.

1.5. Особое внимание следует уделить роли компьютеров и влиянию новых технологий на перспективы устройства на работу. Нужно проводить исследование способов применения компьютеров в помощь инвалидам на работе и не применять новых технологий, создающих новые препятствия для приема инвалидов на работу.

1.6. Большое внимание нужно уделять использованию как человеческих, так и технических ресурсов для наиболее полной интеграции инвалидов в рабочую жизнь. Ими могут быть как коллективные меры в пользу всех инвалидов, так и специальные меры для решения индивидуальных проблем. Для достижения интеграции необходимо полное участие самих инвалидов.

1.7. С целью наибольшей эффективности с помощью совместных действий, службы устройства на работу инвалидов должны быть либо частью, либо работать в самом тесном контакте с обычными службами занятости, и их контакты с различными социальными и медицинскими службами должны также быть как можно более тесными. Они должны быть:

обеспечены административными и финансовыми ресурсами для решения общих и индивидуальных проблем, возникающих при устройстве инвалидов на работу, и легко доступными для инвалидов.

1.8. Организации предпринимателей и профсоюзы, а также правительственные органы и организации инвалидов должны иметь соответствующую информацию и

принимать участие в работе по интеграции на региональном и местном уровне, а также и на общегосударственном уровне.

1.9. Устройство инвалидов на работу и меры, направленные на это, всегда должны иметь приоритет над финансовой помощью инвалидами без ущерба для финансовой компенсации дополнительных расходов на инвалидов. Нужно тщательно поддерживать равновесие между мерами по профессиональной интеграции и финансовой помощью инвалидами с тем, чтобы не помешать достижению интеграции.

2. Работа в обычной рабочей среде

2.1. Для обеспечения равенства возможностей при устройстве инвалидов на работу необходимо принимать меры против дискриминации при приеме на работу и увольнении, а также в оплате труда и перспектив продвижения по службе.

2.2. Службы, которым поручено устройство на работу инвалидов, должны помогать им по возможности устраиваться на работу в обычной рабочей среде с помощью таких индивидуальных мер, как:

- обеспечение для всех инвалидов самой высокой возможной профессиональной квалификацию-нахождение работы, наиболее соответствующей способностям и желаниям инвалида, так чтобы инвалидность как можно меньше мешала ему выполнять ее;

- приспособление рабочего места с учетом безопасности или особых нужд инвалида;

- обеспечение специальными инструментами и специальной или приспособленной одеждой, необходимой в связи с характером инвалидности;

- доплата к заработной плате в период адаптации к работе, необходимой в силу инвалидности работника;

- разработка способов оценки снижения производительности труда и обеспечение компенсации пропорционального сокращения зарплаты;

- меры по компенсации чрезмерных расходов, возникающих вследствие инвалидности работника;

- и таких коллективных мер, как:

 - обеспечение создания новых рабочих мест;

 - стимулы найма на работу;

 - квоты найма на работу;

 - резервирование рабочих мест.

2.3. Службы устройства на работу должны проводить в течение

необходимого времени проверки совместно с другими заинтересованными службами, чтобы удостовериться, что устроенные на работу инвалиды чувствуют себя там хорошо.

2.4. Необходимы меры, чтобы довести до сведения предпринимателей и работников, каким образом они могут содействовать реабилитации и устройству на работу инвалидов. Без ущерба для действующих законодательных актов такими мерами должны быть:

- поощрение с учетом национальных условий предпринимателей и их организаций, автономно или в рамках структур, в которых они представлены, на создание или помощь в создании рабочих мест для инвалидов, в особенности, путем заключения коллективных договоров или установления квот для приема на работу инвалидов ;

- поощрение предпринимателей в целом на содействие интеграции инвалидов путем предоставления им специально приспособленных рабочих мест, дачи заданий и

назначения а должности, разработки графиков/ специальных инструментов и оборудования, рабочих мест и других средств и сделав доступными место работы;

предоставление инвалидам возможности возвращения на подходящую работу, как только они смогут работать по состоянию здоровья, даже если они не в состоянии вернуться на прежнюю работу;

поощрение создания трудо-терапевтических служб и организации врачебного наблюдения на заводах, что даго по возможности включать в их функции реабилитацию и устройство на работу инвалидов и содействовать сотрудничеству таких служб и различных организаций, делающих ту же работу;

привлечение внимания рабочих и их организаций к необходимости принимать активное участие в профессиональной реабилитации инвалидов и найму их на работу;

требование к предпринимателям давать подходящую субподрядную работу вспомогательным мастерским и инвалидам, работающим на дому или вне дома, и по возможности снабжать их необходимыми материалами и техникой.

2.5. В рамках политики найма инвалидов на работу в обычной рабочей среде необходимо создавать места и должности для людей, способных работать в обычной рабочей среде путем конкретных и индивидуальных мер помощи инвалидам и предприятиям, желающим принять их на работу.

Такие меры должны быть гибкими и как можно более разнообразными с тем, чтобы быть применимыми к любому конкретному случаю (материальные стимулы, обучение, подготовка и меры, обеспечивающие присутствие на работе как для инвалидов, так и для предприятия) .

Инвалиды, которые ищут работу и имеют, хотя и ограниченные, профессиональные способности, но которые не могут сразу получить работу на основании обычного законодательства, должны получать преимущественное направление на такие специально созданные рабочие места, что является лучшим способом устройства на работу наибольшего количества инвалидов.

Что касается условий труда и жизни на предприятии, положение людей, занимающих такие рабочие места, должно быть приведено в максимальное соответствие с положением других работников фирмы без ущерба для более благоприятных условий оплаты труда вследствие инвалидности.

3 . Работа для инвалидов

3.1. Работа инвалидов должна предоставляться тем, кто в силу инвалидности не в состоянии получить или удержать обычную работу как с помощью, так и без нее; под это понятие подпадают самые разные виды рабочих мест, включая мастерские для инвалидов и трудовые центры. Работа для инвалидов достигает две цели: дать возможность инвалидам заниматься полезной деятельностью и подготовить их по возможности к работе в обычной среде. С этой целью необходимо создавать различные способы перехода со специальной работы на обычную работу, такие как: создание специально для инвалидов участков в трудовых центрах, либо трудовых центров в мастерских для инвалидов; создание участков для инвалидов, либо трудовых центров в обычных предприятиях; индивидуальный или коллективный перевод работников из мастерских для инвалидов или трудовых центров в обычные предприятия.

3.2. Работникам инвалидам необходимо по возможности предоставлять работу, соответствующую их профессиональным способностям. При необходимости рабочее место инвалида должно иметь подходящий вход и выход, соответствующие условия

труда и как можно более обычную рабочую обстановку. Оно должно быть расположено так, чтобы инвалиды не чувствовали себя отрезанными от других работников.

3.3. Работа для инвалидов должна быть под общим надзором компетентных органов власти, которые должны следить за:

пригодностью такой работы для инвалида;

правовым статусом работников, видом работы, рабочим временем и установленной оплатой труда;

медицинской, социальной и психологической помощью работникам со стороны соответствующего персонала/специальной подготовкой и проверкой успехов работников с целью их возможного устройства в обычную рабочую среду.

3.4. Мастерские для инвалидов должны:

предоставлять инвалидам полезную и хорошо оплачиваемую работу, а также любую необходимую личную помощь;

быть производственной единицей независимой от обычных предприятий;

входить по возможности в конкурентную экономическую среду, продолжая выполнять задачу поддержки инвалидов;

выплачивать вознаграждение в соответствии с выполняемой работой, соотносимое с обычными предприятиями и ввести инвалидов в систему социального обеспечения;

стремиться быть рентабельными насколько это возможно, учитывая их социальную цель. Это обычно требует определенной помощи от государственных властей и других организаций, такой как помощь со строительством и дзвди на текущие расходы;

иметь управленческий персонал с достаточной профессиональной квалификацией и при необходимости предоставлять ему дополнительную информацию и подготовку с учетом особой роли мастерской.

3.5. Работники инвалиды в мастерских для инвалидов должны иметь соответствующий статус по договору с учетом их потребности в личной помощи и создающим по возможности нормальные отношения между предпринимателем и работниками. Это должно означать возможность участия в жизни мастерской и достаточную оплату труда.

3.6. Трудовые центры

Центры помощи через труд, там где они созданы, принимают людей, которые вследствие своей инвалидности не могут работать в мастерской для инвалидов, либо в обычной рабочей среде, но которые тем не менее в состоянии, благодаря медицинской и социальной помощи, участвовать в оплачиваемой профессиональной деятельности, которая отличается от чисто отвлекающих занятий.

4. Работа на дому и вне дома

4.1. Работа на дому или в других местах может оказаться приемлемым решением для людей, которые не могут выходить из дома, либо которым очень трудно добираться до работы вследствие:

профессиональной подготовки и реабилитации для самостоятельного предпринимательства ;

их физического или душевного состояния, либо семейного положения ;

географических либо местных социо- профессиональных факторов.

4.2. Работа на дому и вне дома может:

выполняться в качестве самостоятельного предпринимательства ;
предоставляться частным или государственным сектором ;
организовываться помогающей инвалидам мастерской;
предоставляться центрами трудовой деятельности, центрами помощи через труд, либо общественными организациями.

4.3. Работа на дому или вне дома для предприятия или мастерской для инвалидов должна быть полезной и достаточно хорошо оплачиваемой и вводить инвалидов в систему социального обеспечения.

4.4. Инвалидам, работающим на дому или вне дома, нужна медицинская, профессиональная и социальная защита и помощь. Если инвалид хочет заняться самостоятельным предпринимательством, ему с самого начала нужно оказывать финансовую поддержку.

VIII. СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ И ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА

1. Принципы

1.1. Различные меры всего процесса реабилитации всегда должны быть направлены на содействие самостоятельности инвалидов как человеческих личностей и обеспечение их экономической независимости и полной интеграции в общество. Поэтому в программу реабилитации нужно включать и разрабатывать индивидуальные и коллективные меры, чтобы помочь инвалидам оставаться или стать независимыми людьми, способными вести по возможности нормальную и полную социальную жизнь, что включает право быть другим. Полная реабилитация включает разнообразные основные и дополнительные меры, условия, обслуживание и средства, гарантирующие как физическую, так и психологическую независимость. Приспособление городских строений и градостроительства, доступ в общественные и жилые здания, транспорт, связь, спортивные сооружения, культурная деятельность, проведение досуга и отпуска - все это возможно целесообразно и важно привлекать к участию инвалидов и их организации на всех стадиях разработки политики.

1.2. Законодательство должно учитывать права инвалидов и по возможности содействовать их участию в жизни общества. Если инвалиды не могут полностью осуществлять свои гражданские права, им нужно оказывать наибольшую помощь в жизни в обществе путем принятия соответственных мер.

1.3. Доступность информации является условием и основой независимой жизни. Не только специалисты по инвалидности должны передавать информацию о всех областях жизни; сами инвалиды должны уметь получать информацию. Эти потребности могут удовлетворять национальные и региональные информационные центры.

1.4. Необходимо поощрять социальное консультирование, социальные службы, семейную помощь и руководство и возможность участия самих инвалидов, а также организаций инвалидов и для инвалидов в качестве основных условий достижения интеграции путем полного участия и равенства возможностей.

1.5. В ходе непрерывного процесса реабилитации нужно вести конкретную работу, чтобы обеспечить инвалидам максимальную независимость, и чтобы они сталкивались с проблемами социальной и профессиональной интеграции как можно раньше.

1.6. Такая работа должна включать, помимо обеспечения инвалидов соответствующими техническими средствами, доступность для них технических устройств для безопасного ведения их повседневной личной и профессиональной жизни,

а также для общения, поездок и занятий спортом, культурной деятельности и проведения досуга.

1.7. В случае если характер, либо серьезность недостатка или возраст инвалида делает невозможным его устройство на работу, даже специальную для инвалидов, на дому или в специальном трудовом центре, необходимо обеспечить ему занятие социального и культурного характера и проведение досуга.

1.8. Необходимы соответствующие меры для обеспечения инвалидам, в том числе лицам с умственными недостатками, такого образа жизни, который помогает по возможности нормальному развитию эмоциональных и сексуальных отношений. Это включает информацию и половое воспитание в школах и учреждениях.

2. Доступность

Строительство должно выполнять критерии, перечисленные в публикации "Доступность - принципы и руководство"³.

2.1. Необходимо принимать меры по информированию населения и распространению знаний о доступности для инвалидов. Эти меры нужно сосредоточивать на следующих группах лиц, обеспечивающих доступность в ходе строительства, проектирования зданий и среды обитания человека, и должны охватывать все виды инвалидности (моторной, сенсорной и психической) :

инвалиды, как частные лица, так и входящие в группы по интересам, работники сектора обслуживания, преподаватели, изготовители товаров и т.п., архитекторы, градостроители и проектировщики, заказчики, финансирующие и субсидирующие органы, принадлежащие как местным, региональным и государственным властям, так и частным организациям, разработчики политики, ремонтники, уборщики, охранники и т.п.

2.2. Положения, регулирующие строительство жилых домов, общественных зданий, заведений для туристов и проведения досуга, спортивные площадки и сооружения для населения, должны соответствовать основным нормам доступа во все эти здания и их оборудованию для инвалидов, причем эти нормы учитываются при выплате дотаций, выдаче разрешений на строительство и проектирование.

Необходимо также разработать правила соответствующей перестройки старых зданий и предоставлении финансовой помощи.

Что касается жилых домов, особое внимание нужно обратить на то, чтобы помимо доступности, жилая площадь была также приспособлена для активного использования инвалидности в соответствии с их потребностями.

2.3. Необходимо использовать знак доступа для инвалидов, созданный Международной Реабилитацией для обозначения мест, приспособленных для лиц с ограниченной подвижностью. Также следует поощрять использование других международных знаков, обозначающих другие виды инвалидности.

2.4. На государственном уровне нужно установить основные стандарты среды обитания без препятствий, а также следует поощрять их международное признание решением Комитета Европейских Стандартов, а в конечном счете Международной Организации Стандартов.

2.5. Государственные органы должны учитывать нужды инвалидов и консультироваться об этом со своими организациями при обсуждении планов реконструкции городов. Планы и проекты должны оцениваться в смысле уровня доступности.

Создание "Схемы доступности" должно считаться стандартной процедурой в градостроительстве.

2.6. Окружающую среду в целом нужно сделать как можно более доступной, включая такие меры, как установление стандартов доступности во все магазины, учреждения, улицы, службы и т.д. Такие правила должны учитывать самые разные виды инвалидности и вытекающие из них потребности.

2.7. Необходимо также поощрять научные исследования по вопросу улучшения доступности. Для этого нужно оценить уровень успеха предлагаемых решений путем контроля за их воплощением в жизнь.

3. Транспорт

Для того, чтобы обеспечить инвалидам больше независимости и возможность выбора в жизни, очень важно наличие соответствующих транспортных средств. Эти средства должны быть максимально гибкими для удовлетворения индивидуальных потребностей. Общественный транспорт, индивидуальный транспорт и система транспортного обслуживания населенных пунктов - все это способствует улучшению подвижности инвалидов.

3.1. Руководству общественным транспортом предлагается:

признать, что каждый человек имеет право на общественный транспорт;

обеспечить возможность поездок или облегчить их для инвалидов и с этой целью начать сотрудничество между заинтересованными административными отделами и организациями, представляющими инвалидов;

привлечь внимание транспортных организаций ко всем видам мер, которые можно предпринять, чтобы обеспечить возможность использования общественного транспорта инвалидами, либо облегчить такое использование и к необходимости оказания инвалидам помощи их персоналом.

3.2. Что касается индивидуального транспорта, власти должны обеспечить по возможности и по потребности:

инвалидными колясками для улицы и для дома людей с большой инвалидностью, самостоятельность передвижения которых сильно ограничена,

автомобилями, при необходимости, переделанными для инвалидов, для постоянного использования на улицах и дорогах инвалидами, если их физическое и психическое

- 43 -

состояние позволяет им водить машину, либо

легкими машинами, с мотором или без мотора, приспособленными специально для инвалидов,

транспортными средствами, приспособленными для людей с нарушением зрения.

При необходимости нужно предоставлять финансовую помощь тем инвалидам:

которые не могут без посторонней помощи пользоваться общественным транспортом ;

которым нужно переделать автомашину для своих особых нужд.

3.3. Власти каждого государства-члена Совета Европы должны поощрять обеспечение специальными транспортными средствами "от двери до двери" лиц с большой инвалидностью, которые не могут пользоваться общественным транспортом.

Расходы на специальное обслуживание должны нести государственные органы социального обеспечения, которые консультируются с общественными организациями, а

также с инвалидами и их организациями по вопросу планирования и организации такого обслуживания.

4. Жилищные условия

4.1. Инвалиды должны быть в состоянии жить самостоятельно в обычных домах и быть интегрированными в общество. С этой целью:

все новые жилые дома должны быть доступными и приспособляемыми для инвалидов;

необходимы дотации и/или освобождение от уплаты налога для переделки старых домов;

архитекторы и строители должны проходить обучение приспособлению жилых домов и общественных зданий для инвалидов ;

необходимо обеспечить надлежащий доступ для инвалидов.

4.2. Нужен широкий выбор жилых помещений, от обычных приспособленных домов, при необходимости с получением терапевтической или социальной помощи, полу-коммунальных квартир и до специального жилого помещения с уходом на дому.

4.3. Помимо широкого выбора жилых помещений для инвалидов нужны альтернативные типы семейного жилья, такие как:

временное жилое помещение с уходом, т.е. во время болезни, отпуска и выходных дней;

приемные семьи.

4.4. Инвалиды, живущие дома и нуждающиеся в поддержке в помощи в своей повседневной жизни, либо требующие более чем временного медицинского и другого ухода, должны иметь право на получение такой помощи у себя дома.

4.5. С этой целью обслуживание нужно организовывать таким образом, чтобы инвалиды могли получать помощь на дому, при необходимости, в любое время дня и ночи.

4.6. В случае необходимости домашнего ухода, нужно принимать меры, чтобы: обеспечить защиту прав и учет желаний инвалидов (включая полное участие и принятие самостоятельных решений) ;

предлагать психологические и социальные консультации живущим дома инвалидам и их семьям и

поощрять переезд в более открытые и небольшие помещения, где инвалиды могут иметь в определенной степени самостоятельность и возможность побыть одному.

4.7. Инвалиды, переезжающие из учреждений с интенсивным уходом домой, должны сначала обучаться самостоятельной повседневной жизни и в дальнейшем продолжать получать помощь.

Инвалиды всегда должны иметь возможность переехать в обычный жилой дом.

5. Технические средства

5.1. Помимо традиционных или технических медицинских устройств, рассчитанных на компенсацию нарушения или инвалидности, либо ликвидации их последствий, необходим или полезен большой круг технических средств для повседневной профессиональной деятельности.

5.2. Учреждения, обязанные обеспечивать такими средствами, должны иметь их в полном ассортименте и предоставлять их заинтересованным лицам и учреждениям.

5.3. Особенно тщательно нужно устанавливать технические характеристики, цены и сопротивляемость против каждого из таких средств, имеющих в свободной продаже, для того, чтобы выяснить, какие гарантии предлагаются инвалидам.

5.4. Для обеспечения оптимального устройства инвалидов на работу государственные органы должны по возможности возмещать расходы на такие устройства или технику, а также на уход за ними и ремонт.

6. Средства связи и информация

6.1. С целью поощрения максимального участия инвалидов в жизни общества желательно сделать доступными для них все средства связи, телевидение, радио, прессу и телефон.

6.2. Среди необходимых мер можно привести следующие примеры: субтитры и перевод на язык глухонемых телевизионных передач, индукционный контур в общественных зданиях, распространение газет со шрифтом Брайля, либо напечатанных крупным шрифтом,

переделка телефонов для людей с нарушением слуха, телекоммуникационное обслуживание (т.е. минител) ,

перевод с языка глухонемых в общественных местах (в судах и т.п.).

Более того, телефоны и другие средства связи должны предоставляться и устанавливаться по сниженной цене там, где это важно для удовлетворения индивидуальных потребностей или вследствие тяжелой инвалидности.

6.3. Развитие технологии, в особенности микропроцессоров, привело в созданию новых передовых технических средств и методов, которые могут улучшить связь для инвалидов. По возможности этими средствами необходимо снабжать инвалидов для помощи им в их повседневной жизни.

6.4. Использование новейших устройств сигнализации позволяет инвалидам и пожилым чувствовать себя дома в безопасности. Следовательно, их нужно обеспечивать такими устройствами.

7. Спорт

7.1. Спорт, в том числе спортивные соревнования, необходимо признать как один из важных факторов в реабилитации инвалидов, в особенности в отношении их интеграции в общество.

7.2. Спортивную деятельность для инвалидов поэтому нужно расширять и поощрять ее развитие соответствующими методами информации общественности, обучением персонала, проектированием спортивных центров и содействием организациям, занимающимся спортивной деятельностью.

7.3. В соответствии с целями интеграции необходимо принимать соответствующие меры для того, чтобы инвалиды могли принимать участие в спортивной деятельности в обществе здоровых людей.

7.4. Общественные спортивные помещения, в том числе раздевалки, шкафчики, душ и т.п. должны быть доступны инвалидам, чтобы они могли ими пользоваться.

7.5. Все заинтересованные государственные органы и частные организации должны знать о потребностях в спорте и отдыхе, включая обучение, всех инвалидов.

7.6. В некоторых случаях инвалиды получают больше пользы от специализированных спортивных сооружений, либо просто предпочитают их, тогда они должны быть доступными для них.

7.7. Необходимо разрабатывать политику предоставления населению больше информации о спорте для инвалидов. Следует поощрять активное участие в этом крупных спортивных организаций.

8. Досуг и культурная деятельность

8.1. Инвалидам должны быть доступны проведение досуга, отпуска и культурная деятельность. Кроме того, по просьбе инвалидов, и если условия им позволяют, для них нужно организовывать специальные виды деятельности. Следует поощрять активное участие инвалидов во всех видах культурной, социальной и политической деятельности, в том числе давать им возможность участия в ней на профессиональном уровне.

8.2. Необходимо устранять структурные, технические и физические препятствия, а также предубежденность, ограничивающие вышеуказанную деятельность. В частности, следует улучшить доступ в кинотеатры, театры, музеи, художественные галереи, места привлечения туристов и центры отдыха. Следует также поощрять доступ к транспортным средствам и самостоятельную подвижность. Это нужно доводить до сведения персонала центров и культуры.

Культурные места и места проведения досуга нужно спланировать и оборудовать так, чтобы они были доступными для инвалидов и они могли ими пользоваться.

8.3. Путеводители по местам проведения досуга, туризма и культуры должны содержать всевозможную информацию о средствах обслуживания инвалидов, включая транспорт, гостиницы, рестораны и спортивные сооружения. Знаки доступности для инвалидов должны быть на основных местах, в том числе туалетах, средствах обслуживания людей с сенсорными нарушениями и пониженной способностью узнавания, куда обращаться за помощью и т.п. Знаки должны быть международными, а расшифровка их должна быть на нескольких языках. Такие путеводители должны быть в наличии в доступных формах, в том числе на шрифте Брайля, с крупным шрифтом и на кассете.

8.4. Необходимо внедрять все средства доступа и пользования местами проведения досуга, культуры и пользования методами проведения досуга, культуры и туризма для разных групп инвалидов. Примерами могут быть:

- специальные путеводители для особых категорий инвалидов с описанием конкретных средств обслуживания людей, испытывающих трудности с узнаванием или нарушением зрения;

- поощрение использования аудиокассет со специальными путеводителями для людей с нарушением зрения;

- перевод на язык глухонемых культурных мероприятий и в местах проведения досуга;

- звуковое описание в театрах и кинотеатрах для людей с нарушением зрения ;

- возможность легко поменять место, чтобы помочь людям с нарушением зрения и слуха во время культурных мероприятий ;

- обеспечение макетами, картами и рельефными планами людей с сенсорными нарушениями или испытывающих трудности с узнаванием/помещение на видном месте "Схемы доступности" .

8.5. Государственные учреждения, культурные организации и организации для проведения досуга должны разработать всеобъемлющую политику доступа и программы действий для значительного и постоянного улучшения доступа для всех инвалидов.

IX. СОЦИАЛЬНАЯ, ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И ПРАВОВАЯ ПОМОЩЬ

1. Объем помощи и принципы

1.1. Для того, чтобы избегать или хотя бы ослаблять трудные ситуации, предоставления худшей работы и дискриминации, гарантировать равенство возможностей для инвалидов и добиваться личной самостоятельности, экономической

независимости и социальной интеграции, инвалиды должны иметь право на экономическое и социальное обеспечение и на нормальный уровень жизни посредством: наличия минимальных средств к жизни, пособий и системы социальной помощи.

1.2. Если бы существовала глобальная система экономической и социальной помощи, инвалиды полностью ею были бы обеспечены с учетом их специфических потребностей. Поскольку она не существует, необходимо создать специальный порядок постоянного обеспечения инвалидов.

1.3. Социо-экономическую помощь можно осуществлять посредством денежных пособий и социального обслуживания. Такая помощь должна опираться на точную оценку нужд и положения инвалидов, которые необходимо периодически проверять, чтобы принять во внимание изменения в личных обстоятельствах, которые и были основанием для такой помощи.

1.4. Меры экономической помощи должны считаться одним из элементов процесса интеграции инвалидов.

2. Экономическое и социальное обеспечение 2.1. Помимо:

социальных пособий инвалидам, а также и другим людям, например, пособия по безработице,

система экономического и социального обеспечения должна включать:

специальные пособия деньгами или вещами для инвалидов, необходимые для реабилитации или других особых нужд. например, медицинское лечение, профессиональная подготовка, технические средства, доступ в жилье или ее приспособление, приспособление транспорта и средств связи;

специальная финансовая помощь семьям с инвалидами детства ;

достаточная поддержка, например, пособия на оборудование и кредиты для инвестиций инвалидам, желающим заняться самостоятельным предпринимательством;

минимальные средства к жизни, удовлетворяющие элементарные потребности их семей и нужды людей с такой инвалидностью, которая лишает их возможности работать;

пособия людям, нуждающимся в постоянной помощи другого человека вследствие инвалидности;

пособия людям, которые не могут работать вследствие ухода за инвалидом ;

в случае отказа от финансовой помощи по причине устройства на работу такая финансовая помощь должна быть закреплена за инвалидом и гарантирована ему, если работа для него окажется невозможной;

пособия инвалидам, которые вследствие инвалидности могут работать лишь неполный рабочий день.

2.2. Необходимо предусмотреть финансовые меры по возмещению расходов инвалидов в повседневной жизни, в особенности, на приобретение технических и транспортных средств, не предусмотренных системой социального обеспечения.

3. Правовая помощь

Необходима помощь в осуществлении основных законных прав инвалидов, в том числе свободы от дискриминации. В тех случаях, когда инвалиды частично или полностью не в состоянии распоряжаться своим имуществом, они должны получать правовую помощь, такую как назначение опекуна или юрисконсульта. Такая помощь не должна ограничивать их сверх необходимости и должна основываться на пожеланиях каждого инвалида.

4. Социальные службы

4.1. Разнообразные потребности инвалидов в социальном консультировании и социальных службах должны в основном удовлетворяться путем создания общей системы социальных служб, но для ответа на особые запросы инвалидов:

в некоторых случаях нужно использовать особые службы и

эти службы должны обеспечивать максимальную активность и самостоятельность инвалидов.

4.2. Любым инвалидам надо предлагать информацию, направление и помощь относительно средств и служб, созданных для удовлетворения их нужд.

4.3. Службы ухода на дому должны помогать инвалидам чувствовать себя лучше в своей обычной среде, живя самостоятельно, и обеспечивать широкий круг деятельности домашнего и социального характера, психологическую поддержку и реабилитацию инвалидов и помогать семьям, сталкивающимся с большими трудностями в их повседневных нуждах. Такие службы должны охватывать:

помощь с ведением домашнего хозяйства,

питание дома,

помощь по уходу за детьми,

общение дома и помощь при выходе из дома,

информационные услуги, такие как перевод, газетная информация на кассетах и

т.п.,

телесигнализация и вызов по телефону скорой помощи, помощь в повседневной жизни (ППЖ) .

4.4. Службы содействия и сотрудничества должны активизировать жизнь инвалидов в местах их проживания и помочь им участвовать в жизни общества, а также стимулировать социальные мероприятия, в частности, общественную работу и общественные организации посредством:

содействия и стимулирования таких организаций и кооперативов;

технической и финансовой поддержки организаций, помогающих инвалидам ;

информационных и рекламных кампаний совместно с соответствующими органами, организациями и средствами массовой информации ;

поощрения шефской работы ;

содействия участию в различных областях социальной и общественной жизни;

организации досуга, культурных и спортивных мероприятий.

4.5. Специализированные службы помощи должны удовлетворять особые нужды инвалидов, в том числе активизацию их с помощью ухода в тех случаях, когда обычная интеграция невозможна вследствие сильной инвалидности посредством:

амбулаторного лечения либо, если оно невозможно,

домашних способов,

центров трудовой деятельности.

4.6. Центры трудовой деятельности для инвалидов должны предоставлять возможности для интеграции в общество, социальных контактов и обучения развитию личности путем конструктивного проведения досуга и трудовой деятельности:

дневные центры для людей с умственными недостатками, которые обеспечивают уход, психологическую помощь, обучение и возможность для различных занятий, общения и социальной интеграции,

центры занятий для людей с физическими недостатками, которые обязаны заботиться о тех, кто не может найти работу или учиться.

Эти учреждения должны иметь самую разнообразную программу работы, в первую очередь для проведения досуга и творческой деятельности с упором на социальный аспект жизни. Программа и методика работы должны быть приспособлены к индивидуальным возможностям участников и должны постоянно пересматриваться.

Х. ПОДГОТОВКА ПЕРСОНАЛА, ЗАНЯТОГО В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ИНВАЛИДОВ

1. Принципы

1.1. Лица, обязанности которых заключаются в работе в сфере реабилитации и интеграции инвалидов, должны прямо или косвенно пройти соответствующую подготовку. Это необходимо для всех специалистов по уходу за инвалидами, особенно в свете их перевода из учреждений под опеку общества. Целью такой подготовки является научиться помогать инвалидам вести как можно более нормальную жизнь. Просвещение и поддержка родителей также нужны с тем, чтобы те помогали инвалидам жить в обществе.

1.2. Подготовка понимается в самом широком смысле и должна охватывать: общий курс обучения, который заканчивается получением диплома и дает базовую квалификацию для данной работы/дополнительную профессиональную подготовку, необходимую для данной области работы или для данного предмета;

специализированную подготовку по реабилитации. В ней должны быть выделены следующие аспекты:

включение в групповую работу или адаптация к ней, что является необходимым при реабилитации;

введение в методы общения и методику преподавания;

информация о характере недостатков, их последствиях и роли реабилитации;

активная роль в процессе реабилитации самих лиц, юф>е уже являются инвалидами, либо могут ими стать.

Она также должна распространяться на:

дальнейшее обучение и обучение в процессе работы;

для того, чтобы быть в курсе технического прогресса в области реабилитации и технологического прогресса в различных областях социальной и экономической деятельности и развития отношения общества к инвалидности;

информацию о технических средствах, способствующих реабилитации и интеграции инвалидов.

1.3. Для обеспечения понимания реабилитации как индивидуального, единого, непрерывного и скоординированного процесса курсы профессиональной подготовки должны руководствоваться теми же конкурентными критериями, как и программы реабилитации инвалидов.

1.4. Уровень квалификации персонала необходимо постоянно повышать посредством лучшего отбора, ознакомительных курсов и дальнейшего обучения.

1.5. Персонал, занятый в реабилитации, должен быть хорошо осведомлен о всех социальных и административных мерах помощи инвалидам и порядке их приведения в действие; в частности, он должен знать о разных возможностях профессиональной ориентации, а также о возможностях получения инвалидами работы.

1.6. Необходимо самое тесное сотрудничество между:

различными группами персонала, занятого в процессе реабилитации ;

различными учреждениями, которые могут помочь в реабилитации и устройстве на работу, такие как национальные, региональные и местные органы власти;

государственными и частными учреждениями, предпринимателями и работниками в промышленности и общественными организациями, ведущими работу, связанную с

реабилитацией и социальной и профессиональной интеграцией инвалидов.

1.7. Сотрудничество между персоналом, государственными органами, учреждениями и общественными организациями необходимо поощрять на национальном, региональном и местном уровне.

1.8. Для обеспечения координации нужно использовать все средства связи, как традиционные, так и современные.

1.9. Необходимо также организовывать обмен реабилитационным персоналом между государствами-членами Совета Европы для расширения их знаний о новых методиках и технике.

2. Подготовка медицинского персонала 2.1. Студенты медики и врачи

2.1.1. Все студенты медики должны изучать проблемы реабилитации, в особенности необходимости диагноза и лечения на ранней стадии и координации между реабилитационными службами и персоналом. С этой целью:

помимо глубоких знаний в медицине, предметом основного медицинского курса должна стать реабилитация;

необходимо проводить проверку знаний и умения работать в этой области.

Обучение должно включать взаимодействие с людьми, которые являются инвалидами, или которым грозит опасность ими стать, и курс о заболеваниях, инвалидности и недостатках, общую концепцию и процесс реабилитации, а также методы диагностики, профилактики и лечения с тем, чтобы больной был полностью взят под наблюдение врача или передан специалисту. Студенты медики должны также изучать различные проблемы

реабилитации, в том числе получать психологическую подготовку для общения с инвалидами и их семьями. Для ведения этого курса необходимо достаточное число преподавателей специалистов по реабилитации.

2.1.2. Врачи должны получать глубокие знания о реабилитации, в особенности если они хотят:

специализироваться по реабилитации или полностью посвятить себя ей, что требует специальной подготовки и умения координировать, планировать и оценивать программу реабилитации;

заниматься областью социальной медицины (врачи на предприятиях, врачи в социальном страховании, врачи, работающие со службами профориентации, врачи, наблюдающие за здоровьем детей) ;

специализироваться в любой области медицины, занимающейся реабилитацией (педиатрия, ревматология, неврология, ортопедия, гериатрия, кардиология, пневмология и т.д.) .

2.1.3. С вышеуказанной целью необходимо развивать:

специальные курсы обучения в области многоотраслевой реабилитационной медицины и дополнительные интегрированные курсы обучения, приспособленные к каждому из вышеупомянутых видов работы;

структуры, объединяющие медицинский уход, преподавание и научные исследования, в частности, фундаментальные и клинические исследования, которые необходимы для базовой подготовки различных практикующих врачей и для

переподготовки в клинической, терапевтической и технологических областях, поскольку от всех них зависит успех скоординированной многоотраслевой работы; и такие же структуры необходимы для подготовки высшего звена специалистов по медицинскому уходу и преподавателей;

распространение информации и знаний в этой области параллельно с публикацией базовых учебников и других разработок.

2.2. Не медицинский персонал, работающий в медицинской реабилитации

2.2.1. Каждый член не медицинского персонала, который работает в области медицинской реабилитации по своей специальности, должен получать достаточные вводные данные по этому предмету и возможность быть в курсе новейших достижений не только в своей специальности, но и в области реабилитации. Это можно достичь путем включения реабилитации в базовые учебные курсы, либо обучением в процессе работы, дополнительными специальными курсами.

2.2.2. Что касается не медицинского персонала, то

базовые учебные курсы должны включать концепцию и методику реабилитации и подчеркивать значение многоотраслевого сотрудничества, отношений между больными и персоналом и необходимость участия в лечении самого больного/по данной специальности необходимо развивать подготовку высшего звена преподавателей и практических работников/подготовку нужно интегрировать в общую систему медицины, чтобы содействовать выработке общего языка и интегрированного подхода к лечению;

следует поощрять разработку планов подготовки в процессе работы (в особенности многоотраслевой) .

2.2.3. Реабилитацию необходимо включать в учебный план курсов медсестер с упором на необходимость активного участия больного и его семьи.

2.2.4. Для определенных категорий медсестер, специалистов по уходу и другого не медицинского персонала нужно вводить специальные курсы дальнейшего обучения, в частности, для:

тех, кто работает в специализированных реабилитационных учреждениях,

тех, кто работает вне больницы, в качестве посетителей больных и участковых медсестер, медсестер на предприятиях, в школах и т.п.

и для руководителей или преподавателей как в больнице, так и вне ее.

3. Подготовка преподавателей и учителей

3.1. Все профессиональные преподаватели и учителя должны проходить подготовку с изучением особых потребностей в обучении. При такой подготовке нужно, в частности, учитывать важную роль общения и новых технологий. Следует указывать на значение развития личности детей с особыми эмоциональными потребностями и особенно таких качеств, как приспособляемость, творчество и умение понимать людей.

3.2. Те, кто занимается обучением инвалидов должны, получать дальнейшую подготовку, дающую им, во-первых, подробные знания о недостатках и, во-вторых, помогающую им овладеть методикой и техникой оценки и помощи.

Такую подготовку должны проводить, среди прочих, специалисты, уже имеющие хороший опыт в области специализированного образования. В ней необходимо подчеркивать важнейшую роль сотрудничества с семейным окружением.

4. Подготовка персонала для профессионального обучения и профориентации

4.1. Базовая подготовка обучающего персонала должна соответственно быть направлена на:

индивидуальный или групповой подход в обучении с сообщением информации о последствиях или проявлениях различных недостатков ;
характеристику преподаваемой профессии и уровень ее квалификации ;
среду обучения: учреждение, предприятие, специализированное или обычное обучение и т.д.

4.2. Владение преподавателями необходимыми теоретическими, техническими и профессиональными знаниями подтверждается выдачей им соответствующего диплома и приобретением ими соответствующего профессионального опыта. Такая квалификация должна повышаться в ходе работы путем посещения курсов дальнейшего обучения и общения с организацией или службами, координирующими меры по реабилитации, а также с центрами или службами профориентации, врачами, персоналом центра, другими преподавателями, профессиональными организациями и т.п. с целью определения проблем и трудностей в обучении и устройстве инвалидов на работу.

4.3. Базовая теоретическая и практическая подготовка преподавателей и специалистов по профориентации должна учитывать стимулирующую и координирующую роль профориентации в программе реабилитации, а также разнообразие ее задач: оценка склонностей, прогноз реабилитации, программы индивидуальной, профессиональной и социальной интеграции, отчеты о ходе профессиональной и социальной реабилитации.

4.4. Консультанты по профориентации должны проходить подготовку с общепризнанным профессиональным уровнем и хорошо знать проблемы при заболеваниях и реабилитации; их назначению на должность должна предшествовать стажировка в выбранной ими профессиональной области.

4.5. Общую и техническую подготовку группы по профориентации, в которую входят, помимо руководителя консультанта по профориентации, врач и социальный работник, а в случае необходимости и психолог, физиотерапевт и мастер производственного обучения, нужно совершенствовать в ходе ее работы путем проведения совещаний с целью обучения и взаимного информирования его участников. С этой целью следует организовывать обмен профессиональной информацией и опытом между центрами, а также с предпринимателями и работающими в промышленности и с организацией, координирующей реабилитацию.

5 . Подготовка персонала для профессиональной ориентации

5.1. Персонал, занимающийся устройством инвалидов на работу, должен проходить конкурсный отбор перед назначением на должность. Помимо базовой подготовки, они должны посещать ознакомительные курсы либо до того, как они приступают к исполнению своих обязанностей, либо вскоре после этого, а также курсы дальнейшего обучения о характере недостатков и разных типах работы, пригодных для инвалидов.

5.2. Контролеры, руководители и старшие мастера производственного обучения специальностям для инвалидов должны проходить, помимо получения профессиональной квалификации, обучение методике преподавания, соответствующей особым функциям таких учреждений.

5.3. Лица, руководящие и контролирующие работу по социальной и профессиональной интеграции инвалидов, должны проходить дальнейшую подготовку в процессе работы, главной целью которой является приведение в соответствие требований к административному, финансовому и кадровому руководству с нуждами инвалидов.

6. Подготовка социальных работников и вспомогательного социального и преподавательского персонала

6.1. Все специалисты по социальной работе и обучению и вспомогательный персонал, независимо от их специализации (помощники по социальной работе, социальные работники, преподаватели специалисты, мастера производственного обучения, помощники по дому, помощники медико-психологов, те, кто оказывает практическую помощь в повседневной жизни и другие) , должны по возможности иметь квалификацию в своей специальности и получать пользу от подготовки к той работе, которую они будут осуществлять, помогая инвалидам.

6.2. Лица, работающие только с инвалидами, должны получать дальнейшую подготовку о недостатках, практических методах и технике.

7. Подготовка персонала для спортивных занятий, проведения досуга и отпуска

7.1. Персонал для спортивных занятий, проведения досуга и отпуска инвалидов должен обучаться на курсах, которые проводятся в учебных центрах или общественными организациями в соответствии с разными видами инвалидности.

7.2. Такая подготовка должна помочь ему понимать причины, определение, трудности и последствия инвалидности в повседневной жизни, и, имея такое понимание, он может ставить задачи для достижения независимости и социальной интеграции в соответствии с необходимой методологией.

7.3. Инвалиды должны иметь доступ ко всем спортивным сооружениям в своих районах.

8. Подготовка архитекторов, градостроителей и специалистов по строительству, общественным местам и транспорту для работы с шай

8.1. С целью максимально раннего содействия радикальной и последовательной политике доступности для инвалидов во все места, концепцию интегрированной доступности необходимо положить в основу учебного плана подготовки архитекторов, градостроителей и инженеров.

8.2. Специалисты в этих областях должны проходить соответствующую дополнительную подготовку. Посещение ими таких занятий следует решительно поощрять.

8.3. С целью достижения полной интеграции необходимо обновить справочники и документацию.

XI. ИНФОРМАЦИЯ

1. Информация

1.1. Эффективный информационный порядок, структуры и учреждения необходимо создавать на национальном и региональном уровнях для удовлетворения потребности в информации по всем аспектам инвалидности, реабилитации и интеграции в общество.

1.2. Информационные программы нужны вследствие сложности проблем, стоящих перед инвалидами и большого количества обслуживающих организаций, которые решают разные аспекты своих задач, с учетом необходимости изменения позиции всех социальных партнеров посредством непрерывного, последовательного и постоянного информационного процесса.

1.3. Целенаправленную информацию должны получать следующие группы: сами инвалиды, специалисты по уходу за ними и семьи, учреждения и персонал, занятые в любой области реабилитации и интеграции, разработчики политики, все население.

1.4. Объем информации должен быть широким и включать: цели и методы интеграции, вопросы повседневной жизни инвалидов, социо- медицинские аспекты заболеваний, инвалидности и недостатков, организации в отраслях здравоохранения и политику в отношении инвалидов, например, реабилитацию, методику лечения, образование, профессиональное обучение, возможности устройства на работу, транспортные средства, доступность, технические средства.

1.5. Информацию должны предоставлять: службы общего назначения, такие как социальные службы, службы телефонной помощи, консультанты по социальным вопросам и юридические консультации, специализированные службы, например, в центрах реабилитации, для людей с нарушениями зрения или слуха,

общественные группы помощи инвалидам или организации инвалидов, специальные информационные центры и издатели.

1.6. Необходимо содействовать координации работы по информации, документации и информационным кампаниям, проводимой государственными и частными организациями.

1.7. Следует поощрять международный обмен информацией с помощью публикаций, проспектов, - 60 -

ХII. СТАТИСТИКА И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

1. Статистика

1.1. Формирование и осуществление политики в поддержку инвалидов и оценка ее результатов должны опираться на максимально точное определение ситуаций и потребностей заинтересованных лиц.

С этой целью компетентным государственным органам нужно предоставить надежную и последовательную систему статистических данных. Имеющиеся данные надо также передавать любому лицу или организации, затребовавшем их.

Особое внимание следует уделять типизации параметров для обеспечения сравнимости данных из разных стран.

1.2. При сборе и обработке информации необходимо соблюдать самые высокие научные и этические стандарты с целью гарантировать заинтересованным людям максимальное уважение их права на невмешательство в личную жизнь.

1.3. Полученные и обработанные статистические данные должны быть максимально точны и приходить из организаций, взаимодействующих с инвалидами (фонды социального обеспечения, консультативные органы, службы занятости, социальные службы и т.п.) .

1.4. Полученные данные должны охватывать различные стороны положения инвалидов (демографические и семейные данные, характер и причины инвалидности, уровень образования, работа, жилищные условия, виды специального обслуживания, характер и уровень дохода и т.д.) .

2 . Научно-исследовательская работа

2.1. Необходимо стимулировать и развивать фундаментальные и оперативные исследования в области заболеваний, инвалидности и недостатков.

2.2. Таким образом, предметом научно-исследовательской работы должны быть все аспекты профилактики, распознавания и лечения заболеваний и инвалидности.

2.3. Кроме того, следует разработать и осуществить, при поддержке компетентных государственных органов, программу экономических, технологических и

социологических исследований с целью установления, с одной стороны, наиболее эффективных средств уменьшения или компенсации недостатков, от которых страдают инвалиды, а с другой стороны, условий, которые нужно выполнить, чтобы наиболее полно интегрировать их в общество.

С учетом этого особое внимание следует уделять оценке инновационных экспериментов в области интеграции и в особенности тем, которые применяют новые технологии.

2.4. Научно-исследовательская работа должна стать частью последовательной общей политики, касающейся всех аспектов жизни людей и общества. Она должна проводиться согласованным и скоординированным образом и способствовать обмену информацией на национальном и международном уровнях. фильмов и других материалов.