

# Zdeinstytucjonalizowane praktyki pomocowe w obszarze wsparcia osób z niepełnosprawnościami

Izabela Grabowska



Uniwersytet Warszawski

Warszawa 2022

## Wprowadzenie

### Prace analityczno-badawcze Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI

Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych to proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych, gdzie kluczową rolę odgrywają placówki całodobowe długookresowego pobytu – do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych oraz zasobów lokalnych społeczności. Polska, podobnie jak inne państwa członkowskie Unii Europejskiej, zobowiązana jest do wdrażania polityki deinstytucjonalizacji działań służb społecznych (dalej jako polityka DI) w unijnym okresie programowania 2021-2027. Krajowy program przedstawiony został w przyjętej przez rząd w czerwcu 2022 r. „Strategii rozwoju usług społecznych”, obejmującej nieco dłuższy okres – do 2030 r. (z rozszerzeniem do 2035 r.).

Deinstytucjonalizacja w ujęciu socjologicznym jest procesem zmiany, a nie punktem dojścia. Profesjonalnych praktyk pomocowych nie można w pełni zdeinstytucjonalizować. Instytucją jest bowiem każde zorganizowane działanie społeczne *per se*. a więc m.in. także środowiskowe usługi społeczne. Zrozumienie procesualnego charakteru deinstytucjonalizacji pozwala dostrzec dwa ważne założenia programowe polityki DI, a dotyczące: (1) potrzeby konsekwentnego, ale rozłożonego w czasie wdrażania podejścia środowiskowego oraz (2) niezbędności stosowania różnorodnych form i metod wsparcia.

Wsparcie środowiskowe to prowadzenie działań pomocowych w środowisku życia osób wspieranych, bez konieczności opuszczania przez nich swoich domów i rodzin czy rezygnacji z aktywności społecznej i zawodowej, których podtrzymywanie sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego. Na deinstytucjonalizację praktyk pomocowych warto patrzeć jak na proces będący przejawem dbałości o dobrostan obywateli – adresatów wsparcia. Ów dobrostan jest celem polityki DI i zarazem wyznacza granice jej implementacji. Uwzględniając powyższe, można zrekonstruować dwa cele operacyjne polityki DI. Pierwszym jest dążenie do zastąpienia placówek długookresowego całodobowego pobytu przeznaczonych dla osób wymagających opieki i leczenia, innymi rozwiązaniami organizacyjnymi, przy jak największym udziale środowiskowych usług społecznych. Celem

drugim jest dążenie do reorganizacji funkcjonowania form placówkowych, zwłaszcza placówek dziennego pobytu (w Polsce są to środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy seniora, świetlice socjoterapeutyczne i wiele innych), tak aby funkcjonowały one w sposób otwarty i stawały się częścią infrastruktury „w posiadaniu” lokalnych społeczności. Takimi wtapiającymi się w „naturalne” środowisko społeczne są np. wszelkie formy mieszkalnictwa wspomaganego traktowane w podejściu DI jako środowiskowa alternatywa dla tradycyjnych zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej.

Politykę DI warto definiować na sposób pozytywny: co można i należy rozwijać. Odchodzenie od „starych” rozwiązań powinno być funkcją upowszechniania „nowych”, a nie na odwrót. Powinniśmy stopniowo zmniejszać obciążenie placówek opiekuńczych i leczniczych całodobowego długookresowego pobytu, gdy realnie dostępne jest wsparcie środowiskowe wykorzystujące różne formy usługowe. Praca środowiskowa prowadzona jest dla ludzi, wśród ludzi i z ludźmi. Łączy się z przekonaniem, że warto tworzyć takie warunki życia, aby osoby wspierane mogły pozytywnie oddziaływać na środowisko, a zarazem środowisko pozytywnie oddziaływało na jednostki. Stąd orientacja pracy środowiskowej na wzmacnianie, aktywizację i integrację społeczności lokalnych. Polityka DI to polityka inwestycji społecznych przy wykorzystaniu potencjału podmiotów niepublicznych (organizacji obywatelskich, przedsiębiorstw społecznych), nowych rozwiązań organizacyjnych (centra usług społecznych, centra zdrowia psychicznego) oraz nowopowstających zawodów i specjalności pomocowych (streetworkerzy, asystenci zdrowienia czy koordynatorzy pieczy zastępczej).

W modelu środowiskowym należy posiadać paletę rozwiązań pomocowych o różnym poziomie usrodowikowania, tak aby organizując wsparcie dla konkretnych osób, móc wybrać to najbardziej dla nich wskazane. Te o wyższym poziomie instytucjonalizacji powinny być stosowane rzadko (jako opcja ostatnia), niemniej też są one potrzebne. W sytuacji ostrych stanów chorobowych czy konieczności zastosowania określonych procedur medycznych (np. detoksykacja w terapii uzależnień od środków psychoaktywnych) wskazane jest korzystanie ze wsparcia w placówkach całodobowych. Tyle że na czas określony, po którym również wskazane jest kontynuowanie wsparcia w modelu środowiskowym. W podejściu środowiskowym jest również miejsce na rozwiązania pośrednie, łączące cechy placówek i wsparcia środowiskowego. Przykładem takiego rozwiązania są placówki dziennego pobytu czy szpitalne oddziały dzienne, w których działania pomocowe realizowane są w nurcie środowiskowym przy wykorzystaniu organizacyjnych ram formatu placówkowego.

Deinstytucjonalizację należy wdrażać w sposób konsekwentny i zarazem rozważny. Zaprzepaszczenie szansy rozwojowej związane jest zarówno z ryzykiem prowadzenia działań pozornych, jak i z ryzykiem działań przesadnie zideologizowanych. Stąd potrzeba monitoringu polityki DI. Wyjściem naprzeciw tej potrzebie jest inicjatywa podjęta na Uniwersytecie Warszawskim pod nazwą Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI. Obserwatorium to wspólne przedsięwzięcie partnerskie trzech jednostek uczelnianych: Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji, Centrum Europejskiego oraz Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca.

Działalność UODI zainicjowaliśmy 15 marca 2021 r. organizacją międzynarodowej konferencji naukowej „Deinstytucjonalizacja w politykach publicznych – nowy paradygmat rozwoju”. W 2022 r. prace UODI prowadziliśmy dzięki dotacji od Władz Uniwersytetu Warszawskiego. Przedmiotem badań i analiz są praktyki pomocowe realizowane w różnych systemach wsparcia, przez specjalistów z różnych zawodów pomocowych, przy wykorzystaniu różnych formatów organizacyjnych. Profesjonalne praktyki pomocowe to zbiorczy termin obejmujący metodyczną działalność ogółu zawodowych pomagaczy. Jest to przy tym termin „neutralny”, pozwalający na agregowanie wiedzy z różnych obszarów działań pomocowych bez dokonywania hierarchizacji zawodów i specjalności pomocowych.

W 2022 r. prace UODI objęły m.in. analizy praktyk pomocowych w sześciu obszarach: piecza zastępcza, niepełnosprawność, zdrowie psychiczne, kryzys bezdomności, terapia uzależnień i opieka senioralna. Ich rezultaty przedstawiamy w ekspertyzach publikowanych na stronie [www.uodi.uw.edu.pl](http://www.uodi.uw.edu.pl). Jedną z nich jest opracowanie Izabeli Grabowskiej pt. „Zdeinstytucjonalizowane praktyki pomocowe w obszarze wsparcia osób z niepełnosprawnościami”. Zapraszamy do lektury!

*Marek Rymsza*  
*kierownik UODI*

**Izabela Grabowska**

Uniwersytet Warszawski

ORCID nr 0000-0003-1144-294X

## **Zdeinstytucjonalizowane praktyki pomocowe w obszarze wsparcia osób z niepełnosprawnościami**

### **Wstęp**

Deinstytucjonalizacja rozumiana jako proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem zasobów lokalnych społeczności, a zwłaszcza infrastruktury usług społecznych (definicja za M. Rymsza, 2022)<sup>1</sup> to kluczowe narzędzie zmiany modelu wsparcia osób z niepełnosprawnościami (OzN). Warto podkreślić, że deinstytucjonalizację należy rozumieć jako środek, a nie cel zmiany, jakim jest poprawa dobrobytu osób z niepełnosprawnościami. Prowadzone od wielu lat badania naukowe dostarczają dowodów na to, że rozwiązania oparte na lokalnych społecznościach przynoszą pozytywne rezultaty w zakresie skuteczności (Mansell i in., 2007; Kozma i in., 2009; McCarron i in., 2019) w porównaniu do wsparcia świadczonego przez instytucje o charakterze placówek. Wielu badaczy wskazuje także, że kosztowna poprawa warunków fizycznych istniejących instytucji (w szczególności całodobowych) lub podział / przeprojektowanie istniejących instytucji na mniejsze jednostki nie zmienia kultury instytucjonalnej i utrudnia ich zamknięcie w perspektywie długoterminowej (Ericsson, 2005; Bigby i in., 2012). Raport grupy ekspertów w sprawie przejścia od instytucjonalnej do społecznościowej opieki (Report on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2009) zwraca uwagę na trudności w zdefiniowaniu, czym jest instytucja w kontekście procesu deinstytucjonalizacji prowadzonego w ramach różnych polityk publicznych na poziomie krajowym i europejskim. Na potrzeby ww. raportu autorzy definiują instytucję jako „każdą opiekę stacjonarną, w której:

---

<sup>1</sup> Por. też definicję we „Wprowadzeniu” do tego opracowania, autorstwa Marka Rymszy (s. 2).

- użytkownicy są odizolowani od szerszej społeczności lub zmuszeni do wspólnego życia,
- użytkownicy ci nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i decyzjami, które ich dotyczą,
- wymagania samej organizacji mają zwykle pierwszeństwo przed zindywidualizowanymi potrzebami użytkowników (Report on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2009, s. 9)”.

---

Na sposób i czas wdrożenia działań deinstytucjonalizacyjnych wpływ ma szereg czynników. Jednym z nich jest zakres dostępnych badań i danych dotyczących możliwości wdrożenia procesu deinstytucjonalizacji w poszczególnych krajach, w tym w Polsce, który jest ograniczony (Šiška i in., 2017). W szczególności braki danych dotyczą zakresu, w jakim osoby z niepełnosprawnościami uczestniczą w swojej społeczności, czy są akceptowani jako członkowie swojej społeczności, jaki mają zakres wyboru preferowanego stylu życia i czy mają kontrolę nad swoim życiem, czy mają swobodę opuszczania swojego miejsca zamieszkania, jaka jest jakość otrzymywanego wsparcia, czy czują się traktowani z godnością i szacunkiem, itp. Pomimo wymogów stawianych różnego typu placówkom nie ma pełnej informacji o warunkach życia osób z niepełnosprawnościami w różnego typu placówkach.

Drugim ważnym czynnikiem wpływającym na sposób wdrożenia rozwiązań o zdeinstytucjonalizowanym charakterze są potencjalne zmiany struktury populacji osób z niepełnosprawnościami ze względu na przyczyny niepełnosprawności, a także wiążące się z nimi potrzeby w zakresie polityki wspierania integracji społecznej tej grupy osób. Jak wspomniano wcześniej, rosnącą grupę stanowić będą osoby starsze, w przypadku których istotnym źródłem niepełnosprawności są choroby wieku starczego, przede wszystkim o charakterze degeneracyjnym (np. ze strony układu ruchowego czy nerwowego). Wobec tych osób niezbędne jest wypracowanie rozwiązań pozwalających na prowadzenia możliwie niezależnego życia w miejscu zamieszkania. Oznacza to także potrzebę rozwijania wsparcia skierowanego do członków rodzin pełniących funkcje opiekunów domowych oraz innych osób świadczących takie wsparcie, np. w formie opieki wytchnieniowej. Dodatkowo, czynnikiem niepewności w zakresie kształtowania się populacji osób z niepełnosprawnościami są długoterminowe skutki pandemii COVID-19. Chodzi tutaj o skutki zarówno z punktu widzenia zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, które mogą mieć wpływ na kształtowanie się populacji

osób z niepełnosprawnościami. Kwestia ta wymaga stałego monitorowania i pogłębionych badań.

Czynniki te łącznie powodują, że wdrażanie procesu deinstytucjonalizacji wymaga kompleksowych działań. Ich celem powinna być poprawa skuteczności i efektywności prowadzonej polityki, zgodnej z podejściem opartym na realizacji praw osób z niepełnosprawnościami, przy jednoczesnym uwzględnieniu istniejących uwarunkowań wynikających z sytuacji finansów publicznych. Biorąc zatem pod uwagę brak pełnych danych w zakresie możliwości pełnego wdrożenia deinstytucjonalizacji, skalę zmian jakie niesie ze sobą ten proces oraz rosnące potrzeby grup objętych tym procesem uważamy, że w Polsce wdrażanie rozwiązań deinstytucjonalizacyjnych w praktyce odbywać się powinno dwutorowo (por. „Wprowadzenie”, op. cit., s. 2-3):

- przez stopniowe zastępowanie placówek długookresowego całodobowego pobytu (w szczególności dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu) innymi rozwiązaniami organizacyjnymi, przy jak największym udziale środowiskowych usług społecznych;
- przez reorganizację placówek dziennych, aby funkcjonowały w sposób otwarty i odbiurokratyzowany, i w ten sposób stawały się częścią infrastruktury lokalnych społeczności i elementem naturalnego środowiska życia ludzi.

Dodatkowo, działania skierowane na wsparcie procesu deinstytucjonalizacji w przypadku osób z niepełnosprawnościami powinny łączyć wymogi środowiskowego podejścia do organizowania wsparcia oraz ideą niezależnego życia, wynikającą wprost z Konwencji o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami (KPON) z 2006 r., ratyfikowanej przez Polskę w 2012 r. Polityka skierowana do osób z niepełnosprawnościami w Polsce ulegała zmianom na przestrzeni ostatnich lata, jednak wciąż nie spełnia ona w pełni swojego zadania. Osoby z niepełnosprawnościami wciąż są wykluczone społecznie z wielu dziedzin życia. Zmieniająca się sytuacja społeczna, ekonomiczna i demograficzna, a także konieczność wdrożenia KPON oraz deinstytucjonalizacji powoduje konieczność sformułowania i implementacji nowego systemowego podejścia, umożliwiającego osobom z niepełnosprawnościami godne i niezależne życie (Gąciarz, 2014).

Zgodnie z koncepcją niezależnego życia osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć możliwość podejmowania decyzji, które wpływają na ich własne życie. Niezależne życie

odnosi się również do ruchu praw obywatelskich, który opowiada się za równym uczestnictwem w życiu społecznym oraz równym dostępem do systemu usług. W praktyce, niezależne życie skupia się raczej na postawach społecznych i fizycznych barierach niż na ograniczeniach danej osoby. Zamiast podkreślać niepełnosprawność danej osoby, koncepcja niezależnego życia podkreśla prawo jednostki do pewnego rodzaju pomocy i wsparcia, aby móc się rozwijać. Pomoc ta może obejmować wsparcie takie jak dostosowanie przestrzeni życiowej, pomoc osobistą lub zmianę polityki w celu promowania zdolności do samodzielnego życia (Budde i Bachelder, 1986; Jeste i in., 2019; Jones i in., 1984).

W pierwszej części opracowanie koncentruje się na zdefiniowaniu środowiskowych usług społecznych jako głównym narzędziu polityki publicznej w zakresie deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych i wspierania niezależnego życia. Druga część opracowania to analiza kształtowania się populacji osób z niepełnosprawnościami obecnie oraz w przyszłości, pozwalająca oszacować potencjalną skalę potrzebnego wsparcia. Analizę stanu faktycznego w zakresie praktyk deinstytucjonalizacyjnych rozpocznie krótka charakterystyka ewolucji systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, następnie opisane zostaną kwestie dotyczące dostępności i jakości usług społecznej na rzecz osób z niepełnosprawnościami w Polsce. Kolejną część to przegląd praktyk pomocowych opartych o zdeinstytucjonalizowane rozwiązania skierowane do osób z niepełnosprawnościami. Opracowanie kończą zaś syntetyczne wnioski.

## **1. Definicja usług społecznych**

Głównym narzędziem podejścia deinstytucjonalizacyjnego są usługi społeczne. Definicja usług wywodzi się z nauk o zarządzaniu. W tym ujęciu podkreśla się niematerialny charakter usług: nie znajdują ucieleśnienia w dobrach, nie służą bezpośrednio do wytwarzania dóbr, są niematerialne, nie można ich posiadać. Usługi, podobnie jak dobra materialne, pośrednio lub bezpośrednio zaspokajają potrzeby ludzi (Hanna, Dodge 1997; Kotler, Lee 2008). Usługi definiowane są także poprzez ich cechy oraz konsekwencje, które wywołują (por. Tabela 1).

**Tabela 1. Cechy definicyjne usług i ich konsekwencje ekonomiczne**

<b>Cechy usług</b>	<b>Implikacje dla przedsiębiorstwa usługowego i konsumentów</b>
Niematerialność	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usługi nie mogą być ocenione przez potencjalnego nabywcę za pomocą zmysłów</li> <li>• usługi nie mogą być pokazywane i przechowywane</li> </ul>
Jednoczesność procesu świadczenia i konsumpcji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ograniczony czas dostępności usługi dla nabywcy</li> <li>• ograniczone możliwości zwiększania skali świadczenia usług</li> <li>• praca personelu wpływa na wyniki procesu świadczenia usługi</li> <li>• brak możliwości zachowania tajemnicy produkcji, a tym samym brak ochrony patentowej</li> </ul>
Niejednolitość usług	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niemożność oferowania standardowych produktów usługowych ze względu na to, że ostateczne cechy usługi kształtowane są przez personel firmy usługowej, samego usługobiorcę oraz współusługobiorców</li> <li>• utrudnienia w wyliczaniu kosztów świadczenia poszczególnych usług, a co za tym idzie - utrudnienia w prowadzeniu racjonalnej polityki cenowej</li> </ul>
Nietrwałość usług	<ul style="list-style-type: none"> <li>• niemożność składowania usług, a zatem również ich wytwarzania na zapas</li> <li>• wielkość konsumpcji ograniczona jest aktualną wielkością potencjału ludzkiego i rzeczowego zaangażowanego w świadczenie danej usługi</li> </ul>
Brak możliwości nabycia usług na własność	<ul style="list-style-type: none"> <li>• świadczone na czyjąś rzecz usługi nie mogą być przedmiotem wtórnego obrotu</li> </ul>

Źródło: Panasiuk, Tokarz (2005), s. 41-58.

Do wymienionych w powyższej tabeli konsekwencji usług należy dodać ich pracochłonność. Usługa wymaga obecności udzielającego jej człowieka i obecności tego, komu jest udzielana i polega na czynnościach zaspokajających potrzeby, to nie można jej zastąpić maszynami, komputerami itd. Część usług daje się automatyzować. Proces automatyzacji pracy produkcyjnej czy wytwórczej, której wytworem są rzeczy materialne, może być w większym stopniu poddawana automatyzacji (np. roboty przemysłowe) (Szarfenberg, 2010). Jednak pracochłonność usług udzielanych osobom powoduje ograniczenia w zwiększaniu wydajności w udzielaniu usług, co nie należy postrzegać jako wadę, ale jako cechę tej kategorii usług.

W kontekście usług świadczonych na rzecz osób z niepełnosprawnościami, w tym usług społecznych szczególne znaczenie mają trudności w standaryzacji praktyk usługowych. Trudności z ujednoczeniem procesu udzielania usług wynikają z ich niematerialności oraz jednoczesności produkcji i konsumpcji. W przypadku usług, które są niematerialne, ich cechy nie są łatwe do zaobserwowania i zmierzenia, a tym samym trudno też uzyskać ponownie dokładnie taką samą usługę. Znacznie tu ma także wspomniana równoczesność produkcji i konsumpcji usługi, tzn. udzielający usługi i jej odbiorca są w bezpośrednim kontakcie przez czas udzielania usługi i w związku z tym ma ona unikalny charakter i trudna do powtórzenia w identyczny sposób nawet przy tych samych osobach i w podobnych warunkach. Zmiana osób (usługodawcy i/lub usługobiorcy) oraz zmiana warunków udzielania usługi mogą zasadniczo zmienić wiele jej cech. Zatem możliwość świadczenia usług o standardowych parametrach jest ograniczona w porównaniu z dobrami materialnymi, choć proces standaryzacji usług w różnych dziedzinach postępuje systematycznie (Szarfenberg, 2010).

W kontekście definiowania usług społecznych duże znaczenie mają rezultaty prac inicjatywy EQUASS stworzonej przez ekspertów Europejskiej Platformy na rzecz Rehabilitacji (ang. the European Platform for Rehabilitation). Celem inicjatywy jest wzmocnienie sektora społecznego przez zaangażowanie dostawców usług społecznych w ciągłe doskonalenie się, uczenie się i rozwój. W dalszych rozważaniach wykorzystywana jest definicja usług społecznych wypracowana w ramach tej inicjatywy. Zgodnie z tą definicją usługi społeczne to usługi pożytku publicznego (ang. *general interest*) zorientowane na osobę (Hermann, 2007). W szczególności usługi społeczne:

- udzielane są po to, aby zwiększyć dobrostan jednostek,
- zorientowane są na osobę i w interesie ogólnym,
- oparte są na socjalnych prawach człowieka,
- przyczyniają się do spójności społecznej i szerszych więzi społecznych,
- stwarzają możliwości jednostkom i upodmiotowiają je.

W kontekście deinstytucjonalizacji mamy do czynienia z usługami społecznymi, które posiadają dodatkową cechę, tj. środowiskowy charakter, oznaczający nie tylko realizację usług w środowiskach lokalnych osób wspieranych, ale także przy ich udziale. Dzięki działaniom w społeczności lokalnej potrzeby społeczne i problemy indywidualne stają się kwestiami publicznymi, rozwiązywanymi poprzez wspólną realizację przedsięwzięć – w efekcie zarówno

odbiorcy usług społecznych, jak i inni członkowie społeczności lokalnych zaangażowani w takie działania sami nabywają nowe umiejętności i zyskują wiarę we własne siły, przejmując większą kontrolę nad swoim życiem społecznym.

Tak rozumiane organizowanie społeczności lokalnej należy traktować jako długofalowy proces upodmiotowienia ludzi, tworzenia sieci współpracy i lokalnych struktur, które na stałe będą wspierać rozwój tej społeczności, jej zdolność do rozwiązywania problemów, tworzenia środowiska zmiany i budowania potencjałów zarówno poszczególnych jednostek, ich grup, jak i całej społeczności dla polepszenia jakości życia w myśl zasady od pomocy – do samopomocy. Tylko praca w społeczności w oparciu o wartości empowermentu, samopomocy i zaangażowania daje realną szansę na trwałą zmianę i poprawę jakości życia ludzi, ale nie daną przez „kogoś” lub „coś”, tylko wypracowaną przez nich samych. Podstawą zmiany jest podejście do człowieka jako podmiotu oraz uznanie, że w procesie zmiany nie można go postrzegać w oderwaniu od jego środowiska życia, które ma zasadniczy wpływ na jego funkcjonowanie. Widzenie człowieka jako podmiotu działania we własnej sprawie wymaga przejścia od perspektywy klienta do perspektywy partnera. To ważna zmiana postrzegania ludzi z ich deficytami i problemami, nie jako przedmiotu oddziaływania, a przyjęcia relacji partnerskiej z jej konsekwencją w postaci budowania relacji na pozytywach i wzajemnym szacunku, budującym wiarę ludzi w możliwość zmiany ich położenia (Grewiński, Skrzypczak, 2022).

## **2. Populacja osób z niepełnosprawnościami: stan obecny i projekcje<sup>2</sup>**

Pomiar populacji z niepełnosprawnościami zawsze nastęczał trudności. Jej skala i zmiany w dużym stopniu uzależnione są od przyjętej definicji niepełnosprawności i zastosowanego narzędzia pomiaru. Na potrzeby niniejszego opracowania posłużono się

---

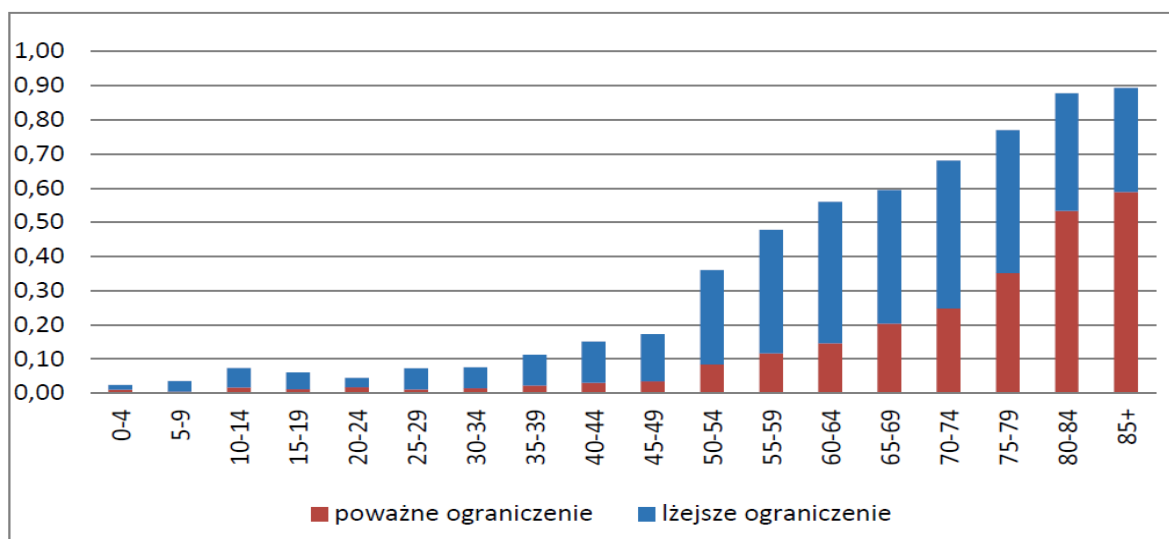
<sup>2</sup> Opis ludności Polski według stanu zdrowia, występowania niesprawności i ograniczeń w codziennym w funkcjonowaniu dokonany zostanie na podstawie wyników Europejskiego Ankietaowego Badania Zdrowia (EHIS), zrealizowanego przez GUS. Ostatnie badanie przeprowadzono w 2019 r., jednak dane te nie zostały jeszcze udostępnione. Poniżej zatem przedstawione zostaną szacunki liczby osób z ograniczeniami w funkcjonowaniu przeprowadzone na podstawie badania z 2014. Szacunki dla grupy osób starszych zostały otrzymane na podstawie siódmej fali badania SHARE zrealizowanego w Polsce w 2017 roku. Ocena stopnia ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych została dokonana na podstawie pytania: „Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, w jakim stopniu [był Pan ograniczony/-była Pani ograniczona] z powodu problemów ze zdrowiem w wykonywaniu czynności, które ludzie zwykle wykonują? Z możliwymi odpowiedziami: 1. Poważnie ograniczony/a, 2. Ograniczony/a, ale nie poważnie, 3. Bez ograniczeń.” Opis dokonany na podstawie Abramowska-Kmon, Antczak, 2022.

szacunkami dotyczącymi odsetków osób posiadających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, które pozwoliły na identyfikację populacji osób z niepełnosprawnościami potrzebującymi wsparcia w postaci usług społecznych.

## 2.1. Szacunki osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu – stan obecny

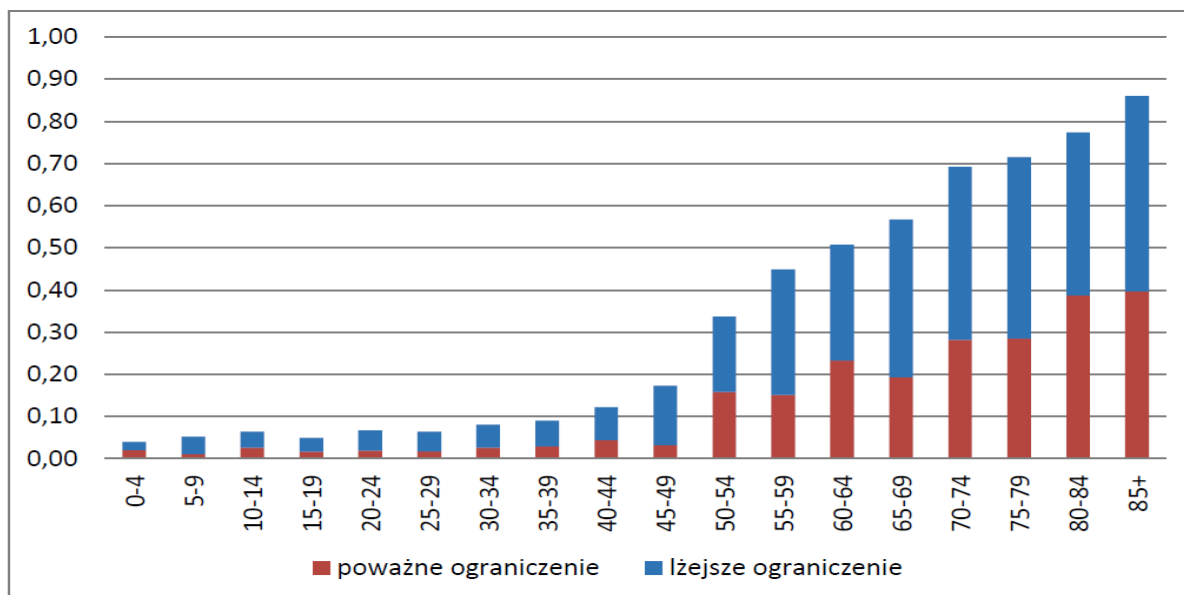
Wyniki analiz przeprowadzonych na podstawie danych EHIS pokazują, że w 2014 roku 23,0% osób w wieku 15 lat i więcej zadeklarowało odczuwanie ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, w tym 7,4% miało poważne ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Kobiety nieco częściej (25,0%) odczuwały ograniczenia w funkcjonowaniu niż mężczyźni (20,8%). Wraz z wiekiem pogarsza się stan zdrowia i rośnie odsetek osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza po 50 r.ż. Odsetek kobiet deklarujących odczuwanie ograniczeń nie przekraczał 10% do 34 r.ż., natomiast dla grupy wieku 50-54 lata osiągnął 37%, a w grupie 85+ - niemal 90%. Wartości te dla mężczyzn wyniosły dla grupy wieku 50-54 lata 34%, a dla 85+ 86%. Należy zaznaczyć, iż po 50 r.ż. znacząco rośnie zasięg obu rodzajów ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (patrz wykresy poniżej) (Abramowska-Kmon i Antczak, 2022) (por. Wykres 1 i Wykres 2).

**Wykres 1. Udział kobiet odczuwających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu według grup wieku**



Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak, 2022.

**Wykres 2. Udział mężczyzn odczuwających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu według grup wieku**



Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak, 2022.

## 2.2. Szacunki liczby osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu w latach 2020-2040 (projekcja)

Do projekcji wykorzystano dane o udziale osób odczuwających ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych według płci i 5-letnich grup wieku pochodzące z badania EHIS i SHARE oraz liczbę ludności dla 2020 roku (dane Eurostatu) i prognozę ludnościową Eurostatu (EUROPOP 2019). Założono, że zaobserwowany udział osób posiadających ograniczenia przy funkcjonowaniu według płci i wieku będzie taki, jak w momencie badania oraz stały w całym horyzoncie projekcji (Abramowska-Kmon i Antczak, 2022).

Wyniki projekcji wskazują, że liczba osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu zwiększy się z 10,25 mln w 2020 r. do prawie 12 ml w 2040 r. (o 16,8%). Warto podkreślić, że w tym samym czasie liczba ludności Polski zmniejszy się o ponad 6%. Liczba osób z poważnymi ograniczeniami zwiększy się bardziej niż liczba osób łżejszymi ograniczeniami (por. Tabela 2).

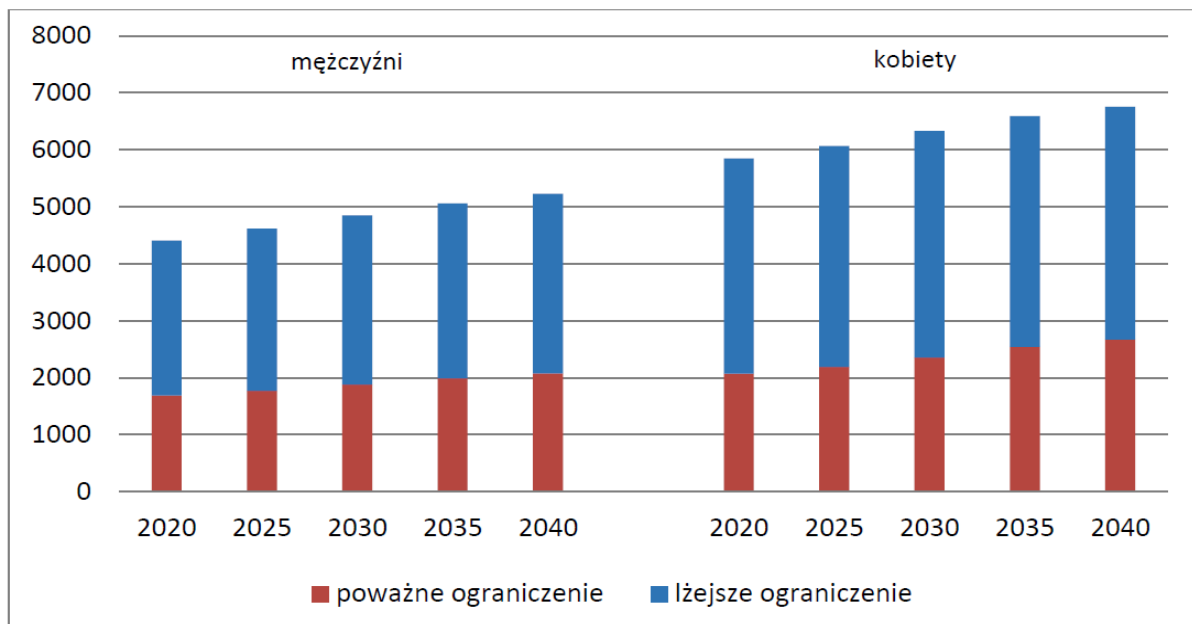
**Tabela 2. Liczba osób odczuwających ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych w Polsce według płci, 2020-2040 (w tys.)**

	2020	2025	2030	2035	2040
Kobiety	5848	6067	6334	6594	6754
Mężczyźni	4405	4617	4847	5060	5226
Ogółem	<b>10253</b>	<b>10684</b>	<b>11181</b>	<b>11653</b>	<b>11979</b>
zmiana w porównaniu do 2020 r. (w %)					
Kobiety	100	3,7	8,3	12,7	15,5
Mężczyźni	100	4,8	10,0	14,9	18,6
Ogółem	<b>100</b>	<b>4,2</b>	<b>9,1</b>	<b>13,7</b>	<b>16,8</b>

Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak, 2022.

Liczba osób z poważnymi ograniczeniami przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych zwiększy się z blisko 3,8 mln do ponad 4,7 mln w 2040 r. (czyli o 26%), zaś liczba osób deklarujących lżejsze ograniczenia zwiększy się z ok. 6,5 mln do 7,2 mln (o 11%) (wykres poniżej). Dla kobiet liczby te wzrosną odpowiednio: z ponad 2 mln do prawie 2,7 mln (o 29%) oraz z blisko 3,8 mln do ponad 4 mln (o 8%), zaś dla mężczyzn: z prawie 1,7 mln do ponad 2 mln (o 23%) oraz z 2,8 mln do ponad 3,1 mln (o 16%). Wyniki te (por. Wykres 3) wskazują, że liczba osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu wzrośnie na skutek zaawansowania procesu starzenia się ludności i znacznego wzrostu populacji w starszym wieku, która charakteryzuje się największym zasięgiem niepełnosprawności.

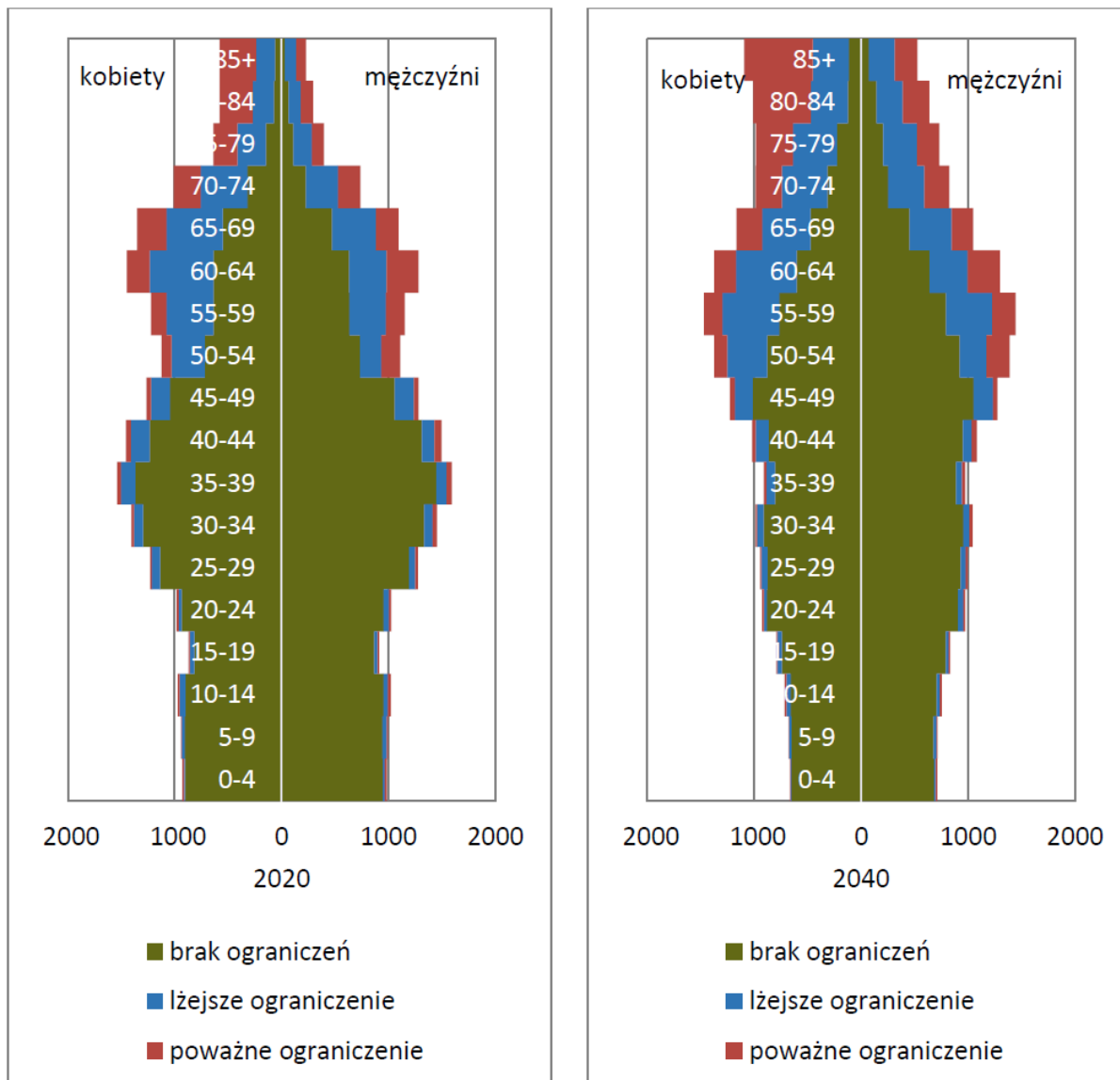
**Wykres 3. Liczba osób odczuwających ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych w Polsce według płci i typu ograniczenia, 2020-2040 (w tys.)**



Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak, 2022.

Bardzo dobrą ilustracją zachodzących zmian w liczbie i strukturze ludności Polski według stopnia ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności są piramidy wieku (por. Wykres 4). Oprócz intensywnego starzenia się ludności, któremu towarzyszyć będzie znaczny ubytek ludności, należy spodziewać się istotnego zwiększenia się grupy osób z różnego rodzaju trudnościami w codziennym funkcjonowaniu. Trzeba podkreślić, że ten przyrost będzie związany głównie ze wzrostem liczby osób starszych, sędziwych, które w największym stopniu będą potrzebowały opieki i wsparcia.

**Wykres 4. Piramida wieku ludności w Polsce według ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, 2020 i 2040 (w tys.)**



Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak, 2022.

Przeprowadzone analizy pokazują wyraźnie, że liczba osób z niepełnosprawnościami w Polsce będzie w przyszłości znacząco większa niż obecnie. Wzrost ten będzie związany z intensyfikacją procesu starzenia się ludności w naszym kraju, którego należy oczekiwać w najbliższych 20 latach. Szybkie tempo tego procesu prowadzi do znacznego zwiększenia zbiorowości osób starszych, w tym sędziwych, a to z kolei będzie głównym czynnikiem wzrostu liczby osób z ograniczeniami przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, potrzebujących różnego rodzaju usług społecznych. Dodatkowo tej zmianie

demograficznej towarzyszyć będą zmiany w modelu funkcjonowania rodzin, a także wzrost oczekiwań związanych z jakością życia wszystkich grup ludności, w tym osób z niepełnosprawnościami. Oznacza to, że nastąpi kumulacja kosztów związana zarówno ze wzrostem populacji potrzebującej wsparcia, jak i spadkiem wsparcia świadczonego w ramach rodziny.

### **3. Ewolucja systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami w Polsce**

W Polsce już od wielu lat postulowane są istotne zmiany modelu polityki publicznej wobec niepełnosprawności. Polski model zatrudnienia, rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami ma swoje źródło w ustawie z dnia 9 maja 1991 roku o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1991 nr 26, poz. 201 ze zm.). Ustawa uznawana za przełomowy dokument dla tworzonego wówczas systemu wsparcia na wiele lat wyznaczyła ramy działań, które były modyfikowane przez kolejną ustawę (1997) i jej liczne nowelizacje. Obecnie obowiązującą jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2021, poz. 573, ze zm.).

System zabezpieczenia społecznego osób z niepełnosprawnościami w Polsce jest realizowany w ramach: powszechnego ubezpieczenia społecznego pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz rolników; zabezpieczenia społeczne niektórych pracowników państwowych; pomocy społecznej; wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych i pracodawców tworzących dla nich miejsca pracy. Każdy z tych systemów odrębnie definiuje uprawnienia do świadczeń związanych z niepełnosprawnością. Różne są również ich zasady organizacji, finansowania i zarządzania. Od 1991 działa Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, którego podstawowym celem jest minimalizacja ograniczeń funkcjonalnych osób z niepełnosprawnościami przez wszelkie dostępne metody diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjne, pomoce techniczne, edukację i możliwość świadczenia wsparcia przez inne osoby w niezbędnym wymiarze, które umożliwi aktywne, samodzielne życie osobom z niepełnosprawnościami niezależnie od rodzaju i charakteru ich niepełnosprawności.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/niepelnosprawnosc;3947453.html>

Wsparcie skierowane do osób z niepełnosprawnościami realizowany przez instytucje rządowe i samorządowe oraz podmioty i organizacje pozarządowe. Generalnie można podzielić je na system świadczeń pieniężnych i system świadczeń niepieniężnych. Świadczenia pieniężne to min. zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy, specjalny zasiłek celowy. W kontekście zdeinstytucjonalizacji znacznie ma system świadczeń niepieniężnych, który może być realizowany w formie zdeinstytucjonalizowanej, jak i placówkowej. Są to, m.in. (Małecka-Łyszczek, Mędrzycki, 2021):

- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze;
- usługi opiekuńcze i bytowe w formie rodzinnego domu pomocy;
- usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek świadczone w ośrodku wsparcia;
- ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- mieszkania chronione;
- domy pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnościami;
- placówki zapewniające całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami;
- pomoc na usamodzielnianie się i kontynuowanie nauki dla osoby z niepełnosprawnością;
- pomoc w formie rzeczowej w celu ekonomicznego usamodzielnienia;
- poradnictwo specjalistyczne;
- udzielenie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym.

#### **4. Dostępność i jakość usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami w Polsce**

Zakres podejmowanych działań w zakresie wdrożenia modelu opartego na usługach społecznych świadczonych na rzecz osób z niepełnosprawnościami opisują dwa parametry: dostępność i jakość. Ta część opracowania diagnozuje stan faktyczny w odniesieniu do tych dwóch kategorii.

#### **4.1. Dostępność usług społecznych**

Dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami ma wiele wymiarów: przestrzenny, architektoniczny, transportowy, informacyjny i finansowy. Kluczowe jest zapewnienie dostępności usług świadczonych zarówno w miejscu zamieszkania, jak i poza nim. W Polsce dostrzeżono ten aspekt, tworząc program rządowy Dostępność Plus 2018-2025. Jednak w głównej mierze odnosi się on do standardów technicznych, które pozwalają osobom z niepełnosprawnościami uczestniczyć w życiu społeczno-gospodarczym. Nie zapewnia natomiast dostępności rozumianej jako gwarancja otrzymania określonej usługi społecznej. Na tak rozumianą dostępność wpływ na szereg czynników: czynniki o charakterze regulacyjnym, czynniki o charakterze finansowym, czynniki związane z dostępem do wykwalifikowanej kadry, uwarunkowania świadomościowe i czynniki lokalne.

Czynniki o charakterze regulacyjnym dotyczą odpowiedniego przygotowania procesu deinstytucjonalizacji po stronie strategiczno-programowej na różnych szczeblach: krajowym, regionalnym i lokalnym. Pierwszy nurt strategiczno-programowy związany jest z procesem deinstytucjonalizacji usług społecznych na rzecz różnych grup narażonych na wykluczenie, nie tylko w stosunku do osób z niepełnosprawnościami. W 2022 r. w Polsce przyjęto „Strategię Rozwoju Usług Społecznych - polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” (M.P. 2022, poz. 767). Trwają prace nad Regionalnymi Planami Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji oraz Lokalnymi Programami Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych. W celu wsparcia procesu deinstytucjonalizacji na poziomie lokalnym opracowano Ogólnopolskie ramowe wytyczne tworzenia lokalnych placów deinstytucjonalizacji usług społecznych. Drugi nurt strategiczny wiąże się z wdrażaniem KPON w Polsce. Ratyfikacja Konwencji doprowadziła do stopniowych modyfikacji polityki wspierania osób z niepełnosprawnościami w wielu obszarach jej funkcjonowania, nadal działania te uznaje się za niewystarczające (Gąciarz, 2014; Kocejko, 2018). W 2022 r. prowadzone są prace nad nowymi rozwiązaniami wyrównującymi szanse osób z niepełnosprawnościami. Zadaniem nowych przepisów ma być kompleksowe uporządkowanie oraz rozbudowanie systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, odpowiadając na postulaty środowisk OzN oraz na potrzeby wynikające z konieczności jeszcze pełniejszego wdrożenia KPON. Trwają także prace nad ustawą regulującą kwestie asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami. W końcu trzeci nurt regulacyjny dotyczy Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług

społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818), stwarzającej możliwość przekształcania ośrodków pomocy społecznej w centra usług społecznych. Ich zadaniem jest dostarczanie mieszkańcom usług społecznych. To swojego rodzaju zmiana paradygmatu wsparcia – od skupiania na grupie osób wykluczonych, których wsparcie uzależnione jest często od dochodów do świadczenia usług o charakterze powszechnym, a zarazem o spersonalizowanym charakterze. Trudno ocenić obecnie jak te założenia będą wdrożone w praktyce, ale sam fakt ich pilotażowej implementacji świadczy o zmianach, jakie zachodzić będą w przeszłości w ramach systemu wsparcia różnych grup ludności, w tym osób z niepełnosprawnościami.

Czynniki o charakterze finansowym odnoszą się do dostępności finansowania procesu deinstytucjonalizacji, w szczególności na poziomie lokalnym. Kluczowe jest systemowe zapewnienie odpowiednich źródeł finansowania, odpowiadających na skalę potrzeb, ale równocześnie uwzględniających realne możliwości budżetowe na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. W chwili obecnej wiele działań o charakterze deinstytucjonalizacyjnym (np. w zakresie mieszkań wspomaganych i treningowych<sup>4</sup> czy asystencji osobistej<sup>5</sup>) realizowane jest w ramach projektów, które mają ograniczony czasowo charakter.

Czynniki związane z dostępnością wykwalifikowanej kadry, są kluczowe dla zapewnienia świadczenia usług społecznych odpowiedniej jakości. Wzrost zapotrzebowania na usługi społeczne wysokiej jakości świadczone w społecznościach lokalnych związany z procesem deinstytucjonalizacji generuje wzrost zapotrzebowania na kadry posiadające odpowiednie kwalifikacje (Grabowska i in., 2022), co w obliczu niedoborów kadrowych w pomocy społecznej czy szerzej rozumianym systemie wsparcia osób z niepełnosprawnościami jest dużym wyzwaniem, zarówno jeśli chodzi o organizację systemu edukacyjnego na różnych etapach, jak i organizację miejsc pracy dobrej jakości, konkurencyjnych na rynku pracy. Chodzi tu zarówno o profesjonalistów świadczących wyspecjalizowane usługi, jak i o kompetencje związane z zarządzaniem usługami i ich wiązkami. Bez tych zmian deficyt pracowników mogących świadczyć środowiskowe usługi

<sup>4</sup> Np. Program mieszkań wspomaganych „Dolne Młyny”, Program mieszkań wspomaganych PSONI.

<sup>5</sup> W ramach projektu „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych” dokonano szczegółowego przeglądu projektów z lat 2026-2020, które zawierały element asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami - zidentyfikowano łącznie 1214 takich projektów.

społeczne będzie się jeszcze w przyszłości pogłębiał. Po pierwsze dlatego, że ludzie nie wybierają kształcenia w kierunku pracy w systemie pomocy społecznej lub szerzej w kierunku zawodów pomocowych. Po drugie dlatego, że pracownicy nie napływają do systemu ze względu na niskie wynagrodzenia i niski prestiż zawodu. Liczba nowych pracowników w systemie jest ograniczana także wysokimi wymogami, zarówno formalnymi, jak i dużym zakresem czynności, do wykonywania których potrzeba specjalistycznego przeszkolenia o charakterze praktycznym, często nabywanego dopiero w toku długoletniej pracy zawodowej. Katalog możliwych rozwiązań problemu niedoborów kadr w stosunku do rzeczywistego zapotrzebowania na wsparcie obejmuje wzrost wynagrodzeń, stworzenie jasnych ścieżek rozwoju i awansu oraz większą profesjonalizację działań (Grabowska i in., 2022).

Czynniki świadomościowe związane ze zrozumieniem istoty zmian, a więc reorganizacji systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami w kierunku budowy systemu usług środowiskowych. Zmiana ta wymaga budowania akceptacji i zrozumienia jej znaczenia dla polityki społecznej skierowanej do osób z niepełnosprawnościami na różnych poziomach: decydentów na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, pracowników systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami (szczególnie systemu pomocy społecznej), kadry zarządzającej systemu pomocy społecznej. Chodzi tu o budowanie motywacji do podejmowania odpowiednich działań, opartej na zrozumieniu zmiany paradygmatu funkcjonowania systemu – przejścia od świadczenia pomocy do udzielania wsparcia (Rymsza, 2016). Takie podejście umożliwi osobom wspieranym jak najdłuższe pozostawanie w ich środowiskach lokalnych. Natomiast konkretny program wsparcia powinien być wynikiem dialogu pomiędzy osobą wspieraną, jej rodziną, społecznością lokalną a systemem pomocy społecznej i powinien opierać się na łączeniu potencjału w różnych sferach. Wiąże się to zarówno ze zmianą sposobu świadczenia usług, jak i potrzebą otwarcia na współpracę ze społecznościami lokalnymi i różnymi aktorami lokalnymi. Budowanie i organizacja wspólnot lokalnych stanowią jedne z kluczowych elementów wprowadzenia tej zmiany.

Rozwinięte społeczności lokalne – obecnie członkowie lokalnej społeczności często są biernymi odbiorcami usług świadczonych przez lokalnych usługodawców/instytucje. I choć wyraźnym celem tych instytucji jest zaspokajanie potrzeb społecznych, często w istotny sposób przyczyniają się one do stworzenia przepaści między świadczącymi usługi, a ich odbiorcami z powodu ograniczeń finansowych, zhierarchizowanych i zbiurokratyzowanych procedur, pozycji zawodowej, centralizacji czy wymagań statutowych/ustawowych. Tradycyjny model

świadczenia usług nie daje indywidualnym osobom i grupom działającym w społeczności, znacznych możliwości wywierania wpływu na priorytety miejscowych i centralnych władz, diagnozowania kluczowych problemów czy wybieranie rozwiązań i metod podejścia do problemu (Skrzypczak, 2011). Jednym z kluczowych elementów społecznej usługi środowiskowej jest praca ze społecznościami lokalnymi znajdującymi się w niekorzystnym położeniu, w tym z osobami z niepełnosprawnościami, wymagającymi wsparcia, mająca umożliwić im wspólne określenie potrzeb i praw, jasne przedstawienie celów i podjęcie działań pozwalających te cele realizować w ramach demokratycznych struktur. W tym ujęciu kluczowa pozostaje społeczność lokalna, która pełni następujące funkcje (Warren, 1963):

- socjalizacyjną, przez którą społeczność zaszczepia pewne wartości swoim członkom,
- zaradności gospodarczej, społeczność zapewnia egzystencję swoim członkom,
- udziału w społeczeństwie, spełniając potrzebę życia towarzyskiego i społecznego,
- kontroli społecznej, wymagając przestrzegania wartości społeczności.

Rozwój społeczności lokalnych to proces będący doświadczeniem zarówno zbiorowym, jak i indywidualnym. Bazuje on na założeniu o potrzebie budowania partnerskiej relacji między usługodawcami i usługobiorcami. Opiera się o lokalną edukację społeczną (ang. *community education*), polegającą na dzieleniu się umiejętnościami, świadomością, wiedzą i doświadczeniem w celu doprowadzenia do zmiany. Praca w społeczności jest procesem, dzięki któremu jakaś grupa określa swoje potrzeby lub cele ogólne, dokonuje ich hierarchizacji, zwiększa poczucie zaufania do siebie oraz wolę pracy na rzecz zaspokojenia tych potrzeb, znajduje niezbędne środki wewnętrzne lub zewnętrzne, podejmuje konieczne działania, wykazuje się postawami i działaniami zmierzającymi do podjęcia współpracy w ramach społeczności (Ross, 1967). Znaczenie społeczności lokalnych w procesie deinstytucjonalizacji dobrze oddają wnioski z klasycznego dziś raportu zatytułowanego „Praca środowiskowa i zmiana społeczna”, który nakreślał dwie kluczowe dla pracy na rzecz społeczności koncepcje (tzw. Raport Gulbenkiana z 1968 roku – Calouste Gulbenkian Foundation, 1968). Zgodnie z nim środowiskowa działalność powinna koncentrować się na pomaganiu mieszkańcom w podejmowaniu decyzji, planowaniu i podejmowaniu działań mających na celu realizowanie ich własnych potrzeb przy pomocy dostępnych zasobów zewnętrznych (proces organizowania). Celem tych działań jest pomoc lokalnym służbom w tym, by stawały się bardziej skuteczne, przydatne i dostępne dla tych, których potrzeby

starają się zaspokajać (zarządzanie środowiskową usługą społeczną). W raporcie po raz pierwszy wskazano, że praca środowiskowa powinna być uznana za część profesjonalnej praktyki całej grupy pracowników lokalnych, od nauczycieli po pracowników socjalnych, od duchowieństwa do włodarzy miast (nowa rola pracownika socjalnego). Podkreślał on potrzebę planowego podejścia i rolę wielozadaniowej agencji pracującej w celu skutecznego zaspokajania potrzeb społeczności (Skrzypczak, 2022).

#### **4.2. Jakość usług społecznych**

Wspieranie jakości w obszarze polityki społecznej jest tematem często podejmowanym. Pierwsze programy zapewniania jakości pracy socjalnej pojawiły się już pod koniec lat siedemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych (Coulton, 1979). Od tamtej pory pojawiają się inicjatywy w tym obszarze zarówno na poziomach krajowych, jak i ponadnarodowym. Do najbardziej znaczącej inicjatywy międzynarodowej należy EQUASS (ang. European Quality in Social Services), zapoczątkowana w 2002 r. przez Europejską Platformę na rzecz Rehabilitacji.

Zasady EQUASS zapewniają kompleksowe podejście do zarządzania jakością w usługach społecznych, charakteryzują się podejściem opartym na prawach i są uznany narzędnikiem wdrażania „Europejskich Dobrowolnych Ram Jakości dla Usług Społecznych” (ang. the European Voluntary Quality Framework for Social Services). EQUASS oferuje dwa kompleksowe programy certyfikacji w usługach społecznych: Quality Assurance i Quality Excellence. Programy te umożliwiają dostawcom usług społecznych zaangażowanie się w proces zewnętrznej, niezależnej oceny, dzięki któremu zapewniają mogą potwierdzić jakość swoich usług dla użytkowników usług i innych interesariuszy. Wszystkie programy uznawania EQUASS oparte są na „Ramach Jakości” (ang. Quality Framework), stanowiących zbiór zasad jakości pod postacią kryteriów jakości i wskaźników wydajności, które są dostosowane do sektora społecznego. Ramy Jakości obejmują 10 Zasad i 50 Kryteriów. Dokument ten został opracowany w wyniku konsultacji z interesariuszami i oparty na Dobrowolnych Europejskich Ramach Jakości dla Usług Społecznych (za European Platform for Rehabilitation, 2021). Te zasady odnoszą się do takich obszarów jak:

- przywództwo (w zakresie wytyczania najlepszych praktyk działania w ramach społecznej odpowiedzialności i sprawiedliwości);

- personel (w zakresie promocji różnorodności w miejscu pracy, budowania kultury zaangażowania, dobrostanu pracowników i ich doksztalcania się);
- prawa (zobowiązanie do promowania, ochrony i respektowania praw osób wspieranych w zakresie równych szans, równego traktowania i wolności wyboru, samostanowienia i równego uczestnictwa);
- etyka (uwzględnianie w działaniach reguł etycznych respektujących godność i dobrostan osób wspieranych i ich rodzin, personelu oraz opiekunów, a także w duchu uczciwości, zaufania i poszanowania prywatności osób wspieranych);
- partnerstwo (działanie w partnerstwie z kluczowymi interesariuszami w celu skuteczniejszego działania i włączania osób wspieranych w życie społeczności);
- partycypacja (pełna partycypacja i aktywne uczestnictwo osób wspieranych i ich reprezentacji na wszystkich poziomach w organizacji i w społeczności, w szczególności zapewnienie osobom wspieranym decydującego głosu w zespołach udzielających wsparcia);
- podejście skoncentrowane na osobie (dostosowanie usług do potrzeb, oczekiwań i możliwości osób wspieranych, zaangażowanie osób wspieranych w ocenę, sposób świadczenia, informacje zwrotną i ewaluację);
- kompleksowość (zapewnienie dostępu osobom wspieranym do ciągłych, kompleksowych usług świadczonych w środowiskach lokalnych, usługi powinny być świadczone w ramach interdyscyplinarnych zespołów);
- zorientowanie na rezultaty (ukierunkowanie na osiągnięcie planowanych rezultatów, korzyści i największej wartości dla osób wspieranych);
- ciągle doskonalenie (ukierunkowanie na ciągle doskonalenie, transparentność i odpowiedzialność).

Zagadnienia jakości usług społecznych, także w ramach podejścia EQUASS można przedstawić w trójkącie między profesjonalistą, obsługiwanym i organizacją, w którego centrum jest dana usługa. Na stylu działań poszczególnych aktorów procesu świadczenia usługi społecznej wykonywane są czynności, co do których wyznaczyć można szczegółowe kryteria jakości (por. Rysunek 1).

**Rysunek 1. Trójkąt kryteriów jakości usługi**



Źródło: Prezentacja „A comprehensive approach in meeting needs and expectations of stakeholders”, Council of Europe, Strasbourg, 29-30 października 2008 r., slajd nr 10.

W Polsce powstało także wiele inicjatyw standaryzacyjnych (głównie projektowych) w obszarze usług społecznych. Największą z nich był projekt „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” (2013-2014), w ramach którego powstały:

- Standardy Pracy Socjalnej;
- Standardy usług pomocy społecznej w tym standardy interwencji kryzysowej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, poradnictwa specjalistycznego, w tym poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin tych osób oraz dla osób wspierających osoby z niepełnosprawnościami;
- Modele realizacji usług o określonym standardzie w gminie, powiecie i mieście na prawach powiatu.

Realizowane były także mniejsze inicjatywy, skierowane już bezpośrednio na osoby z niepełnosprawnościami, takie jak:

- „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi” (2018),
- „Standardy w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego dla osób chorujących psychicznie po wielokrotnych pobytach w szpitalu psychiatrycznym” (2019)

- „Model standardu mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym z autyzmem i zespołem Aspergera” w ramach projektu” *Azymut – Samodzielność*” (2018),
- „Standard asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami” w ramach projektu „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych” (2021-2022).

Jednak wciąż standaryzowane rozwiązania nie mają charakteru systemowego, nie są wdrażane lub ich wdrażanie ma ograniczony zasięg. Podejmowane są próby ich systemowego ujęcia poprzez inicjatywy ustawodawcze; trwają prace nad projektem ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami oraz projektem ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami. W perspektywie długookresowej zakres podejmowanych w obszarze deinstytucjonalizacji wyznacza przyjęta w 2022 r. „Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”. Wsparcia osób z niepełnosprawnościami dotyczy drugi cel strategiczny („Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”) oraz trzeci cel strategiczny („Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności”). Dokument ten jednak w sposób bardzo ogólny wskazuje pożądane kierunki działania bez określenia sposobu dojścia do nich, zakłada także wdrożenie standaryzacji usług społecznych.

Ważnym czynnikiem, mającym wpływ na kształtowanie systemu usług wsparcia osób z niepełnosprawnościami są zmiany technologiczne. Będą one wpływać zarówno na dostępność, jak i jakość świadczonych usług. Nowe technologie mogą ułatwić aktywizację zawodową osób z niepełnosprawnościami, które korzystając z nich mogą w znacznym stopniu zwiększyć zakres możliwych do wykonywania czynności. Jednocześnie, rozwój technologiczny wspiera możliwości udzielania bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami w formie środowiskowej. Technologie te stają się coraz bardziej dostępne i coraz tańsze. Należy się spodziewać, iż coraz powszechniejsze korzystanie z nowych technologii także wśród osób starszych może poprawić efektywność oferowanego wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami. Wymaga to jednak przede wszystkim inwestycji w infrastrukturę.

## 5. Praktyki deinstytucjonalizacyjne w obszarze wsparcia osób z niepełnosprawnościami

W tej części opracowania dokonano przeglądu praktyk pomocowych w obszarze deinstytucjonalizacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Punktem wyjścia w tych analizach jest założenie, że deinstytucjonalizacja jest jedynie środkiem, a nie celem działań, jakim jest poprawa dobrostanu osób z niepełnosprawnościami. Oznacza to, że w przeglądzie poszukiwano palety rozwiązań charakteryzujących się różnym stopniem deinstytucjonalizacji, które z jednej strony mają charakter środowiskowy, a z drugiej mogą stanowić odpowiedź na różne potrzeby. Populacja osób z niepełnosprawnościami jest bowiem bardzo różnorodna z wielu względów: charakteru niepełnosprawności, sytuacji rodzinnej, wieku, itp., co różnicuje potrzeby wsparcia. Dokonany przegląd praktyk pomocowych w tym obszarze obejmuje zatem zarówno rozwiązania w pełni zdeinstytucjonalizowane (np. środowiskowe usługi społeczne), jak i rozwiązania pośrednie (np. uspołecznione wsparcie instytucjonalne), które zakładają jednak pewien zakres usrodowiskowienia i otwarcia na współpracę ze społecznościami lokalnymi. Takie podejście zakłada poszanowanie prawa do wyboru zakresu i formy wsparcia przez osoby z niepełnosprawnościami, a także wskazuje na ewolucję obecnego systemu w kierunku podejścia środowiskowego.

Wyniki dokonanego przeglądu pozwoliły na wyróżnienie pięciu powiązanych wzajemnie powiązanych elementów środowiskowego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami.

Są to:

- wsparcie mieszkaniowe,
- uspołecznione wsparcie instytucjonalne,
- wsparcie rodziny,
- aktywna rehabilitacja,
- zintegrowane wiązki usług społecznych.

Wsparcie mieszkaniowe. W tej części poszukiwano rozwiązań opartych na mieszkaniach wspomaganych, treningowych, systemie dopłat do czynszu, finansowaniu likwidacji barier architektonicznych, pokrycia części wydatków mieszkaniowych ponoszonych przez najemców nowych mieszkań objętych współpracą inwestorów z gminami, a także rozwoju społecznego budownictwa czynszowego.

Uspołecznione wsparcie instytucjonalne. Przegląd objął także działania instytucji, które działają środowiskowo i otwierają się na współpracę ze społecznościami lokalnymi.<sup>6</sup> Działania środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywizacji zawodowej i innych placówek i ośrodków wsparcia mają potencjał środowiskowego działania i służyć poprawie dobrostanu osób z niepełnosprawnościami. W ramach tej części poszukiwano instytucjonalnych praktyk pomocowych, które nie stanowiły zamkniętych enklaw adresowanych wyłącznie do określonej grupy kategoryjnej i pozwalającego pozostałym mieszkańcom danej społeczności prowadzić życie, jakby osób z niepełnosprawnościami na ich terenie nie było. W tym podejściu ważne jest, aby ośrodki te były postrzegane jako elementy lokalnej infrastruktury i uczestniczyły w życiu społeczności lokalnych. Niezbędne jest łączenie i wzajemne przenikanie się wsparcia instytucjonalnego i usług środowiskowych, współpracę placówek z rodzinami osób z niepełnosprawnościami. W ten sposób i placówki, i programy nabierają środowiskowego charakteru, a współpracujące z nimi sieci wsparcia społecznego stają się ko-producentami usług. Wokół zinstytucjonalizowanej infrastruktury wsparcia rozwija się zaś ruch samopomocy rodzin.

Można wskazać wstępny katalog cech jakimi otwarta i kooperatywna i uspołeczniona instytucja powinna się wyróżniać. Takich cech poszukiwaliśmy w ramach przeglądu w tym obszarze. Są to między innymi:

- traktowanie osób korzystających z usług instytucji podmiotowo, z poszanowaniem ich prawa stanowienia o sobie i swoim życiu;
- nieograniczanie swojej działalności tylko do wąsko pojętej specjalizacji i własnych zasobów;

---

<sup>6</sup> Relacje pomiędzy instytucjami a otoczeniem wykazują różnorodne zależności i prawidłowości. Wielu badaczy wskazuje na to, że kiedy występuje niedobór zasobów i organizacje nie potrafią ich wygenerować samodzielnie, wzrasta prawdopodobieństwo, że nawiążą współpracę z innymi organizacjami. Nie jest to jednak warunek wystarczający. Gdy instytucjom brakuje podobnych, a nie komplementarnych zasobów i gdy chcą je czerpać z tych samych źródeł często występuje konkurencja (Akinode i Clark, 1976). Teoria zależności od zasobów nie wyjaśnia wszystkich przyczyn nienawiązania relacji z innymi podmiotami w społeczności lokalnej. Przyczyny mogą mieć charakter pozaekonomiczny związany na przykład z istniejącymi relacjami interpersonalnymi, brakiem zaufania, różnicami w wyznawanych wartościach, rozbieżnym pojmowaniem celów. Dla budowania efektywnej relacji współpracy konieczna jest umiejętność budowania zaufania ułatwiającego przekraczanie granic/łączącego granice (ang. *boundary spanner*). Związki z innymi podmiotami mają według teorii zależności od zasobów pomóc instytucjom w redukcji niepewności środowiska (Tsasis, 2009). Niepewność środowiska wynika z zależności od problemów związanych z dostarczaniem usług i wzrastaniem zapotrzebowania na nie czy z konieczności spełniania skomplikowanych ogólnych regulacji (Blau i Rabrenovic, 1991; Foster i Meinhard, 2002).

- korzystanie z rozwiązań i zasobów innych podmiotów poprzez współpracę;
- pełnieniem roli pośredniczącej pomiędzy światem instytucjonalnym a aktywnością społeczno-obywatelską;
- odwołaniem się do potencjałów społeczności lokalnych i postrzeganiem środowiska jako bogatego w zasoby, które są naturalnym źródłem zróżnicowanych możliwości działania;
- tworzeniem aktywnych relacji i wspólnej płaszczyzny działania pomiędzy wieloma podmiotami samorządowymi, a także powiązań i współpracy międzysektorowej;
- budowaniem trwałych partnerstw lokalnych zakładających współdziałanie w rozpoznawaniu problemów społecznych i zasobów środowiskowych w celu wspólnego projektowania i realizowania długofalowo zakrojonych działań rozwojowych.

Wsparcie rodziny. W ramach tego obszaru poszukiwano praktyk pomocowych wspierających rodziny osób z niepełnosprawnościami, które pozwalają im współtworzyć wsparcie środowiskowe nie tylko dla własnych członków z niepełnosprawnością. Chodzi tu zatem o tworzenie ruchu samopomocy i sieci rodzin, jako podstawowego społecznego kręgu wzajemnej pomocy. Poszukiwano także rozwiązań opartych na pracy z rodzinami pod kątem zabezpieczenia przyszłości osób z głębszą niepełnosprawnością w sytuacji, kiedy zabraknie naturalnych opiekunów, jakimi są rodzice.

Aktywna rehabilitacja. W tej części poszukiwano praktyk pomocowych nakierowanych na przygotowanie osób z niepełnosprawnościami do aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie w różnych obszarach. Chodzi o poszukiwane praktyk tworzących warunki do włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami, z uwzględnieniem zarówno możliwości wyłączeniowych społeczności lokalnej, jak i zdolności partycypacyjnych osób z niepełnosprawnościami.

Zintegrowane wiązki usług społecznych. W tym obszarze poszukiwano praktyk opartych na systemie wysokiej jakości usług społecznych (socjalnych, asystenckich, kulturalnych, profilaktycznych) w środowisku zamieszkania. Zakłada się, że powinny one mieć charakter spersonalizowany i zintegrowany (w postaci wiązek różnorodnych usług).

W Tabeli 3 dokonano przeglądu praktyk i rozwiązań o zdeinstytucjonalizowanym charakterze w ramach opisanych powyżej obszarów, które można było zaobserwować w Polsce na przestrzeni ostatnich lat.

**Tabela 3. Opis praktyk pomocowych o deinstytucjonalizacyjnym charakterze w obszarze wsparcia osób z niepełnosprawnościami**

Obszar	Opis praktyk	Komentarz
<p><b>Wsparcie mieszkaniowe<sup>7</sup></b></p>	<p>W ramach wsparcia mieszkaniowego możemy wyróżnić następujące elementy:</p> <p>1. Mieszkania chronione</p> <p>Mieszkania chronione są jedną z form wsparcia ustaloną na mocy ustawy o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. zm.).<sup>8</sup> Zgodnie z art. 53 ustawy mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu, ale nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin. Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego i w zależności od celu udzielania wsparcia prowadzone jest jako mieszkanie chronione treningowe lub mieszkanie chronione wspierane. W Polsce w 2020 r. funkcjonowało 1355 mieszkań chronionych.<sup>9</sup></p> <p>W latach 2016-2020 nastąpił rozwój tego typu usług. Ogólna liczba mieszkań chronionych wzrosła o prawie 93% (z 703 do 1355). Znaczny wzrost mieszkań</p>	<p>Trwają prace nad reformą w obszarze mieszkalnictwa chronionego polegającą na jego podziale na: mieszkalnictwo wspomagane oraz mieszkalnictwo treningowe, ze względu na różne cele i zadania tych dwóch form. Mieszkalnictwo wspomagane zdefiniowano jako „usługę społeczną świadczoną w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, przy wsparciu specjalistów, do prowadzenia niezależnego i możliwie samodzielnego życia (mieszkanie</p>

<sup>7</sup> Opracowanie na podstawie: Giermanowska (2022).

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2021, poz. 2268 t.j.).

<sup>9</sup> *Udomowienie usług społecznych i zdrowotnych na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia 2021-2035. Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce*, projekt, kwiecień 2021.

	<p>odnotowano dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ze 100 w 2016 roku do 219 w 2020 roku, co stanowi wzrost o 119%). Jednak w dalszym ciągu liczba mieszkań chronionych jest niższa (1355) niż liczba gmin (2477), co oznacza, że statystycznie, mieszkania chronione nie funkcjonują jeszcze na terenie każdej z gmin. Działania gmin dotyczące tworzenia mieszkań chronionych w ocenie NIK (kontrola w okresie 2015-2018) były na ogół prawidłowe. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły dostosowania mieszkań i budynków, w których znajdowały się mieszkania chronione do potrzeb i wymagań osób z niepełnosprawnościami. Nieprawidłowości polegały m.in. na niezapewnieniu swobodnego dostępu do budynku lub mieszkania, a także na braku możliwości swobodnego poruszania się w mieszkaniu.<sup>10</sup></p> <p>Mieszkania chronione były tworzone w ramach programu „Za życiem”, Działanie 4.7: Tworzenie mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych dla osób niepełnosprawnych. Celem działania jest wsparcie mieszkaniowe osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub stopniem umiarkowanym, w odniesieniu do których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję, oraz niewidomych. W latach 2017-2019 utworzono łącznie 141 mieszkań chronionych dla 514 osób.<sup>11</sup></p>	<p>treningowe) lub zapewniającego wsparcie w prowadzeniu niezależnego życia (mieszkanie wspierane)” (Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030, s. 113). Zapowiedziano również uruchomienie w formie pilotażowej Wspomaganych Społeczności Mieszkaniowych.</p> <p>Zgodnie z przyjętymi założeniami, zarówno mieszkania wspomagane (wspierane), jak i treningowe, mają funkcjonować jako odrębne mieszkania, mogące tworzyć zespoły z częściami wspólnymi. Każde z mieszkań wyposażone jest w łazienkę oraz kuchnię/aneks kuchenny,</p>
--	--	--

<sup>10</sup> Wykonywanie przez gminy zadań z zakresu gospodarki mieszkaniowej, NIK, 2019, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/18/005/LBY/>, s. 12.

<sup>11</sup> Realizacja Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w latach 2017-2019, MRiPS, <https://www.gov.pl/web/rodzina/efekt-programu-wybrane-dzialania>, dostęp: 13.12.2021.

	<p>Kontrola programu przez NIK (2021)<sup>12</sup> wykazała, że zainteresowanie nowopowstałymi miejscami – w roku ich utworzenia – było bardzo niskie, skorzystały z nich bowiem, według danych Ministerstwa, jedynie 53 osoby (10%), także w późniejszym okresie, pomimo kierowania do mieszkań chronionych osób do tego nieuprawnionych, ze względów m.in. mieszkaniowych, rodzinnych czy zdrowotnych. Ministerstwo i wojewodowie nie diagnozowali przyczyn niskiego obłożenia utworzonych miejsc.</p> <p>W opinii ekspertów mieszkania chronione często nie zapewniają osobom z niepełnosprawnościami wystarczającej autonomii, samodzielności i niezależności, zbytnio narzucając reguły instytucjonalne na jednostkę. „Duża część mieszkań chronionych staje się małymi instytucjami. Należy zauważyć, że większość mieszkań chronionych posiada swoje regulaminy z reguły bardzo przypominające regulaminy instytucji. Dzieje się tak, pomimo że regulacje zawarte zarówno w ustawie, jak i w rozporządzeniach nie przewidują wydawania regulaminów normujących funkcjonowanie takich mieszkań. W większości regulaminy wprowadzają zasady typowe dla instytucji. Regulacje odnoszące się do mieszkań chronionych nie zapewniają ich mieszkańcom zakresu indywidualnej asystencji</p>	<p>zapewniając możliwość prowadzenia niezależnego życia przez każdego mieszkańca. Ważnym założeniem jest także to, że mieszkaniec korzysta na normalnych zasadach z asystencji osobistej, natomiast wsparcie udzielane przez operatora mieszkania ma uzupełniać asystencję. Wsparcie to, w przeciwieństwie do asystencji, może być wspólne dla większej liczby mieszkańców. Szczególne rozwiązanie przewidziano dla osób wymagających bardzo intensywnego i indywidualnego wsparcia, w ramach zespołów funkcjonujących jako wspomagane społeczności mieszkaniowe.</p>
--	---	---

<sup>12</sup> Realizacja kompleksowego programu wsparcia rodzin „Za życiem”, 2021, NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,24960,vp,27708.pdf>, s. 33-34.

	<p>osobistej”<sup>13</sup>. Jednocześnie należy dodać, że mieszkania chronione są praktycznie niedostępne dla osób ze złożonymi niepełnosprawnościami i niesamodzielnych, wymagających całodobowego wsparcia.</p> <p>2. Centra opiekuńczo-mieszkalne (COM)<sup>14</sup></p> <p>Głównym celem COM-ów jest pomoc dorosłym osobom z niepełnosprawnościami ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573) poprzez zapewnienie usług zamieszkiwania w formie pobytu całodobowego lub pobytu dziennego.<sup>15</sup></p> <p>Zdaniem wielu środowisk osób z niepełnosprawnościami nie spełniają one potrzeb środowiska i nie są zgodne z Konwencją. Krytykowane jest połączenie wsparcia dziennego i całodobowego, brak włączenia w społeczność lokalną, brak</p>	
--	---	--

<sup>13</sup> Analiza rozwiązań w zakresie włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami - raport syntetyczny, Warszawa 2021, projekt: „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”, s. 18.

<sup>14</sup> Podstawa prawna: COM funkcjonują na zasadzie programu przyjętego na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy o Funduszu Solidarnościowym.

<sup>15</sup> <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/ogloszenie-o-naborze-wnioskow-w-ramach-programu-centra-opiekunczo-mieszkalne>, dostęp: 18.12.2021.

	<p>zagwarantowania warunków niezależnego funkcjonowania, np. osobnych pokoiów z węzłami sanitarnymi.<sup>16</sup></p> <p>Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych zapowiadał stworzenie kompleksowego programu mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnościami, który miał zastąpić program COM.<sup>17</sup> Obecnie program jest kontynuowany, ale w zmienionej formule. W maju 2021 r. uruchomiono nową edycję programu, skierowaną do samorządów, z nowymi wymogami: gwarancjami podmiotowości dla mieszkańców, większą liczbą pokoi jednoosobowych, korzystną lokalizacją i dostępnością architektoniczną.<sup>18</sup></p> <p>Od sierpnia 2019 r. do maja 2021 r. zatwierdzono 39 wniosków gmin/powiatów na realizację Programu „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”.<sup>19</sup> Kwota dofinansowania zatwierdzonych wniosków wyniosła 92,5 mln zł. Program dotyczył finansowania zadań związanych z utworzeniem centrum i finansowania jego działalności. W dniu 17 września 2021 r. opublikowano listę zatwierdzonych wniosków w ramach realizacji Programu „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne” ogłoszonego 5 maja 2021 r. wraz z rekomendowaną wysokością kwot przyznanych środków z Funduszu</p>	
--	---	--

<sup>16</sup> Analiza rozwiązań w zakresie włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami - raport syntetyczny, Warszawa 2021, projekt: „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”, s. 20-21.

<sup>17</sup> <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1793943>, dostęp: 29.07.2022.

<sup>18</sup> [http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1796910;jsessionid=BF28908DCCB2648636FE488F1B37AECC?site\\_id=202321](http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1796910;jsessionid=BF28908DCCB2648636FE488F1B37AECC?site_id=202321), dostęp: 29.07.2022 r.

<sup>19</sup> Dane uzyskane z MRiPS, 6.12.2021 r.

	<p>Solidarnościowego. Na liście znalazło się 29 podmiotów, a łączna kwota przyznanego dofinansowania na realizację zadań w Module I i II wyniosła 80,4 mln zł. W dniu 11 października 2021 r. ogłoszono dodatkowy nabór wniosków w ramach Programu. Na realizację dodatkowego naboru w ramach Programu w latach 2022-2024 przeznaczono coroczną kwotę w wysokości 30 mln zł. Budżet Programu będzie wynosił w latach: 2022 r. – 105 mln zł, 2023 r. – 105 mln zł, 2024 r. – 105 mln zł.</p> <p>3. Mieszkalnictwo wspomagane i treningowe w formie projektowej</p> <p>✓ <i>Dolne Młyny (Gdańsk)</i></p> <p>Projekt budowy i funkcjonowania Domu Ekologicznego ze Wsparciem Dolne Młyny realizuje cele Gdańskiego Programu Mieszkalnictwa Społecznego dla osób/rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym na lata 2016 -2023, przyjętego Uchwałą Rady Miasta Gdańska Nr XXXI/867/16 Rady Miasta Gdańska z dnia 24 listopada 2016 roku. Beneficjentami Projektu są: wychowankowie pieczy zastępczej, ofiary przemocy domowej, osoby uzależnione, osoby z niepełnosprawnościami, osoby w kryzysie bezdomności, seniorzy, rodziny wielodzietne. Osoby te są absolwentami programów społecznych. Celem Projektu jest: (1) Zapewnienie poszczególnym grupom beneficjentów lokali mieszkalnych będących w dyspozycji Miasta, (2) Zapewnienie beneficjentom działań</p>	
--	--	--

	<p>wspierających i wzmacniających ich kompetencje społeczne, rodzinne i zawodowe przy jednoczesnym wykorzystaniu zasobów lokalnej społeczności, (3) Podniesienie świadomości i odpowiedzialności beneficjentów za zabezpieczanie swoich potrzeb mieszkaniowych, rodzinnych i zawodowych umożliwiającym im samodzielne życie w społeczeństwie. Beneficjenci, którzy zawarli czasową umowę najmu otrzymują wsparcie oraz ponoszą opłaty z tytułu najmu mieszkań w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• I Etap – Adaptacja - umowa obowiązująca przez pierwsze 2 lata – czynsz w wysokości 4,00 zł/m<sup>2</sup></li><li>• II Etap – Integracja - umowa obowiązująca od 2 do 4 roku – czynsz w wysokości 6,00 zł/m<sup>2</sup></li><li>• III Etap – Liderowanie - umowa obowiązująca od 4 do 6 roku – czynsz w wysokości 8,00 zł/m<sup>2</sup></li><li>• IV Etap – Inkubacja – umowa obowiązująca od 6 do 8 roku – czynsz w wysokości 10,20 zł/ m<sup>2</sup> lub 9,60 zł/ m<sup>2</sup> dla lokali usytuowanych na parterze</li><li>• V Etap – Samodzielność – po 8 latach trwania projektu umowa najmu będzie przekształcona w umowę na podstawie ogólnie obowiązujących</li></ul>	
--	--	--

	<p>przepisów pod warunkiem uzyskania pozytywnej opinii zespołu sterującego projektem.</p> <p>✓ <i>Gdański model mieszkań wspomaganych realizowany przez PSONI</i></p> <p>Gdański model mieszkań wspomaganych opiera się na następujących dokumentach: "Gdański model mieszkań wspomaganych" (dokument miejski, na którym opiera się gdański model), "Standardy Mieszkalnictwa 10.02.2021 (003)" - PSONIowe standardy - "oferta dla miasta PSONI", "Mieszkania rozproszone ze wsparciem" (program głównie dla osób z zaburzeniami psychicznymi), "Regulamin kwalifikacja mieszkania ze wsparciem"<sup>20</sup>. Działania realizowane są w 3 wariantach:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mieszkania ze wsparciem – duża samodzielność mieszkańca: tytuł prawny do mieszkania ma mieszkaniec, samodzielnie opłaca czynsz (zniżka czynszowa i dodatek mieszkaniowy w zależności od dochodu) z uwzględnieniem zniżek około 200-250 zł miesięcznie. Samodzielnie opłaca media oraz inne usługi np. Internet, telewizja kablowa. Mieszkaniec sam pokrywa koszty wyżywienia, leków, ubrań. Ma dostęp do usług asystenckich w takim wymiarze w jakim potrzebuje. Usługa ta nie jest odpłatna. Asystencja osobista w tego typu mieszkaniach przyznawana się w wymiarze 70 godzin miesięcznie w przypadku osób ze znaczną lub</li></ul>	
--	---	--

<sup>20</sup> Opracowanie na podstawie materiałów od. K. Kurowskiego.

	<p>umiarkowaną i sprzężoną niepełnosprawnością i 60 godzin dla pozostałych. Osoby korzystające ze specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO) ponoszą jej koszty.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mieszkanie wspomagane, czyli chronione – decyzja administracyjna, wszystkie koszty pokrywa PSONI i dotacja w kwocie 1470 zł miesięcznie na osobę. W takiej formule są: 1 mieszkanie 3-osobowe i 2 mieszkania 4-osobowe. Kwota dotacji wystarcza na pokrycie kosztów, chociaż wyraźnie uwidacznia się potrzeba wsparcia asystenckiego po 30 godzin (np. z programu z Funduszu Solidarnościowego).</li><li>• system wspierania na ulicy Dąbka w Gdańsku i w Stargardzie: mieszkaniec ma tytuł prawny do lokalu. Lokale są specjalnie zaprojektowane i mają dużą część wspólną – pokój dzienny i duża kuchnia. Każdy lokal to pokój z łazienką i aneksem kuchennym (do indywidualnej decyzji, bo można go nie organizować). Koszty utrzymania tak jak w wariantach 1 i 2 pokrywają mieszkańcy. Każdy otrzymuje usługi asystenckie lub specjalistyczne usługi opiekuńcze. Dodatkowo PSONI realizuje w tej placówce program, w ramach którego gwarantuje wsparcie, opiekę nocną i zajęcia dodatkowe, grupowe np. taniec, teatr, stolarnia, ogrodnictwo, muzyka, wyjścia społeczniające, wycieczki, opiekę pielęgniarką, edukację psychoseksualną,</li></ul>	
--	---	--

	<p>kręgi wsparcia. Koszt dodatkowego wsparcia to ok. 800 zł miesięcznie. Wsparciem tym wariant ma najszerszy zasięg, a w opinii realizatorów jest najskuteczniejszy.</p>	
<p><b>Uspołecznione wsparcie instytucjonalne</b></p>	<p>Instytucjonalny system wsparcia osób z niepełnosprawnościami powinien gwarantować dostęp do usług społecznych i informacji oraz sprzyjać integracji tej grupy mieszkańców. Jest to także sfera zaufania społecznego i szczególnej odpowiedzialności, w której komunikacja, współpraca i kultura stanowią bardzo istotne ogniwa. Jednak różnorodne lokalne instytucje, z których usług korzystają mieszkańcy z niepełnosprawnościami, są zwykle częścią administracji samorządowej i w związku z tym są narażone na wiele problemów charakterystycznych dla biurokracji. Do najbardziej typowych ograniczeń charakterystycznych dla instytucji zalicza się między innymi: dyrektywne podejście do osób wspieranych, formalizm, biurokrację, czasochłonne procedury, brak systemu komunikowania ze społecznością, brak otwartości ze strony instytucji oraz niską motywację pracowników do angażowania się w dodatkowe przedsięwzięcia. Dużym problem stanowi też współpraca międzyinstytucjonalna oraz międzysektorowa (czyli pomiędzy instytucjami samorządowymi i organizacjami pozarządowymi) czego przejawami są między innymi: brak przepływu informacji między instytucjami oraz trudności komunikacyjne, brak wspólnego celu, brak woli</p>	<p>Zmiana paradygmatu pracy instytucji jest zmianą o charakterze ewolucyjnym, wymagającym zmian świadomościowych w instytucjach, zarówno w odniesieniu do kadry kierowniczej, jak i pracowników. Jak każda zmian budzi i budzić będzie opór wśród kadr. Sposobem na zmniejszenie tego oporu i budowanie akceptacji dla zmian są kompleksowe działania edukacyjne.</p> <p>Stopniowe otwieranie instytucji na współpracę ze społecznościami lokalnymi wymaga rozwijania wśród kadry odpowiednich kompetencji i</p>

	<p>współpracy, postrzeganie partnerów lokalnych jako konkurencji oraz brak inicjatyw oraz pomysłów na wspólne działanie.</p> <p>Przykładem instytucji działających w sposób uspołeczniony są Centra Usług Społecznych, jednak zmiana ta dotyczyć powinna wszystkich instytucji świadczących wsparcie osobom z niepełnosprawnościami, zarówno o charakterze dziennym, jak i całodobowym. Brakuje badań pozwalających zdiagnozować sytuację w tym obszarze w ramach instytucji świadczących wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami. Niewątpliwie można znaleźć instytucje działające w tym duchu, jednak nie dotyczy to większości instytucji.</p>	<p>umiejętności, także wśród kadry zarządzającej.</p>
<b>Wsparcie rodziny</b>	<p>Przykładem wsparcia rodziny jest opieka wytchnieniowa. Obecnie realizowana jest w ramach programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Realizowana jest już kolejna edycja – za rok 2022<sup>21</sup>. Program funkcjonuje w ujęciach rocznych, realizowany jest w trzech formach:</p> <p>1. świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,</li><li>• ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,</li></ul>	<p>Opieka wytchnieniowa jest narzędziem wspomagającym rodziny osób z niepełnosprawnościami w sprawowaniu opieki, przeciwdziałającym ich wypaleniu i poprawiającym komfort życia. Sprzyja także dłuższemu pozostawaniu osób z niepełnosprawnością w środowiskach</p>

<sup>21</sup> <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1299,program-opieka-wytchnieniowa-edycja-2022>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.</li></ul> <p>2. świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego w:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ośrodka wsparcia prowadzonym jako zadanie własne samorządu,</li><li>• w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami wpisaną do rejestru właściwego wojewody,</li><li>• innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, które otrzyma pozytywną opinię gminy/powiatu realizującego Program.</li></ul> <p>3. świadczenie usługi opieki wytchnieniowej poprzez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki.</p> <p>W ramach każdej z edycji określany jest ścisły limit godzin/dni opieki wytchnieniowej na jedną osobę w ramach trzech form. Limity te nie pokrywają rzeczywistego zapotrzebowania na tego typu pomoc. Np. w edycji z 2020 r. ustalono następujące limity: 240 godzin opieki wytchnieniowej świadczonej w</p>	<p>lokalnych. O ile uruchomienie programu jest bardzo pozytywnie ocenianym działaniem, jednak wciąż limity wsparcia na jedną osobę są niewystarczające, zdecydowanie mniejsze niż rzeczywiste potrzeby.</p>
--	--	---

	<p>ramach pobytu dziennego, 14 dni opieki wytechnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego oraz 40 godzin opieki wytechnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki.</p>	
<p><b>Aktywna rehabilitacja</b></p>	<p>Jedną ze sztandarowych metod o charakterze środowiskowym w ramach tego obszaru są kręgi wsparcia. Jest to model pracy rozwijany jest w ramach projektu „Bezpieczna przyszłość osób z niepełnosprawnością intelektualną – testowanie modelu”. Kręgi wsparcia to kompleksowa koncepcja wsparcia środowiskowego osób z niepełnosprawnością intelektualną (NI) w społeczności lokalnej – miejscu zamieszkania, w którym osoby z NI będą mogły godnie żyć. Odpowiada on wprost na potrzebę tworzenia w Polsce lokalnych systemów wsparcia, wynikającą z KPON. Projekt wdrażany jest w Goleniowie, Nidzicy, Gdańsku, Elblągu, Suwałkach oraz w powiatach: ostródzkim, jarosławskim i olsztyńskim.</p> <p>Opis metodyki: Osoby z NI i rodziny często mają utrudnione budowanie relacji w społeczności i poczucie, że mogą liczyć tylko na siebie. Lęk rodziców przed zranieniem dziecka, konieczność jego ochrony, powoduje często życie w swoistej izolacji rodziny i osoby z NI. Kręgi wsparcia wychodzą naprzeciw temu wyzwaniu. To sieci wsparcia społecznego, osób życzliwych towarzyszących w codziennym życiu</p>	<p>Rozpowszechnienie i włączenie do głównego nurtu metody kręgów wsparcia wymaga działań na kilku poziomach, w szczególności dotyczy to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zaangażowania konkretnych specjalistów ds. pracy z rodzinami, ale także czynnego udziału samych osób z NI, ich rodziców i innych osób bliskich. Wymaga rozwijania metodyki tej pracy oraz gromadzenia i wymiany doświadczeń,</li> <li>• prowadzenia działań rzeczniczych ukierunkowanych na</li> </ul>

<p>osobom z niepełnosprawnością intelektualną, wspierających ich rozwój zainteresowań i pasji, odkrywających potencjał we wspólnych działaniach. Krąg składa się z różnych osób: rodziny i otoczenia rodziny, sąsiadów, wolontariuszy, specjalistów np. pielęgniarce środowiskowej, lekarza, pracownika socjalnego, terapeuty. To jest jego główna siła. Połączenie świata usług publicznych ze światem relacji rodzinnych, koleżeńskich, sąsiedzkich. Kręgi wsparcia wymagają systematycznego budowania, do którego wykorzystuje się Planowanie Skoncentrowane na Osobie (PSO). Należy pamiętać, że rodzice akceptują, wspierają, czuwają, ale nie wchodzi w skład kręgów wsparcia. Bo to właśnie po ich odejściu krąg ma być już uformowany. Dlatego tworzony jest zespół planistyczny w ramach Planowania Skoncentrowanego na Osobie z rodzicami i/lub rodzeństwem. Bazując na partnerstwie, zaufaniu, rodzice wspierani są w tworzeniu dla swojego dziecka obszaru rozwoju i autonomii, poszerzeniu relacji społecznych (kręgów), zwiększeniu samodzielności i zaplanowaniu bezpiecznej przyszłości. Konieczne jest również tworzenie przestrzeni do zadbania przez rodziców o siebie samych. Dzięki temu zwiększa się szansę na możliwości rozwoju w kierunku samodzielności dziecka. Kluczową postacią, wokół której organizowana jest praca środowiskowa, jest oczywiście sama osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Aby można było stworzyć dla niej krąg życzliwych osób, musi ona taki pomysł zaakceptować. Kręgi wsparcia mają sieciowy charakter. Opierają się na zasadach życzliwości, szacunku i</p>	<p>upowszechnianie zawartych w Modelu rozwiązań środowiskowych w samorządach i społecznościach nieobjętych bezpośrednimi działaniami projektowymi,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• prowadzenia prac nad założeniami regulacji prawnych, które umożliwią upowszechnienie tych rozwiązań środowiskowych, które sprawdziły się w innych krajach.</li></ul>
---	---

	<p>pracy na potencjałach. Każda osoba w kręgu ma inną rolę. Inna będzie rola opłacanego asystenta czy pracownika socjalnego, a inna sąsiadki czy sąsiada. Jednak każda rola jest ważna. Stopień zaangażowania poszczególnych osób powinien być uzgodniony z daną osobą wspieraną. Rozwój kręgu powinien bazowo opierać się na kilku zasadach:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• poszczególni członkowie wiedzą, że są w kręgu wsparcia danej osoby,</li><li>• członkowie wiedzą, że są też inne osoby i jakie,</li><li>• członek kręgu wie jaki jest zakres i charakter kontaktu i relacji,</li><li>• członek kręgu wie do kogo się zwrócić w sprawie osoby z NI, gdyby zaistniała taka potrzeba, odbywają się spotkania kręgowe (np. planistyczne) w miarę potrzeb i zaistniałej sytuacji (może być to np. fragment kręgu).</li></ul> <p>Najważniejszym założeniem w pracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną w budowaniu kręgów wsparcia nie jest skupianie się na jej brakach i deficytach, ale na zasobach, mocnych stronach, zainteresowaniach. Osoby z NI są traktowane podmiotowo, a wsparcie ma charakter pozytywnego wzmocnienia. Oznacza to budowanie kręgów wsparcia przy pełnym poszanowaniu godności i autonomii osób z NI.</p>	
--	---	--

<b>Zintegrowane wiązki usług społecznych</b>	<p>Sztandarowym przykładem usługi społecznej o zintegrowanym charakterze dla osób z niepełnosprawnościami jest asystencja osobista. W ramach projektu „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych” dokonano szczegółowego przeglądu projektów z lat 2016-2020, które zawierały element asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami, kładąc nacisk na ich zgodność z KPON i środowiskowy charakter.</p> <p>Zidentyfikowano 1214 projektów, z czego 560 sfinansowano z UE, 100 z PFRON, 57 z PFRON będącego w dyspozycji samorządów, 5 ze środków własnych województw oraz 492 z Funduszu Solidarnościowego. Ostatecznie przeanalizowano 500 projektów, które realizowane były głównie na terenie gmin miejskich (79,2%), a najmniej projektów obejmowało swoim zasięgiem gminy wiejskie – 30,6%, co powoduje, że usługa ta jest bardzo ograniczona na obszarach wiejskich.</p> <p>Główne wnioski są następujące (projekty finansowane z innych środków niż Fundusz Solidarnościowy):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Projekty realizowane są w zdecydowanej większości przez doświadczone organizacje pozarządowe;</li></ul>	<p>Realizacja dotychczasowych działań w obszarze asystencji osobistej pozwala na sformułowanie kluczowych rekomendacji:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• należy określić rolę i katalog zadań asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością tak, aby nie ograniczał on podmiotowości i decyzyjności odbiorcy usług oraz zapewnić elastyczność w kształtowaniu pakietu godzin dla danej osoby z niepełnosprawnością, która otrzymuje tego typu wsparcie.</li><li>• należy wprowadzić regulacje prawne umożliwiające finansowanie asystencji osobistej osób z niepełnosprawnością w oparciu o spersonalizowane kryteria oraz przyznawanie środków osobie z</li></ul>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jedynie w części projektów jako cel projektu wskazano umożliwienie i wspomaganie niezależnego życia osób z niepełnosprawnością, co może to również świadczyć o niezrozumieniu istoty asystencji;</li><li>• Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością wykonuje bardzo różnorodne zadania: pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych, nauka czynności życia codziennego i prowadzenia gospodarstwa domowego, pomoc w przemieszczaniu się, załatwianiu spraw urzędowych, zawodowych, spędzaniu czasu wolnego oraz budowaniu i utrzymywaniu relacji społecznych. Podejmuje rolę opiekuna, tłumacza, przewodnika, doradcy zawodowego i rodzinnego, terapeuty.</li><li>• Charakterystyczne dla badanych projektów jest współdecydowanie o zakresie usług asystenckich świadczonych osobie z niepełnosprawnością. Zdecydowanie mniejszy nacisk kładziono na samodzielność lub precyzyjnie określony wspomagany proces podejmowania decyzji;</li><li>• W 59,7% badanych projektów średnia tygodniowa liczba godzin wynosiła 10 i mniej. Mimo małej liczby godzin w większości projektów zdaniem 70,8% badanych liczba godzin świadczonej usługi była odpowiednia do potrzeb;</li></ul>	<p>niepełnosprawnością i wydatkowanie ich zgodnie z indywidualną oceną potrzeb.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• należy wprowadzić do rozwiązań prawnych stały system finansowania usług asystenckich, aby zwiększyć ich trwałość.</li><li>• należy wspierać wyspecjalizowane w realizacji działań organizacje pozarządowe oraz odpowiedzialne samorządy lokalne i wykorzystać ich potencjał w tworzeniu nowych rozwiązań prawnych i budowaniu zaplecza techniczno-organizacyjnego działań asystenckich.</li><li>• istnieje potrzeba realizacji programów wyrównujących dostępność do usług w</li></ul>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nadal realizowane są projekty, w których osoba z niepełnosprawnością ponosi odpłatność za świadczoną jej usługę asystencji;</li><li>• Jedynie w 25% analizowanych projektów wyboru asystenta dokonywała osoba z niepełnosprawnością, a zaledwie w 5,4% była również osobą kontrolującą świadczone jej usługi.</li><li>• W 66,7% badanych projektów nie było osób zatrudnionych na umowę o pracę, a w kolejnych 8,3% stanowiły one do 25%. Nie sprzyja to przede wszystkim trwałości stosowanych rozwiązań;</li><li>• W żadnym z badanych projektów osoba z niepełnosprawnością nie dysponowała środkami finansowymi i nie dokonywała płatności za usługę bezpośrednio asystentowi, czyli nie zastosowano rozwiązań wdrażających w pełni ideę niezależnego życia;</li><li>• Zamiar realizacji usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością deklaruje aż 97,2% badanych wnioskodawców (w przypadku organizacji pozarządowych). W związku z tym wydaje się, że nie są to działania przypadkowe i jednorazowe, wynikające wyłącznie z możliwości pozyskania środków finansowych.</li></ul>	<p>poszczególnych regionach kraju, a więc mobilizujących do działania samorządy lokalne, na terenie których dotychczas nie były realizowane usługi asystenckie oraz nie funkcjonują prężne organizacje pozarządowe.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• warto promować ideę asystencji w środowisku lokalnym i zachęcać szczególnie osoby młode, posiadające odpowiednie predyspozycje osobowościowe, do podejmowania tego typu aktywności.</li><li>• warto zobligować samorządy do dokonywania analizy i ewaluacji działań po zakończeniu realizacji programu.</li></ul>
--	---	---

Źródło: opracowanie własne.

We wszystkich wskazanych powyżej obszarach można identyfikować w Polsce praktyki oparte o deinstytucjonalizowane rozwiązania o charakterze środowiskowym, przyjmujące głównie formę usług społecznych. Świadczą one o możliwościach realizacji wsparcia o zdeinstytucjonalizowanym charakterze w Polsce i istnieniu zweryfikowanych sposobów implementacji tego typu rozwiązań. Realizowane działania mają jednak punktowy charakter i nie tworzą spójnego systemu, posiadającego stałe finansowanie, nie uzależnione od harmonogramów działań projektowych realizowanych głównie ze środków europejskich. Nie oznacza to, że należy odejść od projektowych działań. Wręcz przeciwnie, projekty tworzą możliwości testowania rozwiązań, nadawania im innowacyjnego charakteru, pozwalają sprawdzić efektywność, adekwatność, skuteczność i użyteczność rozwiązań, które powinny być potem częścią systemu.

## **Podsumownie**

Deinstytucjonalizacja jest procesem służącym do tworzenia systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, która ma potencjał poprawy jakości życia i dobrostanu tej grupy osób w duchu poszanowania ich godności i prawa do samostanowienia. Wsparcie to powinno spełniać postulat niezależnego życia zgodnie z KPON. Kluczowym elementem procesu deinstytucjonalizacji są środowiskowe usługi społeczne, które osobom z niepełnosprawnościami pozwolić mogą na możliwie dużą samodzielność i pozostanie w środowiskach lokalnych. Tworząc system środowiskowych usług społecznych, kluczowe jest zapewnienie odpowiedniej ich jakości i dostępności.

Kryteria jakości znajdują się w trójkącie pomiędzy osobą wspieraną, profesjonalistą i instytucją organizującą usługę. Ważnym elementem jakości usług jest aktywny współdziałanie osób wspieranych (ko-produkcja) z poszanowaniem ich prawa wyboru i decydowania o sobie. Kluczowe dla środowiskowego systemu świadczenia usług jest współpraca ze społecznościami lokalnymi, która pozwala wykorzystać ich zasoby i potencjał w zakresie organizacji pomocy i samopomocy.

Dostępność usług społecznych rozumiana jest szeroko, w różnych ujęciach: przestrzennym, architektonicznym, transportowym, informacyjnym i finansowym, a także systemowym związanym z organizacją systemu świadczenia środowiskowych usług społecznych w taki sposób, aby mieszkańcy z niepełnosprawnościami z różnych terenów Polski (w szczególności w ujęciu miasto – wieś) mogli z nich korzystać. Wpływ na dostępność

mają czynniki o charakterze prawnym (regulacyjnym), związane z dostępnością stałych źródeł finansowania i wykwalifikowanej kadry, świadomościowe dotyczące zrozumienia istotny zachodzących zmian w systemie, a także związane z poziomem rozwoju społeczności lokalnych.

Presja na tworzenie rozwiązań o zdeinstytucjonalizowanym charakterze się zwiększa. Trend ten utrzymać się będzie przyszłości. Związane jest to ze zwiększaniem się populacji osób z niepełnosprawnościami potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, głównie na skutek procesu starzenia się populacji, w szczególności wzrostu liczby i udziału osób sędziwych. Ta grupa osób potrzebuje największego wsparcia. Wzrost średniej długości życia to niewątpliwym sukces cywilizacyjny, ale wyzwaniem jest zapewnienie wysokiej jakości życia osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Wyzwanie to wymaga dostosowań, tym bardziej, że zmianom demograficznym towarzyszą zmiany modelu rodziny – spada liczba potencjalnych rodzinnych opiekunów, co pogłębia także wydłużająca się aktywność zawodowa populacji. Rosną także oczekiwania społeczne dotyczące jakości życia. Wszystko to sprawia, że rozwój systemu środowiskowych usług społecznych, w tym dla osób z niepełnosprawnościami staje się jednym z kluczowych zagadnień polityki społecznej w Polsce.

Wsparcie środowiskowe może przyjmować różne formy i charakteryzować się różnymi poziomami zdeinstytucjonalizowania. Praktyki pomocowe w zakresie deinstytucjonalizacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami możemy podzielić na kilka kategorii: wsparcie mieszkaniowe, uspołecznione wsparcie instytucjonalne, wsparcie rodziny, aktywna rehabilitacja, czy zintegrowane wiązki usług społecznych. Nie jest to podział ostry, a jego elementy wzajemnie się przenikają i uzupełniają.

W Polsce istnieją dobre praktyki w ramach wszystkich wymienionych obszarów. Potwierdza to potencjał rozwoju wsparcia środowiskowego. Obecnie jednak wsparcie środowiskowe nie tworzy kompleksowego i trwałego systemu, a ma charakter punktowy, głównie projektowy. Istnieje zatem potrzeba stworzenia systemu wsparcia środowiskowego o stałych źródłach finansowania, który nastawiony jest na spersonalizowane i dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami wsparcie, bazujące na ko-produkcji usług, uwzględniające ścisłą współpracę profesjonalistów, osób wspieranych (i ich rodzin) oraz lokalnych społeczności. Przyjęta w 2022 r. „Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do 2030 r. (z perspektywą do 2035 r.)” jest pierwszym krokiem w kierunku

koniecznych zmian, nie tworzy ona jednak systemowego podejścia opartego na wdrożeniu niezbędnych działań prawnych, a jedynie wskazuje ogólne kierunki działania. W chwili obecnej trwają prace legislacyjne nad asystencją osobistą, mieszkalnictwem wspomaganym, które mogą stać się ważnymi elementem środowiskowego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami w Polsce.

Trzecim elementem kluczowym dla wdrożenia zmian, obok rozwiązań systemowych i finansowania, jest dostępność wykwalifikowanej kadry, przeszkolonej w ramach ścieżek specjalizacyjnych, rozumiejącej potrzebne zmiany i zmotywowanej do ich wdrażania. Na znaczeniu zyskują kompetencje współpracy (w tym facylitowania współpracy) w gronie instytucji i specjalistów oraz kompetencje związane z działaniami na rzecz społeczności lokalnych w ramach centrów usług społecznych (diagnoza, organizowanie, integracja).

## Bibliografia

- Abramowska-Kmon, A., Antczak, R. (2002). *Liczba i struktura osób o różnych stopniach ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu*, w: „Raport z prac wykonanych przez Partnerów Ekonomicznych w ramach Zadania 1 – Analiza faktyczna sytuacji osób z niepełnosprawnościami”, MRiPS, Warszawa, s. 15-39.
- Akinbode, I.A., Clark, R.C. (1976). *A Framework for Analyzing Interorganizational Relationships*, „Human Relations”, nr 29(2), s. 101–114.
- Bigby, Ch., Knox, M., Beadle-Brown, J., Clement, T., Mansell, J. (2012). *Uncovering Dimensions of Culture in Underperforming Group Homes for People with Severe Intellectual Disability*, “Intellectual and Developmental Disabilities”, nr 50(6), s. 452-467.
- Ad Hoc Expert Group (2009). *Report on Transition from Institutional to Community-based Care*, <https://ec.europa.eu/social/>.
- Blau, J.R., Rabrenovic, G. (1991). *Interorganizational Relations of Nonprofit Organizations: An Exploratory Study*, „Sociological Forum”, nr 6(2), s. 327–347.
- Budde, J.F., Bachelder, J.L. (1986). *Independent Living: The Concept, Model, and Methodology*, “Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps”, nr 11(4):240-245, doi:[10.1177/154079698601100403](https://doi.org/10.1177/154079698601100403)
- “Community Work and Social Change” (1968), RED 3/6, Calouste Gulbenkian Foundation, Londyn.
- Coulton, C.J. (1979). *Social Work Quality Assurance Programs: A Comparative Analysis*, National Association of Social Workers, Washington D.C.

- Coulton, C. J. (1982). *Quality assurance for social service programs: lessons from health care*, "Social Work", vol. 27, nr 5, s. 397-402.
- Ericsson, K. (2005). *The Institution of the Mind – The Final Challenge*, "Tizard Learning Disability Review", nr 10(1), s. 57-61.
- European Platform for Rehabilitation (2021). *Analytical paper: Insights, Recommendations and Good Practices for Quality Services*, <https://www.epr.eu/publications/insights-recommendations-and-good-practices-for-quality-services/>
- Foster, M.K., Meinhard, A.G. (2002). *A Regression Model Explaining Predisposition to Collaborate*, „Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly”, nr 31(4), s. 549–564.
- Gąciarz, B. (2014). *W stronę nowego modelu polityki społecznej wobec niepełnosprawności. Kilka słów o projekcie badawczym*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2, s. 7-19.
- Giermanowska, E. (2022). *Mieszkalnictwo – warunki mieszkaniowe – placówki, mieszkania chronione, wspomagane, przystępne kosztowo i adoptowalne*, w: „Raport z prac wykonanych przez Partnerów Ekonomicznych w ramach Zadania 1 – Analiza faktyczna sytuacji osób z niepełnosprawnościami”, MRIPS, Warszawa, s. 123-197.
- Grabowska I., Kuźma, K., Polańska, Z., Abramowicz, J. (2022). „Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego. Raport końcowy z I edycji badań dla branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna”, PARP, Warszawa.
- Grewiński, M., Skrzypczak, B. (red.)(2011). *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, WSP TWP w Warszawie.
- Hanna, N., Dodge, M. R. (1997). *Kształtowanie cen. Strategie i procedury*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Herrmann P. (2007), *Defining social services the particular and the general*, Nomos, Baden-Baden.
- Jeste, D.V., Glorioso, D., Lee, E.E., Daly, R., Graham, S., Liu, J., Paredes, A.M, Nebeker, C., Tu, X.M., Twamley, E.W., Van Patten, R., Yamada, Y., Depp, C., Kim, H.C. (2019). *Study of Independent Living Residents of a Continuing Care Senior Housing Community: Sociodemographic and Clinical Associations of Cognitive, Physical, and Mental Health*, "The American Journal of Geriatric Psychiatry", nr 27(9), s. 895-907. doi: 10.1016/j.jagp.2019.04.002.
- Jones, M.L., Hannah, J.K., Fawcett, S.B., Seekins, T., Budde, J.F. (1984). *The Independent Living Movement*, w: Christian, W.P., Hannah, G.T., Glahn, T.J. (red.), *Programming Effective Human Services*, Springer, Boston, M.A., [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2707-3\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2707-3_15)

- Kocejko, M. (2018). *Nic o nas bez nas? Zaangażowanie ruchu osób z niepełnosprawnościami w monitoring wdrażania Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce. Studium przypadku*, „Studia z Polityki Publicznej”, t. 5, nr 4(20), s. 9-21.
- Kotler P., Lee N. (2008). *Marketing w sektorze publicznym. Mapa drogowa wyższej efektywności*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego, Warszawa.
- Kozma, A., Mansell J., Beadle-Brown J. (2009). *Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review*, “The American Journal of Intellectual Developmental Disabilities”, nr 114, s. 193–222. doi:10.1352/1944-7558-114.3.193 5.
- McCarron, M., Lombard-Vance, R., Murphy, E., May, P., Webb, N., Sheaf, G., McCallion, P., Stancliffe, R., Normand, C., Smith, V., O’Donovan, M.A. (2019). *Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities: a systematic review*, “BMJ Open”, nr 9(4), e025735, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025735>
- Małecka-Łyszczek, M., Mędrzycki, R. (2021). *Osoby ubogie, niepełnosprawne i bezdomne w systemie pomocy społecznej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*, tom 2, Main Report, Tizard Centre, University of Kent, Canterbury.
- Marshall, G. (red.) (2005). *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Panasiuk, A., Tokarz, A. (2005). *Specyfika i klasyfikacja usług*, w: Flejterski, S., Panasiuk, A., Perenc, J., Rosa, G. (red.) *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa, s.41-58.
- „Raport z prac wykonanych przez Partnerów Ekonomicznych w ramach Zadania 1 - Analiza faktyczna sytuacji osób z niepełnosprawnościami” (2022), MRIPS, Warszawa.
- Ross, M.G. (1967). *Community Organization: Theory, Principles and Practice*, Harper and Row Publishers, New York.
- Rymsza, M. (2016). *Jaka profesjonalizacja pracy socjalnej w Polsce i jaki rozwój służb społecznych*, „Problemy Polityki Społecznej”, nr 25(4), s. 25-42.
- Rymsza, M.(2022), „Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych”, prezentacja na seminarium UODI, Uniwersytet Warszawski, 8 lipca 2022 r.,

- Šiška, J., Beadle-Brown, J. (2020). Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care.
- Šiška, J., Beadle-Brown, J., Káňová, Š., Kittlesea, A. (2017). *Changes and Diversity in Community Living in Europe – the Experiences of Persons with Disabilities*, w: Halvorsen R., Rune, Hvinden B., Beadle Brown J., Biggeri M, Tossebro J., Waldschmidt A. (red.), *The lived experiences of persons with disabilities in nine countries: Active Citizenship and disability in Europe*, Routledge, Abingdon UK and New York, s. 49-65.
- Šiška, J., Beadle-Brown, J., Káňová, Š., Tøssebro, J (2017). *Active citizenship and community living in Europe – current policy, practice and research*, w: Halvorson, R., Hvinden, B., Bickenback, J., Derri, D., Rodrigues, A. and Guillen, M. (red.), *The Changing Disability Policy System: Active Citizenship and Disability in Europe*, Routledge Advances in Disability Studies. Routledge, s. 72-89.
- Mansell, J. (2006). *Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities*, „Journal of Intellectual and Developmental Disability”, nr 31(2), s. 65-76.
- Skrzypczak, B. (2022). *Organizowanie społeczności lokalnej – pedagogiczne uwarunkowania środowiskowej usługi społecznej*, w: Grewiński, M., Skrzypczak, B. (red.). *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, WSP TWP w Warszawie, Warszawa.
- Szarfenberg, R. (2010). „Standaryzacja usług społecznych”, ekspertyza przygotowana w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”, WRZOS, Warszawa, maszynopis.
- Tsasis, P. (2009). *The Social Processes of Interorganizational Collaboration and Conflict in Nonprofit Organizations*, „Nonprofit Management & Leadership”, nr 20(1), s. 5–21. 75.
- Warren, R. L. (1963). *The Community in America*, University Press of America, Chicago.

#### Nota o Autorce

**Izabela Grabowska** – dr, demografka, statystyczka, ekonomistka. Jej główne zainteresowania badawcze obejmują: problematykę niepełnosprawności, włączenie społeczne grup wrażliwych, jakość życia osób z niepełnosprawnościami, politykę publiczną skierowaną do grup wrażliwych, łączenie obowiązków rodzinnych i zawodowych kobiet, ewaluację programów społecznych. Ekspertka wiodąca w projektach dotyczących ekonomii społecznej, współautorka dokumentów strategicznych z obszaru polityki społecznej, kierowniczka, badaczka oraz autorka publikacji w wymienionych obszarach.