

W stronę środowiskowych usług społecznych

Deinstytucjonalizacja
praktyk pomocowych
w Polsce i Europie

redakcja naukowa
Marek Rymsza



Raporty
Uniwersyteckiego
Obserwatorium
Deinstytucjonalizacji
Praktyk Pomocowych
UW

UODi UNIWERSYTECKIE
OBSERWATORIUM
DEINSTYTUCJONALIZACJI
PRAKTYK POMOCOWYCH



W stronę środowiskowych usług społecznych

Raporty
Uniwersyteckiego
Obserwatorium
Deinstytucjonalizacji
Praktyk Pomocowych
Uniwersytetu
Warszawskiego

W stronę środowiskowych usług społecznych

Deinstytucjonalizacja
praktyk pomocowych
w Polsce i Europie

redakcja naukowa
Marek Rymsza



Recenzenci
Dobroniega Głębocka
Tadeusz Bogdan Kamiński

Redaktor prowadzący
Jakub Ozimek

Redakcja i korekta
Ewa Pajestka-Kojder

Projekt okładki i stron tytułowych
Anna Gogolewska

Skład i łamanie
INK GRAF s.c. Sławomir Łąkocy i Łukasz Łąkocy

Tom został przygotowany w 2022 r. w ramach prac Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI UW. Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Warszawski

Publikacja na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 3.0 PL (CC BY 3.0 PL) (pełna treść wzorca dostępna pod adresem: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/pl/legalcode>).

Marek Rymśza, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0002-8419-8813.

ISBN 978-83-235-6369-3 (druk)
ISBN 978-83-235-6385-3 (e-pub)

ISBN 978-83-235-6377-8 (pdf online)
ISBN 978-83-235-6393-8 (mobi)

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
02-678 Warszawa, ul. Smyczkowa 5/7
e-mail: wuw@uw.edu.pl
księgarnia internetowa: www.wuw.pl

Wydanie 1, Warszawa 2023

Druk i oprawa
POZKAL



Spis treści

Rozdział 1

<i>Marek Rymśza</i> – Polityka deinstytucjonalizacji profesjonalnych praktyk pomocowych w perspektywie socjologicznej	7
---	---

Część I

Między usługami środowiskowymi i placówkami pomocowymi. Profesjonalne praktyki pomocowe w Polsce	31
---	-----------

Rozdział 2

<i>Mariola Raclaw</i> – Od instytucjonalnych do rodzinnych form pieczy zastępczej. Ryzyko uproszczeń	33
--	----

Rozdział 3

<i>Izabela Grabowska</i> – Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych wspierających osoby z niepełnosprawnościami. Między koniecznością a wyborem	53
---	----

Rozdział 4

<i>Mateusz Glinowiecki</i> – Od azylu do życia w środowisku. Praktyki pomocowe adresowane do osób w kryzysach psychicznych	81
--	----

Rozdział 5

<i>Beata Hoffmann</i> – Deinstytucjonalizacja opieki medycznej w leczeniu odwykowym. Ryzyka i granice	101
---	-----

Rozdział 6

<i>Mariola Bieńko</i> – Pomoc osobom w kryzysie bezdomności. Od placówek doraźnego wsparcia do środowiskowych programów mieszkaniowych	124
--	-----

Rozdział 7	
<i>Ewa Stachowska</i> – Wspieranie seniorów. Rosnące potrzeby i nowe wyzwania . . .	145
Część II	
Polityka deinstytucjonalizacji w Unii Europejskiej	171
Rozdział 8	
<i>Agnieszka Vetulani-Cęgiel, Krzysztof Jasiński</i> – Deinstytucjonalizacja w obszarze pomocy społecznej. Uwarunkowania, założenia i ewaluacja polityki w Unii Europejskiej	173
Rozdział 9	
<i>Szymon Wójcik, Karolina Lignar-Paczocho</i> – Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Europie. Przegląd doświadczeń państw członkowskich Unii Europejskiej	190
Część III	
Środowiskowa pomoc uchodźcom wojennym z Ukrainy	223
Rozdział 10	
<i>Magdalena Roszczyńska-Kurasińska, Anna Wnuk, Tomasz Oleksy, Anna Domaradzka</i> – Wsparcie udzielane uchodźczyńom i uchodźcom z Ukrainy. Czynniki zaangażowania i wycofania oraz koszty i korzyści niesienia pomocy.	225
Rozdział 11	
<i>Mateusz Trochymiak, Nina Wróblewska</i> – Współdziałanie i konflikt w zakresie działań pomocowych. Uwagi do procesu deinstytucjonalizacji na podstawie wniosków z badania punktu recepcyjnego dla uchodźczyń i uchodźców z Ukrainy	241
Bibliografia	265
Noty o autorach	287
Informacja o Uniwersyteckim Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych	291



Polityka deinstytucjonalizacji profesjonalnych praktyk pomocowych w perspektywie socjologicznej

Czym jest deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych?

Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych to proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na **rozwiązaniach zakładowych**, w których kluczową rolę odgrywają placówki całodobowe długookresowego pobytu, do organizowania wsparcia **w sposób środowiskowy**, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych i innych zasobów społeczności lokalnych. Zaproponowana definicja² oddaje kierunek zmiany w organizowaniu wsparcia osobom niesamodzielnym w dwóch ostatnich dekadach XX wieku i upowszechniany w wieku XXI – już jako wyodrębniona polityka publiczna³, a polegający na zastępowaniu praktyk o charakterze segregacyjnym (których skrajnym przykładem są całodobowe placówki opiekuńczo-lecznicze typu zamkniętego) przez praktyki o charakterze integracyjno-inkluzyjnym (których przykładem są środowiskowe usługi społeczne); zarazem polityka DI nie precyzuje nowego formatu praktyk pomocowych, skupiając się na preferencjach dla szerokiego spektrum praktyk pomocowych na poziomie lokalnym społeczności (*community based services*) (Europejska Grupa Ekspertów 2012). Jest to zrozumiałe z perspektywy socjologicznej. Deinstytucjonalizacja w ujęciu socjologicznym jest bowiem **procesem zmiany**, a nie punktem dojścia (por. Golczyńska-Grondas, Błaszczuk 2020, s. 27).

¹ Marek Rymśza, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0002-8419-8813.

² Definicja jest definicją autorską o charakterze sprawozdawczym, a więc ma na celu możliwie trafne uchwycenie istoty określonego procesu wdrażanego na polu praktyki społecznej w wyniku zorganizowanych działań publicznych, wspartych refleksją teoretyczną. Zarazem pełni ona funkcję definicji operacyjnej wyznaczającej ramy programowe prac analityczno-badawczych Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych UODI.

³ Polityka deinstytucjonalizacji działań pomocowych dalej określana jest także jako polityka DI.

Co więcej, w ujęciu socjologicznym profesjonalnych praktyk pomocowych nie można w pełni zdeinstytucjonalizować. Instytucja w języku socjologii to bowiem nie tylko forma zorganizowania jakichś działań w określonej stabilnej strukturze – w przypadku działań pomocowych dominującą przez lata strukturą był format placówki. Instytucjami są w tym ujęciu wszelkie ustrukturyzowane działania, a więc także usługi społeczne preferowane w podejściu środowiskowym. Instytucja w podstawowym ujęciu socjologicznym, nazwijmy je tu ujęciem szerokim, to termin niezwykle bogaty w desygnaty, obejmujący wszystkie „mechanizmy transformacji działań jednostek ludzkich w ustrukturalizowane społeczeństwo” (Chmielewski 2011, s. 208). Ujmując to najkrócej, instytucją w szerokim znaczeniu jest każde zorganizowane działanie społeczne per se, a więc także każde profesjonalnie prowadzone działanie pomocowe. Dla socjologów instytucjami pomocowymi są przy tym nie tylko wspomniane placówki wsparcia czy środowiskowe usługi społeczne, ale wszelkie reguły, zasady i normy nakładane na profesjonalnych pomocaczy przez prawo, kodeksy etyczne czy pragmatykę zawodową (por. Gadowska 2015, s. 15–26), które obowiązują w obrębie określonych zinstytucjonalizowanych systemów wsparcia, takich jak pomoc społeczna, ochrona zdrowia czy rehabilitacja społeczno-zawodowa, i szerzej – w całym polu szeroko rozumianego profesjonalnego pomagania, obejmującym także wykonywanie przez specjalistów wolnej praktyki zawodowej.

Na poziomie programowania działań publicznych polityka deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych rozumiana jest jednak wężiej. Oznacza odchodzenie od utrwalonych w XX wieku w państwach dobrobytu wspomnianych już rozwiązań organizacyjnych o charakterze zamkniętych zakładów opiekuńczo-leczniczych, gdzie długo-okresowo przebywają pensjonariusze i zatrudniony jest stały personel, a możliwości pobytu osób trzecich są reglamentowane (podobnie jak wychodzenie pensjonariuszy poza teren zakładu), na rzecz upowszechniania rozwiązań niezakładowych, opartych na usługach społecznych świadczonych w środowisku życia ludzi objętych wsparciem. W takim węższym rozumieniu instytucjami są całodobowe placówki wsparcia, które należy zastępować rozwiązaniami alternatywnymi – „nieinstytucjami”, za jakie z kolei uznaje się wszelkie formy wsparcia usługowego przy wykorzystaniu zasobów społeczności lokalnej (Europejska Grupa Ekspertów 2012, s. 10). Te drugie charakteryzują się bowiem znacząco niższym poziomem biurokratyzowania, a przez to w mniejszym stopniu zmieniają tryb i styl życia osób wspieranych, a w wymiarze programowym są ukierunkowane na podtrzymanie stylu życia ludzi z okresu poprzedzającego korzystanie ze wsparcia. Dobrze to węższe rozumienie deinstytucjonalizacji oddaje nazwa grupy eksperckiej, która w 2012 roku przygotowała dla Komisji Europejskiej kluczowy dokument, operacjonalizujący w formie wytycznych założenia programowe polityki DI. Jej pełna nazwa brzmi: Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności (por. Europejska Grupa Ekspertów 2012).

Promotorzy podejścia środowiskowego są jednak świadomi, że wszelkie działania realizowane w ramach polityk publicznych, jeśli mają być skuteczne, wymagają

dobrej organizacji i sprawnego zarządzania, czyli pewnego poziomu formalnej instytucjonalizacji. Dlatego w unijnych dokumentach programujących *expressis verbis* zwraca się uwagę na pewną nieadekwatność samego pojęcia „deinstytucjonalizacja”:

Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w niniejszych wytycznych unika się używania terminu „deinstytucjonalizacja”, ponieważ jest on często rozumiany po prostu jako zamknięcie zakładów. W miejscach, gdzie termin ten jest stosowany, odnosi się on do procesu rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej (Europejska Grupa Ekspertów 2012, s. 28).

Dlatego warto mieć na uwadze, że także w węższym, „polityko-społecznym” rozumieniu deinstytucjonalizacji, a takie zakorzeniło się już w Polsce w języku programowania działań publicznych, nie chodzi bynajmniej o zniesienie wszelkich zasad i reguł gry w polu praktyk pomocowych. Chodzi o **upowszechnianie reguł nowych, opartych na podejściu środowiskowym**, które w ujęciu socjologicznym są również „instytucjami”. Ze względu na to w dyskursie akademickim z udziałem socjologów specjalizujących się w problematyce polityki społecznej pojawiła się propozycja używania terminu „reinstytucjonalizacja” na określenie istoty nowego podejścia w organizacji praktyk pomocowych⁴. Nie jest to, moim zdaniem, trafna propozycja terminologiczna, gdyż, chcąc nie chcąc, niesie ze sobą konotację utrzymania czy powrotu do tradycyjnych (czyli zakładowych) rozwiązań, co w żadnym wypadku nie jest ani jawnym, ani ukrytym (por. Merton 2002, s. 93–152) założeniem programowym polityki DI. Jest nim bowiem orientacja na wdrażanie nowych rozwiązań organizacyjnych: maksymalnie uspołecznionych i tym samym odpornych na zjawisko biurokratyzacji, niemniej stabilnych i „zarządzalnych”, a więc współtworzących ład zbiorowy, co jest podstawową funkcją i przejawem socjologicznie pojmowanej instytucjonalizacji.

Uwzględnienie perspektywy socjologicznej eksponuje **procesualny charakter deinstytucjonalizacji**, co z kolei pozwala dostrzec w polityce DI ważne założenie programowe o potrzebie prowadzenia różnych działań operacyjnych i współistnieniu różnych rozwiązań organizacyjnych. Owa elastyczność programowa oznacza, że wbrew postulatowi i oczekiwaniom radykalnych krytyków rozwiązań zakładowych polityka deinstytucjonalizacji to podejście ewolucyjne, a nie rewolucyjne w organizowaniu praktyk pomocowych⁵. Rozłożone w czasie, konsekwentne wdrażanie

⁴ Propozycję taką przedstawił Krzysztof Piątek na 40. Kongresie Polityków Społecznych pt. „Polityka społeczna jako fundament rozwoju społeczno-gospodarczego – w 100-lecie uchwalenia ustawy o opiece społecznej”, zorganizowanym w Warszawie przez Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej 30–31 maja 2023 r., co spotkało się ze zrozumieniem części dyskutantów.

⁵ Podejście radykalne otworzył w latach 60. XX w. nurt antypsychiatrii, postulując organizowanie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w sposób w pełni środowiskowy, z wyłączeniem szpitali psychiatrycznych, mających programowo podlegać likwidacji. W XXI w. postulaty nurtu psychiatrii środowiskowej są dużo bardziej zniuansowane; propozycje radykalne – tym razem w odniesieniu do zamykania domów pomocy społecznej – znajdują natomiast zrozumienie wśród części aktywistów ruchu niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami.

podejścia środowiskowego wymaga przy tym i rozważa, i determinacji, co pokazują doświadczenia wielu państw europejskich (Chaczko 2021, s. 31–44). Innymi słowy, rezygnując w obszarze publicznych działań pomocowych z weberowskiego modelu biurokracji, w którym preferowane są rozwiązania placówkowe, poszukuje się nowych formatów organizacyjnych, pozwalających monitorować działania specjalistów. Także w płynnej ponowoczesności kontrola społeczna – jak wykazuje Mirosława Marody, „jedna z najskuteczniejszych promoterek socjologicznego obrazu świata w naszym kraju” (Bucholc 2015, s. 265) – pozostaje bowiem ważnym elementem konstruowania i podtrzymywania ładu społecznego, a nawet rola tej kontroli rośnie, choć zarazem jej przejawy mogą być bardziej subtelne (por. Marody 2015). Inspiracją w obszarze zarządzania publicznego (por. Frączkiewicz-Wronka 2014, s. 21–93) są doświadczenia z zakresu zarządzania w sektorze biznesu (nurt *new public management* – nowego zarządzania publicznego) oraz w sektorze obywatelskim (nurt *public governance* – współzarządzania publicznego). W podejściu środowiskowym wykorzystuje się przede wszystkim rozwiązania sieciujące z nurtu *governance*, w których jest przestrzeń nie tylko na partnerską współpracę usługodawców z różnych sektorów (tzw. *welfare mix*), ale i na upodmiotowienie obywateli (Berger, Neuhaus 1977). To ostatnie polega na czynnym zaangażowaniu odbiorców wsparcia w (do)określanie kształtu usług w ramach ich personalizacji.

Mając na uwadze procesualny charakter deinstytucjonalizacji, można sformułować trzy rekomendacje kierunkowe, jak formatować i prowadzić działania wdrożeniowe, aby uzyskać maksimum korzyści społecznych z upowszechniania podejścia środowiskowego w organizowaniu i prowadzeniu profesjonalnych praktyk pomocowych. Rekomendacje te dotyczą: 1) pozytywnego programowania działań publicznych i wynikającej stąd określonej sekwencyjności działań wdrożeniowych; 2) rozwijania i profesjonalizacji metodyki działań środowiskowych; 3) przyjęcia dbałości o dobrostan osób wspieranych za naczelną zasadę aksjologiczną praktyk pomocowych, wyznaczającą granice implementacji podejścia środowiskowego⁶.

Pozytywne programowanie działań publicznych

Analizując dokumenty programujące⁷, można zrekonstruować dwa cele operacyjne polityki deinstytucjonalizacji. Pierwszym celem decydentów publicznych jest tu

⁶ Por. refleksje na ten temat zawarte w rozdziale 2 tego tomu autorstwa Marioli Raclaw, s. 33–52.

⁷ Dla kształtowania się agendy UE kluczowe znaczenie miało (i ma) przywołane już opracowanie Europejskiej Grupy Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności z 2012 r. (Europejska Grupa Ekspertów 2012). Por. też rozdział 8 (autorstwa Agnieszki Vetulani-Cęgiel i Krzysztofa Jasiockiego, s. 173–189) i rozdział 9 (autorstwa Szymona Wójcika i Karoliny Lignar-Paczochoy, s. 190–221) w tym tomie. Na poziomie krajowym kluczowe znaczenie ma zaś przyjęta przez polski rząd w czerwcu 2022 r. „Strategia rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”, MP 2022, poz. 767 (SRUS 2022).

dążenie do zastąpienia placówek długookresowego całodobowego pobytu przeznaczonych dla osób niesamodzielnych, wymagających opieki lub leczenia, innymi rozwiązaniami organizacyjnymi, przy jak największym udziale **środowiskowych usług społecznych**. Celem drugim jest zaś 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 odbiurokratyzowany i tym samym stawały się częścią **infrastruktury „w posiadaniu” społeczności lokalnych**. Takimi wtapiającymi się w naturalne środowisko życia ludzi mają być na przykład wszelkie formy mieszkalnictwa wspomagane, traktowane w podejściu DI jako środowiskowa alternatywa dla tradycyjnych zamkniętych zakładów opiekuńczych, w tym domów pomocy społecznej⁸.

Zauważmy, że o ile hasłem oddającym realizację pierwszego celu polityki DI jest „zamykanie placówek”, o tyle metaforą trafnie oddającą rzeczywistnienie celu drugiego jest „otwieranie placówek” (Rymsza 2021c, s. 78). Okoliczność stosowania w odniesieniu do nurtu deinstytucjonalizacji działań pomocowych tak odmiennych metafor sugeruje, aby nie patrzeć na ten nurt jak na podejście propagujące jednorodny format praktyk pomocowych. I jest to sugestia trafna. Ujmując to normatywnie, **pluralizm stosowanych rozwiązań jest cechą konstytutywną podejścia środowiskowego** w działaniach pomocowych (por. Twelvetrees 2014).

Politykę deinstytucjonalizacji warto na poziomie programowania działań publicznych definiować w sposób pozytywny: w pierwszej kolejności przez operacjonalizowanie tego, co w polu praktyk pomocowych można i należy rozwijać, a nie tego, od czego powinniśmy odchodzić. Odchodzenie od „starych” rozwiązań powinno być funkcją upowszechniania „nowych”, a nie na odwrót. Możemy i powinniśmy stopniowo zmniejszać obciążenie placówek opiekuńczych i leczniczych całodobowego długookresowego pobytu, gdy realnie dostępne jest wsparcie środowiskowe wykorzystujące różne formy usługowe i potencjał pomocy podmiotów ze wszystkich sektorów: publicznego, obywatelskiego i prywatnego⁹. To znacznie bezpieczniejsza i bardziej warta polecenia formuła programowania działań publicznych niż podejście „musimy rozwijać usługi środowiskowe, bo zamykane są lub wkrótce będą placówki całodobowe”.

Podejście negatywne, które w drugiej połowie XX wieku uformowało zręby nurtu DI, było reakcją na odhumanizowane praktyki stosowane w zamkniętych placówkach pomocowych, naruszające godność, a w wielu przypadkach także nietykalność cielesną pensjonariuszy. Wiedza o tych wynaturzeniach zaczęła wychodzić

⁸ Por. uwagi na ten temat w tym tomie w rozdziale 3 autorstwa Izabeli Grabowskiej (s. 53–80) i w rozdziale 6 autorstwa Marioli Bienko (s. 124–144).

⁹ Por. zestawienie możliwych działań środowiskowych w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami wraz z uwagami odnośnie do ich wdrażania w tym tomie w rozdziale 3 autorstwa Izabeli Grabowskiej (s. 53–80).

na jaw między innymi dzięki pogłębianym badaniom naukowym. Erving Goffman, jeden z pionierów badań nad funkcjonowaniem placówek zamkniętych, określił je mianem „instytucji totalnych” (Goffman 2011). Do takich instytucji totalnych zaliczył szpitale psychiatryczne, domy pomocy społecznej, sierocińce, więzienia, zakłady poprawcze i inne zakłady pomocowe, lecznicze i resocjalizacyjne. Obrosłe złą sławą „instytucje totalne” zostały uznane za placówki dla zdrowia pacjentów wręcz szkodliwe, a przy tym niereformowalne. Zamykanie takich zakładów (w pierwszej kolejności domagano się likwidacji całodobowych szpitali psychiatrycznych) wydawało się opcją tyleż radykalną, co konieczną.

Realizacja w praktyce takiego podejścia, czego podjęli się Włosi w odniesieniu do leczenia psychiatrycznego, unaoczniała, że wywołuje ono daleko idące negatywne skutki uboczne. W określonych okolicznościach, takich jak na przykład ostre stany chorobowe (w przypadku zaburzeń psychicznych zagrażające zdrowiu nie tylko chorych, ale i innych osób) czy konieczność zastosowania określonych procedur medycznych (na przykład detoksykacja osób uzależnionych od środków psychoaktywnych), wskazane jest umieszczenie osób korzystających ze wsparcia w całodobowych placówkach zamkniętych¹⁰. Tyle że na czas ściśle określony, po którym również wskazane jest kontynuowanie wsparcia w modelu środowiskowym.

Metodyka wsparcia środowiskowego

Wsparcie środowiskowe oznacza prowadzenie działań pomocowych w środowisku życia osób wspieranych bez konieczności opuszczania przez nie swoich domów i rodzin czy rezygnacji z aktywności zawodowej i pełnienia funkcji i ról społecznych. Aby to wsparcie było skuteczne, konieczne jest wyposażenie specjalistów w umiejętności realizowania praktyk pomocowych bez korzystania z przysługujących personelowi placówek ułatwień i udogodnień, takich jak gabinet, stałe godziny pracy czy dyżurów itp., i prowadzenia ich w formule otwartej, czyli w warunkach, w których specjalista nie ma kontroli nad oddziaływaniem innych osób i przebiegiem niewywoływanych przez siebie wydarzeń (Rymsza 2021c, s. 72–74). Kluczowymi elementami metodyki podejścia środowiskowego są: 1) uspołeczniona organizacja praktyk pomocowych; 2) personalizacja wsparcia; 3) praca na potencjałach z uwzględnieniem zasady empowermentu; 4) znajomość metod i technik pracy środowiskowej.

Dążenie do uspołecznienia wsparcia oznacza jego organizację przy maksymalnym wykorzystaniu infrastruktury lokalnej, czyli w formacie *community based / community delivered services* (Taylor 2011). Wykorzystuje się tu potencjał organizacji sektora obywatelskiego i podmiotów z nimi zrównanych (na przykład kościelnych organizacji i dzieł pomocowych – Kamiński 2015), przedsiębiorstw z sektora

¹⁰ Por. w tym tomie rozdział 4 autorstwa Mateusza Glinowieckiego (s. 81–100) oraz rozdział 5 autorstwa Beaty Hoffmann (s. 101–123).

ekonomii społecznej (Rymsza 2014), a także wsparcie społeczne oparte na wolontariacie, pomocy sąsiedzkiej i grupach samopomocowych (Riessman, Carroll 2000). Dlatego przyjmuje się, że przygotowując diagnozę sytuacji w danej społeczności lokalnej, należy zwracać uwagę nie tylko na potrzeby mieszkańców i problemy do rozwiązania, ale także na niewykorzystywany potencjał infrastruktury lokalnej, niezagospodarowane zasoby ludzkie i wytworzony kapitał społeczny¹¹.

Personalizacja wsparcia to jego dopasowywanie do potrzeb i oczekiwań konkretnych osób, co w literaturze jest określane jako „szycie usług na miarę” (*tailored services*) lub indywidualizacja (Grewiński 2021, s. 255–266). Personalizacja wsparcia to jednak coś więcej niż traktowanie odbiorców działań pomocowych jako konsumentów o określonych, zindywidualizowanych potrzebach do zaspokojenia. *Personal-centred services* to bowiem usługi nie tylko odpowiednio dostosowane do potrzeb, ale takie, których zakres i charakter są uzgadniane z osobami wspieranymi i które służą ich upodmiotowieniu (Taylor 2011, s. 158–185)¹². Chodzi tu o podtrzymywanie aktywności tych ostatnich, która zapobiega ich wejściu w rolę biernych odbiorców pomocy świadczonej przez specjalistów. Kluczowy jest tu nie tyle ekonomiczny aspekt „współprodukowania” usług pomocowych (*service co-production*), ile aspekt empowermentowy: nieodbieranie ludziom niesamodzielnym poczucia kontroli nad własnym życiem. Wsparcie placówkowe, także wówczas, gdy pozbawione jest patologicznych elementów instytucji totalnych, spotyka się z krytyką ze względu na daleko idącą standaryzację i rutynizację działań pomocowych, co prowadzi do utraty przez pensjonariuszy kontroli nad codziennym funkcjonowaniem i sprzyja ich społecznej dezaktywacji – bierności. Taki efekt wywołują w placówkach pomocowych zbiurokratyzowane regulaminy pobytu, obejmujące między innymi wydawanie posiłków w ściśle określonych porach czy formalne ograniczenia w samodzielnym opuszczaniu placówek przez pensjonariuszy.

Tymczasem to właśnie podtrzymanie aktywności życiowych w zakresie dbania o siebie oraz pełnienia funkcji i ról społecznych sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego, a także procesowi zdrowienia. W podejściu środowiskowym odkrywana jest terapeutyczno-lecznicza funkcja zaangażowania pomocowego przy wykorzystaniu doświadczeń osobistych związanych z przechodzeniem przez sytuacje trudne, kryzysy psychiczne czy stany uzależnienia. Przykładem są asystenci zdrowienia – osoby po kryzysach psychicznych, wspierające ludzi chorych w początkowych etapach procesu zdrowienia, dla których takie zaangażowanie jest formą kontynuacji własnej terapii w jej bardziej zaawansowanych stadiach¹³. Mamy

¹¹ Kluczowe jest kojarzenie potrzeb i potencjału – por. Bazuń i in. 2021.

¹² Warto zaznaczyć, że w odróżnieniu od personalizowanych działań pomocowych prowadzonych w nurcie środowiskowym praktyki sprzedażowe firm komercyjnych starają się jedynie stworzyć wrażenie szczególnego (zindywidualizowanego i podmiotowego) traktowania pojedynczych klientów, podczas gdy chodzi o obrót masowo produkowanymi towarami i świadczenie standardowych usług.

¹³ Por. w tym tomie rozdział 4 autorstwa Mateusza Glinowieckiego (s. 81–100).

tutaj do czynienia z koprodukcją usług także w wymiarze ekonomicznym, gdy biorcy wchodzi w rolę aktywnych dawców wsparcia.

W tak rozumianym procesie zdrowienia, a także podobnie formatowanych procesach reintegracji społecznej czy resocjalizacji, uwagę poświęca się nie tylko działaniom naprawczym (terapeutycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym czy resocjalizacyjnym) prowadzonym przez specjalistów, ale także aktywacji i wykorzystaniu potencjału osób niesamodzielnych. Wychodzi się tu z założenia, że nawet osoby w dużym stopniu niesamodzielne, ze sprzężonymi dysfunkcjami organizmu czy innymi ograniczeniami dysponują zasobami osobistymi, które można i należy aktywować, by podnieść ich dobrostan życiowy. W metodyce pomagania takie podejście określa się mianem pracy na potencjałach (Green, Moore, O'Brien 2013).

Praca środowiskowa zakłada oddziaływanie pomagaczy nie tylko na określone jednostki czy rodziny, ale także na całe społeczności lokalne (Twelvetrees 2014). Praca środowiskowa w myśl założeń metodycznych prowadzona jest dla ludzi, wśród ludzi i z ludźmi¹⁴. To coś innego niż dorozumiana zgoda specjalisty na prowadzenie działań pomocowych w środowisku otwartym, bez możliwości kontrolowania oddziaływania elementów składowych tego środowiska. To przyjęcie założenia, że warto tworzyć takie warunki życia ludzi, aby osoby wspierane mogły pozytywnie oddziaływać na środowisko (to istota podejścia empowerment – Krasiejko 2021), a zarazem, aby środowisko pozytywnie oddziaływało na jednostki. Stąd orientacja pracy środowiskowej na wzmacnianie, aktywizację i integrację społeczności lokalnej. Przykładem dobrze oprzyrządowanej metodycznie pracy środowiskowej jest organizowanie społeczności lokalnej, podejście wdrażane w Polsce od ponad dekady (Bąbska, Rymsza 2014).

Dbłość o dobrostan osób wspieranych

Źródłosłowem angielskiego terminu *welfare* (dobrobyt) jest *well-being* (dobrostan) (por. Bruce 1974, s. 7). Współcześnie *welfare state* rozumiane jest nie tylko jako państwo dobrobytu, które osiągnęło odpowiednie miary rozwoju ekonomicznego¹⁵, ale także, a może przede wszystkim, jako **organizacja ładu zbiorowego zapewniająca dobrostan ogółowi obywateli**. W takim ujęciu dobrobyt ekonomiczny, mierzony wskaźnikami ilościowymi, ma programowo przekładać się na dobrostan społeczny, mierzony wskaźnikami jakości życia ludzi.

Na deinstytucjonalizację praktyk pomocowych warto patrzeć jak na proces będący przejawem dbałości o dobrostan obywateli – adresatów wsparcia. Dobrostan jest tu celem polityki DI i zarazem wyznacza granice jej implementacji. Takie ujęcie

¹⁴ Por. uwagi o potrzebie wiązania działań wzmacniających, aktywizujących integracyjnych w: Karwacki 2010.

¹⁵ Takie rozumienie *welfare states* promowane jest przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju OECD, która skupia najbardziej rozwinięte państwa świata. Polska jest członkiem OECD od 1996 r.

pozwała uzupełnić omówione już zasady organizacji wsparcia w modelu środowiskowym o: 1) uspołecznioną organizację praktyk pomocowych; 2) personalizację usług; 3) pracę na potencjałach i podejście empowerment; oraz 4) stosowanie metod i technik pracy środowiskowej o trzy kolejne. Są nimi: 5) posiadanie palety zróżnicowanych rozwiązań pomocowych; 6) posiłkowanie się zasadą pomocniczości; oraz 7) korzystanie z rozwiązań pośrednich i hybrydowych.

W modelu środowiskowym należy posiadać – i używać stosownie do potrzeb i okoliczności – **paletę rozwiązań pomocowych o różnym poziomie deinstytucjonalizacji** / uśrodkowania, tak aby organizując wsparcie dla konkretnej osoby, móc wybrać to najbardziej dla niej wskazane. Rozwiązania o wyższym poziomie instytucjonalizacji powinny być rzadziej stosowane, ale również te o wysokim stopniu instytucjonalizacji są potrzebne (jako opcja ostatnia) w środowiskowym systemie wsparcia. Wybierając optymalne rozwiązanie, warto posiłkować się tu odpowiednio operacjonalizowaną **zasadą pomocniczości**¹⁶, która dobrze porządkuje organizację działań pomocowych. Zasada ta została sformułowana w encyklice Piusa XI z 1931 roku (2021) i preferuje organizowanie wsparcia w sposób możliwie najbardziej uspołeczniony; podmioty społeczne jako realizatorzy wsparcia uzyskują tu pierwszeństwo względem podmiotów publicznych (Wejcman 2007).

Zgodnie z zasadą pomocniczości (państwa) podmiot niższego rzędu ma pierwszeństwo nad podmiotem wyższego rzędu w wykonywaniu zadań publicznych, jeśli tylko ma ku temu niezbędne *know how*¹⁷. Tak więc pierwszeństwo mają: samorząd terytorialny względem aparatu państwa, organizacje sektora obywatelskiego względem administracji samorządowej, a rodzina czy wsparcie nieformalne (na przykład pomoc sąsiedzka) względem sformalizowanych działań organizacji pozarządowych. Spopularyzowana wersja zasady pomocniczości brzmi: „tyle społeczeństwa, ile możliwe, tyle państwa, ile konieczne”. Granice wdrażania podejścia DI trafnie wyznacza parafraza tej zasady w brzmieniu: „**tyle środowiska, ile możliwe, tyle instytucji, ile konieczne**”. Przy czym, o ile w tradycyjnym ujęciu zasada pomocniczości jest urzeczywistniania przez trwałe przypisanie określonych zadań publicznych określonym aktorom życia zbiorowego (które zadanie ma wykonywać administracja państwowa, które samorząd, które organizacje trzeciego sektora, a co pozostawiamy rodzinie i innym formom samoorganizacji społecznej), o tyle operacjonalizacja zasady pomocniczości w podejściu DI powiązana jest z personalizacją wsparcia. To potrzeby i preferencje określonej osoby wyznaczają format personalizowanego wsparcia i poziom jego uśrodkowania.

Oznacza to, że w podejściu środowiskowym jest miejsce na **rozwiązania pośrednie, łączące cechy formatu placówkowego i wsparcia środowiskowego**. Przykładem takiego rozwiązania są placówki dziennego pobytu czy szpitalne oddziały dzienne,

¹⁶ W Polsce jest to zasada konstytucyjna – zapisana w Preambule ustawy zasadniczej z 1997 r.

¹⁷ Podejście „kolejności interwencji pomocowej” rozwijane było w nowszych encyklikach papieskich, m.in. w encyklice *Centesimus annus* Jana Pawła II z 1991 r. – por. Leś 2005, s. 39–41.

w których działania pomocowe realizowane są w nurcie środowiskowym przy wykorzystaniu organizacyjnych ram typu placówkowego. Cechy obu „porządków” – zakładowego i środowiskowego – można łączyć w różnych proporcjach. Tradycyjny dom pomocy społecznej można „otwierać”, znosząc wymogi ograniczające przebywanie pensjonariuszy poza obiektem, a zarazem organizując w placówce usługi społeczne dla członków społeczności lokalnej niebędących pensjonariuszami przy wykorzystaniu zatrudnionych w placówce specjalistów, takich jak na przykład fizjoterapeuci czy rehabilitanci. Zarazem należy zdawać sobie sprawę, że zespoły mieszkań chronionych, chcąc nie chcąc, wraz z ich upowszechnianiem obrastać będą rozwiązaniami charakterystycznymi dla porządku instytucjonalnego, tym mocniej, im mniej samodzielni życiowo będą ich mieszkańcy.

Specyficzną formą łączenia elementów dwóch odmiennych porządków organizacyjnych są społeczności terapeutyczne jako środowiska lecznicze dla pacjentów terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych prowadzonej w formule stacjonarnej, a więc w zamkniętych całodobowych oddziałach¹⁸. W tym wypadku mamy do czynienia z łączeniem „mocnych” rozwiązań z obu odmiennych porządków. Jest to **rozwiązanie nie tyle pośrednie, ile hybrydowe** (por. Billis 2010).

Należy wreszcie mieć na uwadze metodyczną zasadę sekwencyjności działań pomocowych. W programach leczniczych, terapeutycznych czy rehabilitacyjnych, gdy konieczne jest zastosowanie formuły zakładowej, oznaczającej okresowy pobyt w placówce całodobowej, należy możliwie szybko – by kontynuować proces zdrowienia i szeroko rozumianą reintegrację społeczną – przejść do otwartych, możliwie najbardziej uśrodkowanych form wsparcia. Z kolei w przypadku opieki nad seniorami sekwencja może być odwrotna. Ze względu na postępujący wraz z wiekiem uwiąd sił życiowych i rosnący poziom niesamodzielności należy się liczyć z koniecznością stopniowego wzrostu poziomu instytucjonalizacji wsparcia aż do wykorzystania form placówkowych, zwłaszcza jeśli takie są preferencje samych osób zainteresowanych. Dobrym przykładem jest metodyka działań pomocowych stosowana w ruchu hospicyjnym. Ruch preferuje metodę hospicjum domowego (Kromolicka 2000). Dzięki takiemu udomowionemu rozwiązaniu organizacyjnemu pacjent, gdy stan zdrowia nie pozwala na korzystanie z medycyny naprawczej, nie musi przebywać w szpitalu. W terminalnej fazie choroby może przebywać w swoim mieszkaniu, wśród bliskich, otoczony wszechstronną opieką dochodzących specjalistów i wolontariuszy. Konieczność zastosowania określonej aparatury medycznej podtrzymującej życie oraz kontroli technik łagodzenia bólu może jednak prowadzić do skorzystania z rozwiązania w pełni „instytucjonalnego” i przeniesienia pacjenta do hospicjum stacjonarnego.

Zasada dbałości o dobrostan odbiorców wsparcia, realizowana w sposób empowermentowy, a więc w uzgodnieniu z zainteresowanymi, pozwala optymalnie dopasować formy pomocy do ich sytuacji i potrzeb. Dysponując paletą rozwiązań

¹⁸ Por. w tym tomie rozdz. 5 autorstwa Beaty Hoffmann (s. 101–123).

o różnym poziomie uśredowiskowienia / instytucjonalizacji, jesteśmy w stanie odnaleźć złoty środek. Złoty środek w ujęciu Arystotelesa (autora pojęcia) to bynajmniej nie średnia arytmetyczna czy punkt w połowie drogi między dwoma skrajnymi rozwiązaniami. Arystoteles nie był symetrystą (Dutkiewicz 2018). Przykładowo, za złoty środek między skąpstwem i rozrzutnością uznawał „hojność” – cechę bliższą rozrzutności niż skąpstwu. Wdrażając podejście DI, spersonalizowanych rozwiązań o charakterze złotych środków poszukuje się na kontinuum pomoc środowiskowa – pomoc placówkowa, ale zdecydowanie bliżej skrzydła środowiskowego. Warto przy tym mieć na uwadze, że im bardziej kompleksowa pomoc jest potrzebna, tym jej świadczenie w modelu środowiskowym wymaga sprawniejszej organizacji. To właśnie ukazuje konieczność rozwijania wśród pomagaczy kompetencji w zakresie wspomnianej już metodyki pracy środowiskowej, a także odpowiedniego dla usług środowiskowych systemu zarządzania służbami społecznymi (Osborne 2013). To zaś oznacza pewną instytucjonalizację działań w aspekcie organizacyjnym, które w aspekcie metodycznym pozostają działaniami środowiskowymi.

Usługi społeczne jako profesjonalne praktyki pomocowe o charakterze środowiskowym

Podwójna „natura” social services

W polityce deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych przywiązuje się dużą wagę do rozwoju *social services* jako preferowanej formy wsparcia, którą można realizować w sposób w pełni środowiskowy. Warto zdawać sobie sprawę, czym są (i czym nie są) owe *social services*. W **ujęciu przedmiotowym** *social services* to usługi społeczne, formy niematerialnego wsparcia wyróżniające się między innymi tym, że wsparcie jest konsumowane już w momencie wytwarzania¹⁹. Usługi społeczne to „1) wsparcie o charakterze niepieniężnym i niematerialnym, 2) udzielane przez odpowiednio przygotowanego specjalistę 3) w bezpośredniej styczności z osobą / rodziną / grupą wspieraną 4) w ramach relacji pomocowej” (Rymsza 2020, s. 50). Usług społecznych nie można więc akumulować czy redystrybuować, dlatego wskazane jest ich organizowanie w sposób zdecentralizowany przy wykorzystaniu infrastruktury pozostającej w dyspozycji samorządowych wspólnot terytorialnych (Rymsza 2021b).

Odrębnego komentarza wymaga użycie przymiotnika „społeczne” w odniesieniu do omawianej tu kategorii usług. Określenie to odróżnia *social services* od innych *services* i tym samym wyróżnia usługi społeczne w obrębie szerszej kategorii usług użyteczności publicznej, za których organizację odpowiada administracja publiczna.

¹⁹ Wymaga to specyficznej organizacji i zarządzania procesem świadczenia usług społecznych i odróżnia usługi od dostarczania innych dóbr – por. Osborne 2013, s. 62–64.

Przymiotnik „społeczne” wskazuje tu na niekomercyjny charakter usług świadczonych – używając terminologii unijnej – w interesie ogólnym, a więc nieodpłatnie lub za opłatą niestanowiącą bariery dostępu (Maucher 2013). Przymiotnik „społeczne” sugeruje też, że chociaż usługodawcami mogą być podmioty ze wszystkich trzech sektorów (*welfare mix*), organizowane są one w trybie uspołecznionym, a więc niekomercyjnym²⁰. Zarazem określenie „społeczne” wiąże usługi z pojęciem ładu społecznego – organizacją życia zbiorowego gwarantującą dobrostan ogółowi obywateli. Usługi społeczne w dużej mierze służą więc zapewnieniu odpowiedniej jakości życia. Ponadto warto zaznaczyć, że w języku polskim istnieje rozróżnienie między usługami socjalnymi, adresowanymi do osób i rodzin biedniejszych (a więc przy wykorzystaniu kryterium dochodowego jako narzędzia selekcjonowania uprawnionych do wsparcia) a usługami społecznymi dostępnymi dla wszystkich mieszkańców o określonych potrzebach (por. Szatur-Jaworska, Grewiński 2021, s. 35–43)²¹. Tym samym przymiotnik „społeczne” w odniesieniu do usług niesie ze sobą także konotację, że są to usługi o charakterze powszechnym, dostępne co do zasady ogółowi członków społeczeństwa.

W **ujęciu podmiotowym** *social services* to służby społeczne, czyli reprezentujący różne profesje i zawody pomocowe specjaliści świadczący usługi społeczne. Owi specjaliści są uzawodowieni, czyli wykonują pracę o charakterze zarobkowym, i profesjonalni – mają odpowiednie kompetencje i formalne kwalifikacje do świadczenia określonych usług oraz są zobowiązani do przestrzegania zasad deontologicznych związanych z wykonywanymi zawodami pomocowymi. Deontologia zawodowa *helping professions* ogniskuje się wokół idei służby (*service ideal* – Wilensky 1964). Oznacza to, że na przedstawicieli *helping professions* nakłada się ograniczenia w zakresie reklamowania oferowanych usług i zobowiązuje do stawiania dobra klientów / pacjentów ponad interesy własne korporacji. Przykładem jest obowiązek niesienia pomocy przez lekarzy chorym, także w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia lekarzy (na przykład leczenie chorych zakaźnie). Tak więc w ujęciu podmiotowym przymiotnik „społeczne” w odniesieniu do aktywności pomagaczy oznacza służebny charakter ich zaangażowania względem społeczeństwa, co stwarza określone ograniczenia w zakresie zarobkowej funkcji tej aktywności.

Profesjonalizacja pomagania w ujęciu procesualnym to rozwój na trajektorii: od akumulacji zobiektywizowanej wiedzy o określonych metodach pomagania przez wyodrębnienie poszczególnych zawodów pomocowych do uzyskania przez nie statusu profesji pomocowych (profesji społecznych). Profesjonalizacja obejmuje kilka wymiarów, którym odpowiadają określone nurty profesjonalizacji. Najważniejsze z nich to 1) profesjonalizacja przez instytucjonalizację, polegająca między innymi

²⁰ Na związek deinstytucjonalizacji z demonopolizacją i decentralizacją zwracają uwagę Barbara Szatur-Jaworska i Mirosław Grewiński (2021, s. 11–30).

²¹ W języku angielskim takie rozróżnienie nie istnieje; określenie *social* ma odpowiedniki w polskojęzycznych przymiotnikach „społeczny” i „socjalny”.

na uzyskaniu przez określoną grupę zawodową monopolu na świadczenie określonych usług; 2) profesjonalizacja przez edukację, oznaczająca wprowadzenie wymogu ukończenia określonej ścieżki edukacyjnej (na przykład studiów na określonym kierunku jako przygotowania do wykonywania danego zawodu pomocowego); 3) profesjonalizacja przez samoorganizację środowiskową, oznaczająca wymóg utworzenia reprezentatywnej organizacji środowiskowej dbającej o standardy wykonywania zawodu; 4) profesjonalizacja przez różnicowanie, oznaczająca możliwość powstawania nowych specjalności zawodowych i wyłaniania się z nich nowych zawodów; 5) profesjonalizacja przez komercjalizację, czyli osadzenie na rynku usług tak, aby możliwe było utrzymanie się z ich świadczenia (zarabkowanie) (Rymsza 2016). Idea profesjonalizacji jako rozwoju zrównoważonego zakłada umiejętność łączenie różnych nurtów profesjonalizacji. W Polsce została wyodrębniona szczególna kategoria zawodów, określana mianem zawodów zaufania publicznego, która obejmuje między innymi najbardziej sprofesjonalizowane *helping professions* (Krasnowolski 2013).

W stronę nowego profesjonalizmu praktyk pomocowych

Dla prowadzonych tu rozważań istotne jest, że polityka deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych ogranicza wdrażanie pierwszego z wymienionych wymiarów profesjonalizacji – profesjonalizacji przez instytucjonalizację. Oznacza to, że większą wagę należy przywiązywać do pozostałych wymiarów. W XXI wieku jesteśmy w Europie świadkami krystalizowania się nowego podejścia do profesjonalizowania praktyk pomocowych, które proponują określać mianem nowego profesjonalizmu (Rymsza 2022a). Nurt ten w pełni wpisuje się w ramy środowiskowego modelu wsparcia. Nowy profesjonalizm charakteryzują między innymi: 1) wykorzystywanie metodyki pracy na potencjałach; 2) dążenie do personalizacji wsparcia; 3) łączenie elementów case-worku (działań pomocowych adresowanych do określonych osób i rodzin) z pracą ze społecznością (pracą środowiskową). Ważnym elementem nowego profesjonalizmu są tzw. *activation services* (Van Berkel i in. 2017), które prowadzą do zmiany formuły pomocy: z opiekuńczej, zakładającej bierność odbiorców pomocy, do wsparciowej, kiedy pomoc specjalistów towarzyszy działaniom osób wspieranych (por. rys. 1).

Ważnym elementem nowego profesjonalizmu jest zasada podwójnego wzmocnienia (*double empowerment*), w myśl której upodmiotowienie jednej strony relacji pomocowej nie może postępować przez uprzedmiotowienie drugiej (Rymsza 2016, s. 27). Tak więc odchodzi się tu od tradycyjnego podejścia „specjalista wie lepiej”, nie popadając zarazem w nurt konsumeryzmu, w którym to konsument jako nabywca usług (za opłatą) określa ich zakres i charakter. Zasada podwójnego wzmocnienia sprzyja kształtowaniu się partnerskiej relacji między specjalistą i klientem, w której specjalistyczna wiedza profesjonalisty kojarzona jest z doświadczeniem życiowym klienta tak, aby najtrafniej dopasować wsparcie do potrzeb i sytuacji

nych; asystenci seniorów umożliwiającą im funkcjonowanie w środowisku życia mimo słabnących sił życiowych; asystenci zdrowia towarzyszący osobom w kryzysie psychicznym; asystenci osobiści osób z niepełnosprawnościami; akompaniatorzy osób bezrobotnych i w kryzysie bezdomności. Asystentury spełniają wszystkie cechy nowego profesjonalizmu praktyk pomocowych, odznaczając się podejściem środowiskowym, personalizowaniem wsparcia, pracą na zasobach klienta, tworzeniem relacji partnerskiej specjalista–klient, gotowością specjalisty do współpracy z innymi pomagaczami.

Należy jednak zaznaczyć, że status zawodowy asystentów jest obecnie w Polsce relatywnie niski, obserwujemy bowiem tendencję do traktowania asystentów przez tradycyjnych specjalistów jako przedstawicieli nie tyle nowych zawodów pomocowych, ile nowych zawodów pomocniczych względem aktywności przedstawicieli tradycyjnych profesji pomocowych czy semiprofesji. Kontrowersja ogniskuje się wokół pytania, komu mają towarzyszyć asystenci: osobom wspieranym czy innym specjalistom. Kształtowaniu się paradygmatu „pomocniczości” służy wyznaczenie niższych standardów kompetencji asystentem²², a także tworzenie formatów asystencji dostępnych dla niespecjalistów. Przykładem są wspomniani już asystenci zdrowia czy asystencja osób z niepełnosprawnościami²³.

Polityka deinstytucjonalizacji profesjonalnych praktyk pomocowych w Polsce

Nie tylko „Strategia rozwoju usług społecznych”

Polska, podobnie jak wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej, zobowiązana jest do wdrażania polityki deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych prowadzonych przez służby społeczne. Zostało to sformułowane *expressis verbis* w dokumentach programujących działania w ramach siedmioletniej perspektywy 2021–2027²⁴. Na poziomie krajowym planowane działania w tym zakresie zostały przedstawione w przyjętej przez polski rząd w czerwcu 2022 r. „Strategii rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”. Inne ważne dla wdrażania polityki DI dokumenty to: „Strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021–2030” (2021) oraz dokument programujący „Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego” (2022) wraz z powiązаныmi z nim szesnastoma Programami Regionalnymi, który to „pakiet” był przedmiotem roboczych uzgodnień prowadzonych

²² W Polsce przykładem są niższe wymogi kompetencyjne dla asystentów rodziny względem wymogów stawianych pracownikom socjalnym pracującym w tym samym polu pracy z rodziną.

²³ Określenie „asystencja osobista” niesie ze sobą konotację obniżenia wymogów kompetencyjnych pomagającego względem „asystentury”.

²⁴ Por. analizę unijnej polityki DI w tym tomie w rozdziale 8 autorstwa Agnieszki Vetulani-Cęgiel i Krzysztofa Jasiewiczza (s. 173–189).

przez rząd i władze samorządowe poszczególnych województw z Komisją Europejską do końca grudnia 2022 roku.

Najważniejszy dla polityki DI dokument – „Strategia rozwoju usług społecznych” (2022) – programuje działania deinstytucjonalizacyjne w pięciu obszarach praktyk pomocowych:

Wsparcie osób z niepełnosprawnościami. Działania w tym zakresie powiązane są z wdrażaniem przepisów Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych i promowaniem rozwiązań z tzw. społecznego modelu niepełnosprawności (opartego na bezpośrednim – na podstawie samych przepisów KPON – wdrażaniu praw człowieka w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami), a przewidują upowszechnianie takich praktyk pomocowych, jak asystencja osobista osób z niepełnosprawnościami czy kręgi wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Wsparcie dziecka i rodziny. W tym obszarze na plan pierwszy wybija się dalsze upowszechnianie rodzinnych form pieczy (opieki) zastępczej względem form instytucjonalnych, takich jak na przykład placówki socjalizacyjne (dawniej określane mianem domów dziecka), ale także personalizacja wsparcia w ramach pieczy zastępczej z uwzględnieniem dobra dziecka jako zasady naczelnej.

Psychiatria środowiskowa. W tym obszarze kluczowy jest rozwój pozaszpitalnych form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z uwzględnieniem najbardziej niedoinwestowanego pola pomocy dzieciom i młodzieży w kryzysach psychicznych, a także rozwój pozamedycznych form wsparcia środowiskowego, takich jak mieszkania wspomagane czy asystentura zdrowienia oraz upowszechnianie współpracy na styku systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej.

Pomoc seniorom. W tym obszarze uwzględnia się upowszechnianie zarówno modelu aktywnego starzenia się w środowisku życia, jak i usług stricte opiekuńczych, przy czym część programowanych działań adresowana jest do opiekunów domowych niesamodzielnych seniorów (np. usługi wytchnieniowe), a szczególną wagę przywiązuje się do wsparcia seniorów w wieku sędziwym; tematem drażliwym, wzbudzającym sporo kontrowersji w okresie prac nad dokumentem okazała się przyszość domów pomocy społecznej²⁵.

Pomoc w wychodzeniu z kryzysu bezdomności. W tym obszarze zakłada się stopniowe ograniczanie roli placówek o charakterze wsparcia ratowniczego, takich jak noclegownie i schroniska, na rzecz rozwoju różnie profilowanego mieszkalnictwa wspomagane. Zyskuje tu na znaczeniu podejście *housing first* (przede wszystkim mieszkanie) w miejsce tzw. strategii drabinkowej²⁶, co – jak warto zaznaczyć –

²⁵ Starły się tutaj działania rzecznicze prowadzone z jednej strony przez organizacje pozarządowe związane z nurtem DI, a z drugiej przez organizacje reprezentujące DPS, prowadzone – co warto zaznaczyć – zarówno przez organy publiczne, jak i podmioty szeroko rozumianego trzeciego sektora.

²⁶ Porównanie strategii działań publicznych na rzecz wychodzenia z bezdomności zawarte jest w tym tomie w rozdziale 6 autorstwa Marioli Bieńko (s. 124–144).

wykracza poza standardy działań pomocowych adresowanych do osób bezdomnych, wypracowanych w poprzednich latach przy wykorzystaniu środków EFS.

Należy mieć na uwadze, że są i inne obszary praktyk pomocowych, w których warto rozwijać podejście środowiskowe. To między innymi pomoc azylantom, uchodźcom i migrantom, działania w zakresie pomocy postpenitencjarnej (por. Piątek 2017) i w ramach ruchu hospicyjnego. Należy dostrzegać specyfikę działań pomocowych adresowanych do osób wychodzących z uzależnień, gdyż w tym obszarze, zwłaszcza w początkowym okresie terapii, ważną rolę odgrywają (i nadal będą odgrywać) stacjonarne placówki lecznicze całodziennego pobytu, a działania środowiskowe stanowią ich kontynuację i uzupełnienie²⁷. Wdrażanie podejścia środowiskowego wymaga uwzględnienia specyfiki każdego obszaru praktyk pomocowych. Jeżeli zakładamy personalizację praktyk pomocowych przez uwzględnianie specyficznych potrzeb konkretnych osób i środowisk wspieranych, to trudno nie uwzględniać specyfiki działań pomocowych w poszczególnych „branżach” i profesjach pomocowych.

W FERS (2022) przywiązuje się dużą wagę do integracji usług społecznych z różnych systemów wsparcia, a zwłaszcza z obszaru ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Priorytetem są tu inwestycje w tworzenie zintegrowanych na poziomie lokalnym systemów usług społecznych. Wyeksponowana została ponadto rola regionalnych ośrodków polityki społecznej (ROPS) jako regionalnych koordynatorów rozwoju usług społecznych i procesów deinstytucjonalizacji. Zapisy dotyczące inwestycji w sferę usług dla ludności znajdują się także w innych krajowych dokumentach programujących, w tym tych niezwiązanych z agendą unijną. Przykładem jest „Strategia Demograficzna 2040” (2022), w której przewiduje się rozwój na poziomie lokalnym usług wspierających rodziny w różnych fazach ich życia, ze szczególnym uwzględnieniem fazy opieki nad małymi dziećmi.

Polskę, podobnie jak większość krajów Europy Środkowo-Wschodniej, można zaliczyć do państw członkowskich UE o niskim bądź średnim poziomie uśrednieniu profesjonalnych praktyk pomocowych²⁸. Wydaje się, że obszarem, w którym najkonsekwentniej, chociaż z ograniczonymi rezultatami, wdrażaliśmy w ostatnich latach podejście DI, jest piecza zastępcza²⁹. Politykę deinstytucjonalizacji działań pomocowych można traktować jako przykład polityki inwestycji społecznych (Morel, Palier, Palme 2012) przy wykorzystaniu potencjału: 1) podmiotów niepublicznych (organizacji obywatelskich i przedsiębiorstw społecznych³⁰); 2) nowych rozwiązań organizacyjnych (np. Centrów Usług Społecznych – Rymsza 2021a) czy Centrów Zdrowia Psychicznego³¹);

²⁷ Por. w tym tomie rozdział 5 autorstwa Beaty Hoffmann (s. 101–123).

²⁸ Por. w tym tomie rozdział 9 autorstwa Szymona Wójcika i Karoliny Lignar-Paczochoy (s. 190–221).

²⁹ Por. w tym tomie rozdział 2 autorstwa Marioli Raclaw (s. 33–52).

³⁰ Wzmocnieniu tych ostatnich służy m.in. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej, Dz.U. 2022, poz. 1812.

³¹ CZP nie mają umocowania ustawowego, rozwijane są w ramach programu pilotażowego, co bliżej scharakteryzowane jest w tym tomie w rozdziale 4 autorstwa Mateusza Glinowieckiego (s. 81–100).

oraz 3) nowo powstających zawodów i specjalności pomocowych (np. asystenci zdrowienia, streetworkerzy czy koordynatorzy pieczy zastępczej). Warto zaznaczyć, że także doświadczenia okresu pandemii potwierdziły trafność inwestycji w rozwój podejścia środowiskowego.

Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI

Deinstytucjonalizację należy **wdrażać w sposób konsekwentny i zarazem rozważny**. Zaprzepaszczenie szansy rozwojowej związane jest tu zarówno 1) z ryzykiem prowadzenia działań pozornych (Lutyński 1990; Trawkowska 2007), co potocznie określane jest jako strategia „zmiany szyldów”, jak i 2) z ryzykiem działań przesadnie zideologizowanych, bez wymaganej elastyczności (hasło „zero placówek”). Stąd potrzeba monitoringu polityki DI (Golczyńska, Błaszczuk 2020, s. 46–47). 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 UW, Centrum Europejskiego UW oraz Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca UW. Prace analityczno-badawcze UODI będą towarzyszyć w kolejnych latach działaniom programowo-wdrożeniowym podejmowanym w Polsce w ramach polityk publicznych, z uwzględnieniem perspektywy europejskiej związanej z agendą UE przyjętą na lata 2021–2027³².

Prace UODI zostały zainicjowane wiosną 2021 roku. 15 marca 2021 roku zorganizowaliśmy w trybie *on line* międzynarodową konferencję naukową „Deinstytucjonalizacja w politykach publicznych – nowy paradygmat rozwoju”³³. Kontynuacją tego wydarzenia były trzy seminaria naukowe, na których dookreślone zostały pola planowanych działań analityczno-badawczych³⁴. Ośmioosobowa grupa inicjatywna³⁵ doprowadziła do zawięzania w lipcu 2021 roku formalnego porozumienia

³² Zgodnie z unijną zasadą „n+2” w praktyce działania programowe przy wykorzystaniu środków finansowych z danej perspektywy siedmioletniej realizowane są z dwuletnim przesunięciem: a więc dla perspektywy finansowej 2021–2027 w okresie 2023–2029. W Polsce w 2022 r. prowadzono prace przygotowawcze, ale treść kluczowego dokumentu związanego z prowadzeniem działań publicznych w ramach wykorzystania środków Europejskiego Funduszu Społecznego – tj. „Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego” – rząd polski uzgadniał z Komisją Europejską do końca 2022 r., a jego realizacja faktycznie rozpoczęła się w 2023.

³³ Organizację konferencji wsparto ze środków programu „Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza” (IDUB).

³⁴ Były to: seminarium 19 kwietnia 2021 r. zorganizowane przez WSNSiR UW, seminarium 17 maja 2021 r. zorganizowane przez ISS UW oraz seminarium 14 czerwca 2021 r. zorganizowane przez CE UW.

³⁵ Grupę tę utworzyli: Marek Rymsza (kierownik UODI), Szymon Wójcik (sekretarz UODI), Bohdan Skrzypczak i Karolina Lignar-Paczocho z WSNSiR UW; Kamil Zajączkowski i Krzysztof Jasiński z CE UW oraz Anna Domaradzka-Widła i Magdalena Roszczyńska-Kurasińska z ISS UW.

o współpracy trzech wspomnianych jednostek uniwersyteckich. Systematyczne prace analityczno-badawcze w ramach UODI podjęliśmy w 2022 roku dzięki dotacji otrzymanej od władz Uniwersytetu Warszawskiego. W pracach UODI do końca 2022 roku wzięło udział ponad dwudziestu naukowców.

29 listopada 2022 roku zorganizowaliśmy drugą konferencję naukową on-line „W stronę środowiskowych usług społecznych – deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i w Europie”, której tematyka (podobnie jak tytuł) jest zbieżna z tematyką tego tomu. 30 listopada 2022 roku przeprowadziliśmy zaś trzy stacjonarne warsztaty poświęcone różnym aspektom działań pomocowych wobec uchodźców wojennych z Ukrainy³⁶. W 2023 roku w ramach prac UODI prowadzimy badania podstawowe nad kapitałem solidarności jako podstawowym zasobem środowiskowych praktyk pomocowych oraz operacjonalizację podejścia środowiskowego w odniesieniu do metodyki działań pomocowych, rozwijanej w ramach konkretnych profesji i zawodów pomocowych.

Praktyki pomocowe jako przedmiot badań i analiz

Kluczowym obszarem prac analityczno-badawczych UODI są **praktyki pomocowe** realizowane 1) w różnych systemach wsparcia przez 2) specjalistów reprezentujących różne profesje i zawody pomocowe, przy wykorzystaniu 3) różnych formatów organizacyjnych. Kilka słów wyjaśnienia odnośnie do terminu „praktyki pomocowe”. Lekarze mają jasność, co składa się na wykonywaną na co dzień praktykę lekarską (medyczną). Praktyka w tym rozumieniu to nie element przygotowywania się do pracy zawodowej (czyli praktyka rozumiana jako staż), ale czynne praktykowanie w zawodzie, czyli **działalność zawodowa sensu stricto**. Jeśli lekarz nie prowadzi tej praktyki przez dłuższy czas, traci uprawnienia do wykonywania zawodu. Praktyka oznacza tu ogół profesjonalnych działań składających się na leczenie pacjentów³⁷; nieważne jest przy tym, w jakiej formie organizacyjnej ta praktyka jest prowadzona. Kluczowe jest to, że leczenie jest praktyką pomocową zastrzeżoną wyłącznie dla lekarzy, a nadzór nad jej wykonywaniem pełni samorząd zawodowy, do którego przynależność jest obowiązkowa³⁸.

³⁶ Tematy poszczególnych wydarzeń: „Kapitał solidarności – jakie mechanizmy odkryliśmy pomagając uchodźcom z Ukrainy?” (warsztat zorganizowany przez WSNSiR UW); „Dzieci i młodzież uchodźcza z Ukrainy – wyzwanie dla Polski czy wieloaspektowa wartość dodana?” (warsztat CE UW) oraz „Pomoc uchodźcom z Ukrainy: jakie koszty i korzyści?” (warsztat ISS UW).

³⁷ Jeżeli lekarz wykorzystuje wiedzę medyczną w działalności zawodowej niebędącej leczeniem, pracując np. dla firmy farmaceutycznej czy ubezpieczalni, nie prowadzi praktyki lekarskiej. Korporacyjne licencjonowanie prawa praktyki lekarskiej nie jest przy tym jedynie formą dbałości o jakość świadczonych usług, ale stanowi także źródło władzy i przywilejów grupowych – por. Łuczyńska 2013, s. 20.

³⁸ Istnienie samorządu zawodowego to cecha konstytuująca zawody zaufania publicznego zgodnie z zapisem w polskiej ustawie zasadniczej (Konstytucja RP z 1997 r., art. 17).

Podobnie rzecz się ma z praktyką pielęgniarstwa, położniczą, fizjoterapeutyczną oraz działaniami pomocowymi prowadzonymi przez specjalistów reprezentujących pozostałe zawody medyczne. Granice profesjonalnych praktyk pomocowych w zawodach luźniej związanych z medycyną lub niezwiązanych z nią, takich jak psycho-terapia³⁹, praca socjalna, pedagogika społeczna czy asystentura rodziny, nie są tak rygorystycznie zakreślone. Zawody te nie są zaliczane w Polsce do grupy zawodów zaufania publicznego (wyjątek stanowią psychologowie), nadzoru nad praktyką zawodową nie sprawują więc samorządy zawodowe i nie jest ona ściśle objęta monopolem branżowym. Niemniej również te zawody z większym (psycho-terapia) lub mniejszym powodzeniem (asystentura rodziny i inne asystentury) dążą do zakreszenia pola własnej aktywności zawodowej jako zbioru tak a nie inaczej formatowanych praktyk pomocowych⁴⁰. Zawody te współtworzą w Polsce – podobnie jak w innych państwach członkowskich UE – grupę zawodów regulowanych (Krasnowolski 2013), do których wykonywania niezbędne jest uzyskanie formalnych kwalifikacji. Wynika to z faktu, że kompetencje w zakresie profesjonalnego pomagania związane są z przyswojeniem metod pomagania charakterystycznych dla danego zawodu, czemu służą kursy kształceniowe, organizowane dla coraz większej liczby zawodów w ramach kształcenia akademickiego na poziomie studiów licencjackich, magisterskich i podyplomowych (Kantowicz 2001). Kształcenie z metodyki poszczególnych *helping professions* obejmuje przy tym zarówno aspekt techniczny (umiejętność stosowania określonych technik pomocowych oraz narzędzi diagnostycznych i interwencyjnych), jak i aspekt deontologiczny (wymogi znajomości i przestrzegania określonych zasad etycznych – por. Kaczyńska 2010).

Szczególną rolę w rozwoju metodyki profesjonalnych praktyk pomocowych odgrywają medycyna, praca socjalna i psycho-terapia. Zawód lekarza, zaliczany – obok prawnika i księdza (triada tradycyjnych profesji) oraz inżyniera (czołowy przedstawiciel tzw. nowych profesji) – do grupy zawodów mających wszystkie atrybuty profesji (por. Carr-Saunders 1955), przez lata wyznaczał trajektorię profesjonalizacji nie tylko zawodów medycznych i okołomedycznych, ale ogółu zawodów pomocowych (Parsons 2009, s. 319–355) i zarazem stanowił dla wielu z nich nieosiągalny punkt dojścia (Wilensky 1964).

Z kolei praca socjalna i psycho-terapia, obie zaliczane do semiprofesji, a więc profesji niepełnych, mających tylko część wspomnianych atrybutów (Toren 1972), charakteryzują się wyjątkowo dużą zdolnością agregowania różnorodnych doświadczeń pomocowych i przetwarzania ich w zobiektywizowaną wiedzę o metodach pomagania. W konsekwencji z metodyki pracy socjalnej korzystają specjaliści

³⁹ Ostatnimi czasy pole psycho-terapii w Polsce na skutek działalności regulacyjnej Ministra Zdrowia zbliżyło się do pola praktyk pomocowych „medycyna i zdrowie”.

⁴⁰ Por. analizę pracy socjalnej jako pola praktyki pomocowej opartej na zobiektywizowanej wiedzy (*evidence-based practice*) – Gredig, Marsh 2010, a także analizę specyfiki praktyk pomocowych w ramach asystentury rodziny jako odrębnych i różniących się metodycznie od pracy socjalnej, w tym pracy socjalnej z rodziną – Krasiejko 2011.

reprezentujący szeroką gamę zawodów pomocowych, takich jak kuratorzy sądowi (zwłaszcza pracujący z rodzinami i młodzieżą), animatorzy społeczni, pedagodzy ulicy, asystenci rodziny, pracownicy środowiskowi (*community workers*) i inni. Tym samym pole pracy socjalnej jako zbioru profesjonalnych działań pomocowych jest niezwykle szerokie (por. DuBois, Miley 1999). Z kolei psychoterapia odznacza się ogromną różnorodnością stosowanych podejść, czego odzwierciedleniem są funkcjonujące obok siebie liczne szkoły psychoterapii o zasadniczo odmiennych założeniach terapeutycznych, przy czym różnorodność stosowanych metod i technik pomocowych nie jest czynnikiem naruszającym spójność środowiska zawodowego⁴¹. Zarazem specyfiką psychoterapii jako obszaru zawodowych praktyk pomocowych jest dążenie działających w nim specjalistów do zakreslenia ram aktywności zawodowej przez odróżnienie praktyk psychoterapeutycznych od pomocy psychologicznej mimo silnego osadzenia własnych praktyk na gruncie zobiektywizowanej wiedzy psychologicznej (Mizerska i in. 2018, s. 9). Rola psychoterapeutycznych praktyk pomocowych, dodajmy, rośnie we współczesnych społeczeństwach dobrobytu ze względu na rosnące problemy ze zdrowiem psychicznym populacji.

Zaproponowany tu zbiorczy termin **profesjonalne praktyki pomocowe** obejmuje działalność specjalistów ze wszystkich zawodów pomocowych (*helping professions* i *semi-professions*). Metodyka działań pomocowych to w tym ujęciu zbiór ogółu praktyk pomocowych jako praktyk 1) zobiektywizowanych, czyli empirycznie potwierdzonych; 2) zgodnych z wiedzą naukową (i mających odniesienia do określonych teorii naukowych); oraz 3) spełniających kryteria etyczne, a więc możliwych do zastosowania zgodnie z zasadami deontologicznymi. W ujęciu teoretycznym praktyka pomocowa to rodzaj praktyki społecznej, który to termin, podobnie jak termin „instytucja”, jest mocno osadzony w socjologii (Archer 2013, s. 123–153; Giddens 2009), a dla socjologii stosowanej i innych stosowanych (praktycznych) nauk społecznych jest wręcz kategorią centralną (Podgórecki 1962; Podgórecki, Kubin 1973; Burrawoy 2009, s. 533–539).

Praktyki pomocowe to przy tym termin o wysokim „współczynniku agregacji”, a zarazem określenie techniczne i kontekstowo neutralne, którego stosowanie pozwala na agregowanie wiedzy z różnych obszarów działań pomocowych bez dokonywania hierarchizacji tych działań, uprawomocniających je zawodów czy funkcjonujących w obrębie tych zawodów specjalności. Użycie liczby mnogiej – „praktyki pomocowe” – pozwala zaś tę wiedzę „rozagregatowywać”, czyli rozkładać na czynniki pierwsze, wyróżniając określone metody, techniki, rozwiązania organizacyjne itp., by następnie porównywać je, a także – co dla podejścia przyjętego przez UODI kluczowe – analizować, które z tych czynników (wyodrębnialnych praktyk), w jakim zakresie i stopniu oraz przy spełnieniu jakich warunków brzegowych mogą mieć charakter środowiskowy, a które nie.

⁴¹ W Polsce wszystkie główne nurty i szkoły psychoterapeutyczne reprezentowane są w jednej środowiskowej organizacji parasolowej – Polskiej Radzie Psychoterapii.

Prace UODI koncentrują się na profesjonalnych praktykach pomocowych prowadzonych przez pomagaczy reprezentujących zawody niemedyczne⁴². Mieszczą się tu różnorodne działania pomocowe: opiekuńcze i aktywizujące, profilaktyczne (wyprzedzające) i korygujące (naprawcze), indywidualne (adresowane do osób) i społecznościowe (o charakterze grupowym). Podążamy tu tropem „Strategii rozwoju usług społecznych” z 2022 roku, przygotowanej przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, która obejmuje szeroki katalog usług społecznych, z wyłączeniem usług strictly medycznych (tzw. medycyny naprawczej), pozostawiając to pole równoległemu programowaniu przez Ministerstwo Zdrowia. Strategia przygotowana przez MRiPS zarazem wchodzi na pole objęte praktykami pomocowymi formatowanymi przy wykorzystaniu nauk o zdrowiu w takich obszarach, jak profilaktyka zdrowotna, zdrowie psychiczne, terapia uzależnień czy opieka lecznicza w zakresie chorób przewlekłych (np. opieka domowa – por. Szluz 2021) i w odniesieniu do chorych w fazie terminalnej (wspomniane już praktyki hospicyjne). Wszystkie te pola zostały programowo objęte monitoringiem badawczo-analitycznym w ramach prac UODI.

Raport otwarcia

Monografia przedstawia dorobek pierwszego roku prac analityczno-badawczych Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych⁴³. W 2022 roku prace UODI były prowadzone w trzech obszarach tematycznych, którym odpowiadają trzy części tomu. I tak, część pierwsza to analizy organizowania i prowadzenia praktyk pomocowych w sześciu obszarach, jakimi są: piecza zastępcza (rozdział 2 autorstwa Marioli Raclaw), niepełnosprawność (rozdział 3 autorstwa Izabeli Grabowskiej), zdrowie psychiczne (rozdział 4 autorstwa Mariusza Glinowieckiego), wychodzenie z uzależnień (rozdział 5 autorstwa Beaty Hoffmann), kryzys bezdomności (rozdział 6 autorstwa Marioli Bieńko), wspieranie seniorów (rozdział 7 autorstwa Ewy Stachowskiej)⁴⁴. Rozdziały te (z wyjątkiem rozdziału 7) zostały przygotowane na podstawie obszerniejszych autorskich ekspertyz, dostępnych na stronie internetowej UODI⁴⁵. Autorzy ukazują szanse, ale również granice

⁴² Ta grupa zawodów pomocowych określana jest też mianem profesji społecznych – por. Kantowicz 2001.

⁴³ Na dorobek ten składa się ponadto kilka artykułów naukowych w języku polskim i angielskim przygotowanych dla punktowanych czasopism naukowych. Zob. opis założeń programowych UODI i inne informacje na stronie <http://uodi.uw.edu.pl>.

⁴⁴ Podobnie ustrukturyzowane, choć odmiennie profilowane zostały prace analityczne, których rezultaty przedstawiono w tomie Grewiński, Lizut 2021a. Analizą zostały tam objęte następujące obszary: usługi adresowane do osób z niepełnosprawnościami, usługi wobec seniorów, piecza zastępcza, usługi reintegracji społeczno-zawodowej, usługi edukacyjne i usługi adresowane do rodzin. Jak zauważamy, jednostką analizy są tu poszczególne kategorie usług społecznych, wyróżniane ze względu na ich adresatów.

⁴⁵ <https://uodi.uw.edu.pl>.

implementacji podejścia środowiskowego w każdym z tych obszarów. Wszyscy podzielają przy tym przekonanie, że deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych nie jest celem samym w sobie, ale procesem mającym służyć dobrostanowi osób i środowisk wspieranych, i to interes tych osób wyznacza ramy implementacyjne podejścia⁴⁶.

Część druga tomu to analiza kształtowania się założeń polityki deinstytucjonalizacji w Unii Europejskiej, z uwzględnieniem prac programujących prowadzonych na poziomie organów UE oraz wdrażania polityk publicznych w krajach członkowskich. Agnieszka Vetulani-Cęgiel i Krzysztof Jasiecki (rozdział 8) analizują kształtowanie się agendy unijnej, a Szymon Wójcik i Karolina Lignar-Paczocho (rozdział 9) porównują wdrażanie polityki DI – w obszarach praktyk pomocowych analizowanych, w odniesieniu do Polski, w części pierwszej tomu – w poszczególnych państwach członkowskich UE, ze szczególnym uwzględnieniem Bułgarii, Danii i Niemiec.

W części trzeciej tomu podejmujemy temat organizacji praktyk pomocowych adresowanych do uchodźców wojennych z Ukrainy. W Polsce w 2022 roku ukształtował się środowiskowy model pomagania obywatelom ukraińskim będącym ofiarami agresji zbrojnej ze strony Federacji Rosyjskiej – bez tworzenia obozów dla uchodźców (te ostatnie są klasycznym rozwiązaniem instytucjonalnym w obszarze pomocy azylantom). Podstawą modelu środowiskowego jest społeczna absorpcja uchodźców oparta na oddolnie podejmowanych inicjatywach pomocowych (Rym-sza 2022b). Teksty zamieszczone w tej części tomu analizują: postawy i motywacje aktywistów (wolontariuszy) i ich wpływ na kształtujące się pomocowe praktyki społeczne (rozdział 10 autorstwa Magdaleny Roszczyńskiej-Kurasińskiej, Anny Wnuk, Tomasza Oleksego i Anny Domaradzkiej) oraz kształtowanie się relacji między czynnikiem społecznym i administracyjnym w procesie koordynacji działań na przykładzie punktu recepcyjnego funkcjonującego w dużym mieście (rozdział 11 autorstwa Mateusza Trochymiaka i Niny Wróblewskiej). Teksty z części trzeciej tomu pokazują, jak ważne jest właściwe zagospodarowanie potencjału społecznych aktorów działań pomocowych, co nie jest możliwe bez rozpoznania ich postaw i motywacji i zarazem bez stworzenia trwałych „struktur kooperacji” tych aktorów z administracją publiczną. Na dłuższą metę ważne jest, aby sieć pomocowa uwzględniała także „wspieranie wspierających”, by ograniczyć ryzyko wypalenia pomagaczy i zapewnić przekształcenie „zrywu pomocowego” w działania uspołecznione, ale o wyższym poziomie uporządkowania. Można to osiągnąć, upowszechniając kulturę współrządzenia (*governance*).

Prezentowany tom został przygotowany jako „Raport Otwarcia” UODI i w zamysle stanowi zapowiedź serii wydawniczej Wydawnictw Uniwersytetu Warszawskiego poświęconej usługom społecznym i metodyce pomagania opartym na podejściu środowiskowym. Kolejne planowane pozycje w tej serii będą podejmować

⁴⁶ Por. zwłaszcza uwagi na ten temat zawarte w rozdziale 2 tomu autorstwa Marioli Raclaw (s. 33–52).

problematykę praktyk pomocowych w konkretnych obszarach i typach placówek wsparcia (ze szczególnym uwzględnieniem problematyki, co robić, aby funkcjonowały one w sposób możliwie otwarty i uspołeczniony) oraz kwestię rozwoju metodyki pracy środowiskowej jako odpowiednio sprofilowanych kompetencji pomocowych specjalistów reprezentujących różne zawody i profesje pomocowe.

CZĘŚĆ I

**Między usługami środowiskowymi
i placówkami pomocowymi.
Profesjonalne praktyki pomocowe
w Polsce**



Od instytucjonalnych do rodzinnych form pieczy zastępczej. Ryzyko uproszczeń

Deinstytucjonalizacja wsparcia rodzin i dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej jako proces polityczny

Deinstytucjonalizacja jest procesem, który kształtuje sposób wykonywania zadań społecznych w wielu krajach Europy. Mirosław Grewiński zauważa, że jest ona logicznym wynikiem i istotnym elementem tzw. modelu – „3xDE” w polityce społecznej, którego pozostałymi składowymi są: decentralizacja (w myśl zasady subsydiarności samorządy przejmują zadania społeczne realizowane na poziomie lokalnym) oraz demonopolizacja (odnosi się do wielosektorowości i przekazania części zadań publicznych do sektora obywatelskiego, ekonomii społecznej i sektora prywatnego). Deinstytucjonalizacja oparta jest na zasadzie tożsamości, co oznacza, że świadczenie usług społecznych powinno się odbywać blisko domu, bez konieczności zmiany miejsca zamieszkania, by nie wrywać odbiorców świadczeń z ich środowiska naturalnego (Grewiński 2021, s. 12). Badacz podaje, że termin ten pojawiał się w polityce społecznej w latach 70. XX wieku w USA i odnosił się do przekształceń w świadczeniu usług opieki długoterminowej, terapii czy izolacji osób z niepełnosprawnością, ludzi starszych i więźniów. W kontekście amerykańskim deinstytucjonalizację rozumie się jako zapobieganie niepotrzebnemu lub nadmiernie długiemu przetrzymywaniu ludzi w formach izolacyjnych i zakładowych i jako tworzenie dla nich form alternatywnych.

Również w innych definicjach deinstytucjonalizacji (na przykład sformułowanych przez KE) podkreśla się organizowanie i dostarczanie zindywidualizowanych i wysokiej jakości usług blisko domu (najlepiej w formach niezakładowych / niezolacyjnych) oraz rozwój powszechnych usług podstawowych. Na potrzeby artykułu

¹ Mariola Raclaw, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0002-7614-0507.

przyjmuję definicję deinstytucjonalizacji obecną w pracach Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych (UODI). Jest to proces przechodzenia od wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych do wsparcia w środowisku z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnych, a zwłaszcza infrastruktury usług społecznych. To nie tylko zastępowanie placówek długookresowego i całodobowego pobytu usługami świadczonymi blisko domu, ale i proces „otwierania się” i odbiurokratyzowywania placówek dziennych, by zaspokajały elastycznie potrzeby lokalne i stawały się zasobami lokalnymi².

W krajach Unii Europejskiej deinstytucjonalizacja staje się zalecanym kierunkiem zmian w politykach publicznych od pierwszej dekady XXI wieku. W lutym 2009 roku przy Komisji Europejskiej utworzono Doraźną Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności. Następnie przekształcono ją w Europejską Grupę Ekspertów, która postulowała zamykanie zakładów (placówek opieki stacjonarnej), zmniejszanie liczby przebywających tam osób i rozwój alternatywnych wobec instytucjonalnych form opieki. Ponadto akcentowano konieczność upowszechniania usług lokalnych, co ograniczyło by potrzebę świadczenia usług w instytucjach typu stacjonarnej i całodobowej.

W odniesieniu do dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej zalecano wprowadzenie opieki rodzinnej (u krewnych lub obcych dla dziecka ludzi) i opieki do niej zbliżonej (w małych grupach, która nie przebiega w środowisku domowym opiekunów). Akcentowano konieczność stabilizacji podopiecznych w środowiskach lokalnych przez świadczenie zarówno usług prewencyjnych (nie dopuszczając do rozbicia rodziny i opuszczenia przez dziecko własnego środowiska), jak i usług ratunkowych (opieka zastępcza). W wypracowanych przez Europejską Grupę Ekspertów dokumentach podkreślono potrzebę procesualnego rozumienia opieki i uznania złożonego charakteru pomocy rodzinom (od profilaktyki przez opiekę zastępczą po zakładany powrót dziecka do rodziny biologicznej) oraz opieki zastępczej (umieszczenie dziecka w jakiejś formie opieki zastępczej, praca z dzieckiem i rodziną oraz reintegracja rodziny).

Podobnie deinstytucjonalizację ujmują międzynarodowe instytucje i organizacje zajmujące się sprawami dzieci i ochroną ich praw, na przykład Eurochild, UNICEF, CELCIS. W swoich pracach podkreślają konieczność planowania transformacji form opieki przy zachowaniu standardów wynikających z praw człowieka (Skalec-Ruczyńska 2020).

Aksjologiczny wymiar deinstytucjonalizacji

Deinstytucjonalizacja w praktyce często sprowadzana jest do wyboru określonego sposobu rozwiązywania problemów społecznych, wdrażanego przez władze publiczne,

² Por. definicję deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych przyjętą w UODI, zamieszczoną w tym tomie w rozdziale 1 autorstwa Marka Rymczy (s. 7).

nieraz przy udziale organizacji obywatelskich. Wybór instrumentów i sposobów ich wprowadzania nie jest jednak neutralny aksjologicznie. Agnieszka Golczyńska-Grondas i Magdalena Błaszczyk, po dokonaniu kwerendy międzynarodowych dokumentów dotyczących deinstytucjonalizacji w obszarze wsparcia rodziny i opieki zastępczej, akcentują, że „proces deinstytucjonalizacji osadzony został w prawach dziecka i prawach człowieka wskazanych w licznych dokumentach, między innymi w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, Konwencji o Prawach Dziecka, Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych”, z którymi łączą się określone obowiązki państw-sygnatariuszy, między innymi: prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawo dziecka do opieki zastępczej, prawo do edukacji, prawo do zdrowia, prawo do zabezpieczenia społecznego i do mieszkania pozwalającego na niezależne życie osób wychodzących z opieki instytucjonalnej, prawo do godności, prawo wyboru i prawo do kontroli nad swoim życiem i otrzymywanym wsparciem oraz poszanowanie praw wszystkich grup użytkowników usług i prawo dzieci do korzystania z przysługujących im praw, w tym gwarancję takich samych praw dla dzieci cudzoziemskich pozbawionych opieki rodziców, jak dla dzieci-obywateli danego państwa (Golczyńska-Grondas, Błaszczyk 2020, s. 14).

Wymienione prawa, które powinna gwarantować właściwie przeprowadzona deinstytucjonalizacja, wyraźnie pokazują, że nie ma ona służyć administracji, ustalającej podział zadań i odpowiedzialności, ale podmiotowi wsparcia – wzmacniać jego dobrostan i poprawiać warunki oraz jakość życia. W obszarze pieczy zastępczej proces ten powinien zostać przeprowadzony z uwzględnieniem zasad: pierwszeństwa najlepszego interesu dziecka; koncentracji uwagi i działań na dzieciach szczególnie zagrożonych (w tym przebywających w opiece zastępczej oraz wychowujących się w rodzinach narażonych na ubóstwo); utrzymania równowagi między polityką uniwersalną na rzecz dobrostanu wszystkich dzieci a polityką selektywną, kierowaną do wybranych grup potrzebujących; wdrażania szerokiego zestawu usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społeczności na równych zasadach; ochrony dzieci i innych użytkowników usług przed dyskryminacją; ciągłości polityki i planowania długoterminowego; współpracy międzyinstytucjonalnej; współpracy ze społeczeństwem obywatelskim; partnerstwa obejmującego także dzieci i ich opiekunów; regularnego dialogu prowadzonego na wszystkich poziomach życia społecznego (Golczyńska-Grondas, Błaszczyk 2020, s. 15). Ponadto w dokumentach międzynarodowych zwraca się uwagę na zasady: przekuwania barier w szansę; minimalizacji ryzyka szkód; zalecenia zapewnienia korzyści wszystkim uczestnikom procesu deinstytucjonalizacji.

W tym kontekście szczególnie znaczenia nabierają uwagi Marka Andrzejewskiego (2022) dotyczące ujmowania deinstytucjonalizacji jako aksjomatu. Przestrzega on przed nadmiernym skoncentrowaniem się na samym procesie, co może w rezultacie przynieść szkody dla beneficjentów wsparcia i co do zasady być przeciwstawne regule pomocniczości, która jest polską zasadą ustrojową. Dla Andrzejewskiego

deinstytucjonalizacja w obszarze wsparcia rodziny i pieczy zastępczej jest środkiem do osiągnięcia celu, a nie celem samym w sobie. Deinstytucjonalizacja jest narzędziem, które powinno być stosowane, o ile pozwoli na skuteczne osiągnięcie nadrzędnego celu pieczy zastępczej, czyli umożliwi powrót dziecka do rodziny, a w odniesieniu do dziecka przebywającego w pieczy zastępczej – zapewni realizację celu bieżącego, czyli opieki w formie najlepszej w jego indywidualnej sytuacji. Trudno się nie zgodzić z powyższym poglądem. Traktuję go jako głos nawołujący do rozsądku i uważności w tworzeniu strategii deinstytucjonalizacji, do uwzględnienia szerszego kontekstu poza techniczno-administracyjnym sposobem jej rozumienia i implementowania, do uwzględnienia wskazanych zasad i tworzenia warunków realizacji przysługujących ludziom praw człowieka i obywatela.

Od opieki zastępczej do pieczy zastępczej.

Zarys zmian w systemie wsparcia rodzin w potrzebie i dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej w XXI wieku

Współczesny system pieczy zastępczej jest rezultatem wielu zmian dokonywanych w tym obszarze od początku XXI wieku (więcej zob. Raclaw 2017). Poprzedziło je w latach 90. XX wieku wiele dyskusji o kierunkach przekształceń działań dotyczących dziecka pozbawionego opieki rodzicielskiej oraz ich dynamiki. Ostatecznie zmiany oparto na założeniach paradygmatu ochrony praw dziecka i idei prewencyjnej pracy z rodziną, co oznaczało wzmocnienie i upowszechnienie rodzinnych form opieki zastępczej i minimalizowanie dominujących form opieki instytucjonalnej.

W 2000 roku opiekę zastępczą przesunięto z resortu edukacji do pomocy społecznej (w ustawie o pomocy społecznej wyodrębniono dział dotyczący działań z tego obszaru, przypisanych powiatowym centrom pomocy rodzinie). Tworzono nowy zbiór praktyk pomocowych w nowym otoczeniu instytucjonalnym. Zakładanym celem przeobrażeń miało być powstanie lokalnego systemu pomocy rodzinom (na poziomie gminy i powiatu), którego elementem była opieka zastępcza.

Przebieg wdrażania zmian po pierwszym pięcioleciu ulokowania opieki zastępczej w ramach pomocy społecznej oceniany był przez ekspertów i aktywistów jako czas wyspowych sukcesów (realizacja zadań zgodnie z założeniami reformy nastąpiła tylko w niektórych powiatach). Natomiast dokonane przeobrażenia utrwaliły administracyjne funkcje Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, a ich pracownikom przypadła rola administratorów procesu umieszczania i usamodzielniania wychowanków opieki zastępczej. Brakowało rzeczywistej pracy prewencyjnej i reintegracyjnej na rzecz rodzin wieloproblemowych.

Aktywiści i praktycy zwracali uwagę na powolność przekształceń w opiece zastępczej. Nie zmniejszała się liczba umieszczeń dzieci, dominowały formy instytucjonalne i spokrewnione rodziny zastępcze, wolno rozwijało się profesjonalne rodzicielstwo zastępcze. Praca z rodziną biologiczną dziecka nadal nie była podejmowana

lub była mało skuteczna, a gmin nie zmotywowano do rozwoju profilaktyki środowiskowej. Narastała presja na dokonanie kolejnych przeobrażeń w opiece zastępczej. Środowiska zrzeszające praktyków i organizacje pozarządowe działające na tym polu postulowały, by wprowadzić zasadnicze zmiany kontynuujące idee reformy z 2000 roku. Po 2005 roku rozpoczęto próby wypracowania nowych rozwiązań legislacyjnych. W 2008 roku rząd PiS opracował projekt ustawy dotyczącej opieki zastępczej. Ostatecznie nowa ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej została uchwalona 9 czerwca 2011 roku, a jej przepisy weszły w życie w styczniu 2012.

Po ich wprowadzeniu piecza zastępcza została legislacyjnie wyodrębniona z obszaru pomocy społecznej i jako autonomiczna grupa zadań stała się częścią polityki rodzinnej. Jednocześnie zmiana nazewnictwa z „opieki zastępczej” na „pieczę zastępczą” symbolicznie podkreślała jakościowo inny system usług dla rodzin w potrzebie i dzieci pozbawionych opieki rodziców. W warstwie aksjologicznej ustawa odwołuje się do zasady pomocniczości, praw dziecka i podmiotowości rodziny. W ujęciu organizacyjnym – w systemie pojawiły się nowe role zawodowe, nowa kategoryzacja rodzinnych i instytucjonalnych form pieczy zastępczej oraz nowe zadania. Niezmiennie jednak akcentowano proces rozwoju rodzinnych form pieczy zastępczej, przede wszystkim rodzin zawodowych, i minimalizowanie liczby umieszczeń dzieci w formach instytucjonalnych, a także konieczność podejmowania działań na rzecz reintegracji rodziny. Nowa ustawa dowartościowała proces deinstytucjonalizacji w obszarze pieczy zastępczej.

Ograniczenia deinstytucjonalizacji przez urodzinnienie pieczy zastępczej. Doświadczenia międzynarodowe

W obszarze wsparcia dzieci i młodzieży pozbawionych opieki rodziców w wielu krajach przystąpiono do ograniczania umieszczania wychowanków w formach zakładowych i likwidacji placówek na rzecz alternatywnych form opieki zastępczej o charakterze rodzinnym (Harlow 2022). Różnicowano przy tym wsparcie i dążono do jego upowszechnienia dla jak największej liczby dzieci i ich rodzin (Ruszkowska 2013, s. 61). W Holandii czy Wielkiej Brytanii zlikwidowano wiele stacjonarnych placówek całodobowego pobytu. W Wielkiej Brytanii zdywersyfikowano sektor opiekuńczy, dopuszczając organizacje pozarządowe do świadczenia usług. Natomiast w Belgii, Niemczech, Szwecji czy we Włoszech instytucje opieki całkowitej zastępowano działaniami środowiskowymi, na przykład pod postacią pracy z rodziną i dzieckiem, programów opieki dziennej czy rozwoju mieszkań chronionych. Zgodnie z wytycznymi KE panuje tendencja do urodzinniania opieki zastępczej i osadzania usług wsparcia rodzin w środowisku lokalnym, jednak nie oznacza ona bezwzględnej likwidacji form instytucjonalnych. Ten fakt akcentują również Mirosław Grewiński i Joanna Lizut po dokonanej analizie wytycznych unijnych i UNICEF:

„Jak wynika z obu tych definicji, proces deinstytucjonalizacji nie musi oznaczać zamykania zakładów stacjonarnych, ale ich zmniejszanie i przekształcanie w kierunku wielofunkcyjnych, otwartych na środowisko lokalne podmiotów” (Grewiński, Lizut 2021c, s. 210).

Agata Skalec-Ruczyńska dokonała analizy porównawczej postępów deinstytucjonalizacji w latach 2000–2018 w 13 krajach świata (w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Francji, Niemczech, Włoszech, państwach skandynawskich i śródziemnomorskich oraz postsocjalistycznych), reprezentujących odmienne modele *welfare states* w typologii Gosty Espring-Andersena (Skalec-Ruczyńska 2020). Wśród porównywanych państw była też Polska. Autorka podkreśliła trudności prowadzenia tego typu porównań ze względu na stosowanie w poszczególnych krajach odmiennych metodologii obliczeń oraz różnych definicji opieki rodzinnej i instytucjonalnej, a także z powodu braków danych dla niektórych państw. W większości analizowanych krajów zaobserwowała wzrost wskaźnika umieszczeń dzieci w opiece zastępczej w przeliczeniu na 1000 dzieci w wieku 0–17 lat. Relatywnie najniższe wartości przyjmował on w krajach śródziemnomorskich i w państwach modelu liberalnego. W wypadku Polski trend był nieharmonijny, ale od 2014 roku liczba dzieci objętych pieczą zastępczą powoli spadała. Autorka zauważa, że wzrost liczby umieszczeń w krajach reprezentujących model liberalny (np. Wielka Brytania) i socjaldemokratyczny (Szwecja i Norwegia) wynikał z licznych przyjęć dzieci imigrantów, zwłaszcza z krajów afrykańskich, co świadczy o słabości polityki integracyjnej stosowanej w badanych społeczeństwach.

W odniesieniu do postępów deinstytucjonalizacji Skalec-Ruczyńska analizowała udział wychowanków w formach rodzinnych i instytucjonalnych, traktując wzrost liczby umieszczeń w formach rodzinnych jako wynik pożądany. Tak rozumiane postępy deinstytucjonalizacji były bardziej widoczne w pierwszej dekadzie XXI wieku niż w latach 2010–2018. W drugiej dekadzie obecnego stulecia wzrost udziału pieczy rodzinnej w opiece nad dziećmi w przedziale 2–8% zanotowano w Norwegii, na Węgrzech, w Rumunii, Francji i we Włoszech. Zmiana maksymalnie do 1% nastąpiła w Irlandii, w Polsce i w Niemczech. Natomiast spadek udziału nieletnich w pieczy rodzinnej na korzyść umieszczeń w placówkach o 3–10% nastąpił w Szwecji, Hiszpanii, Holandii, Stanach Zjednoczonych oraz Wielkiej Brytanii.

W badanych krajach różne były praktyki przyznawania krewnym opieki zastępczej nad dziećmi – rzadsze były one we Francji, Szwecji czy Wielkiej Brytanii, a częstsze w Polsce czy Hiszpanii, gdzie de facto system opiera się na pomocy oferowanej przez krewnych. Różny też był udział profesjonalnych rodzin zastępczych i ich akceptacja społeczna.

Kraje o indywidualistycznym podejściu do praw dziecka, tj. Norwegia, Szwecja, Niemcy, Wielka Brytania, przychylniej patrzą na opiekunów zastępczych jako wykonawców zawodu, natomiast te o familiocentrycznym nastawieniu z konserwatywnymi korzeniami mają trudność w zaakceptowaniu sytuacji, gdy za pełnienie zadań rodzicielskich (w ich odbiorze) miałyby przysługiwać wynagrodzenie. [...] Wielkiej Brytanii

i Francji udało się stworzyć rozbudowany system w tym zakresie, Polska i Węgry dopiero zaczęły działania w tym kierunku, państwa śródziemnomorskie raczej niechętnie podchodzą do tej koncepcji (Skalec-Ruczyńska 2020, s. 159-160).

Badaczka podkreśla również przeobrażenia form zakładowych, które zmieniają się w wielu krajach w kierunku specjalistycznych pałaczków z usługami dla dzieci o złożonych problemach zdrowotnych w sferze fizycznej i mentalnej, z zaburzeniami zachowania i rozwoju, nastawione są na resocjalizację dla młodocianych przestępców lub przeznaczone dla dzieci o nieuregulowanym statusie pobytu w danym kraju. „W założeniu świadczą one usługi specjalistyczne na miejscu, których zwykła rodzina zastępcza nie byłaby w stanie zapewnić” (Skalec-Ruczyńska 2020, s. 151).

Jak pokazuje dokonana wyżej analiza porównawcza, istotnym wskaźnikiem deinstytucjonalizacji w ujęciu ilościowym jest rozwój form rodzinnych, przede wszystkim niespokrewnionej opieki zastępczej. Jednak likwidacja form zakładowych lub ich ograniczanie i przejście do upowszechnienia usług opiekunów zastępczych nie przebiegają bez problemów. W wielu krajach widoczne są trudności z rekrutowaniem rodziców zastępczych spoza kręgu krewnych oraz utrzymaniem ich w gotowości do świadczenia opieki, co skłoniło Franka Ainswortha i Anthony'ego N. Maluccia do ogłoszenia kryzysu rodzinnej opieki zastępczej w Australii, USA, Wielkiej Brytanii i innych rozwiniętych gospodarczo krajach w początkach XXI wieku (Ainsworth, Maluccio 2003). Kwerenda badań międzynarodowych pozwala ukazać potencjalne źródła kryzysu i czynniki organizacyjne hamujące rozwój niespokrewnionego rodzicielstwa zastępczego, tj.:

- przeciążenie rodzin zastępczych trudnymi przypadkami w wyniku licznych umieszczeń dzieci z wieloma złożonymi problemami behawioralno-zdrowotnymi;
- brak wsparcia dla opiekunów zastępczych lub nieadekwatne wsparcie przy wzrastającej liczbie i skali zadań postawionych rodzicom zastępczym;
- niejednoznaczność statusu opiekunów zastępczych w systemie wsparcia dla dzieci i rodzin, wynikająca między innymi z rutynowych praktyk służb społecznych, powielających założenia modelu ochotniczej opieki świadczonej przez ludzi dobrej woli (opiekunowie traktowani jako klienci lub wolontariusze);
- nieuwzględnianie przez służby społeczne (i twórców systemu) złożoności motywacji osób podejmujących się rodzicielstwa zastępczego (por. Raclaw 2020).

Wymienione czynniki przyczyniają się do spadku zainteresowania podejmowaniem lub kontynuowaniem zadań rodzica zastępczego, zwłaszcza przez osoby niespokrewnione z dzieckiem. Często również ignoruje się niewidoczne niematerialne koszty funkcjonowania rodziców zastępczych w publiczno-prywatnej sferze, związane między innymi z potrzebą zapewnienia wychowankom poczucia bezpieczeństwa ontologicznego, ze sztywnością procedur niedopasowanych do specyficznych potrzeb dzieci w opiece, z wypaleniem zawodowym opiekunów czy ich stygmatyzacją (zob. Raclaw 2019).

Nie można jednak pominąć szerszych uwarunkowań kulturowych, związanych z przyjętymi społecznie ideałami rodzicielstwa. Elizabeth Harlow zaznacza, że w niektórych krajach, na przykład w Afryce, idea profesjonalnych rodzin zastępczych uznana jest za nadmiernie indywidualistyczną (oderwana jest od tradycji rodowych i plemiennych), a w innych, na przykład w Estonii, za niedostatecznie indywidualistyczną (tu kulturowo chroni się prywatność i autonomię rodziny w opozycji do interwencji publicznej), co powoduje jej odrzucanie (Harlow 2022, s. 178). W tych wypadkach należy szukać innych, pośrednich rozwiązań – ani zakładowych, ani bazujących na profesjonalnym rodzicielstwie zastępczym.

Próby umasowienia rodzicielstwa zastępczego, czyli potraktowanie go podobnie do usług świadczonych w innych obszarach społecznych – w edukacji czy w zdrowiu – napotykają zatem wiele trudności, co spowalnia deinstytucjonalizację pieczy zastępczej, rozumianą jako wzrost liczby umieszczeń w rodzinach zastępczych. Serwicyzacja rodzicielstwa zastępczego (nadanie mu charakteru sprofilowanej usługi) i jego umasowienie nie odpowiadają wymogom rzeczywistości, gdyż potrzeby dzieci, które mają być zaspokojone, nie są ani standardowe, ani proste – to hiperpotrzeby dzieci i hiperwyzwania stawiane przez ich środowisko pochodzenia, generujące hiperprzeciążenia dla przyjmujących je rodzin zastępczych, pracujących przez dwadzieścia cztery godziny na dobę i każdego dnia. W efekcie następuje wypalenie opiekunów zastępczych i przeciążenie całego systemu rodzinnego. Ilustracją tej tezy niech będzie spisana autorefleksja polskiej zawodowej matki zastępczej: „A kiedy jedziesz z nimi [z wychowankami] na wczasy – to nadal jesteś w pracy? Który lekarz jeździ na wczasy ze swoimi pacjentami? [...] Nie wiem czy umiem myśleć o tym jak o pracy. A bardzo bym chciała, wierz mi. W końcu łatwiej odchodzi się z pracy niż z rodziny...” (Kibler 2022, s. 71-72).

Nie można jednak zapomnieć, że i w innych obszarach – poza pieczę zastępczą – notowano nieudane próby deinstytucjonalizacji. Proces ten narażony jest na niepowodzenia, gdy przeprowadza się go bez przygotowania środowisk lokalnych, pod presją czasu i bez zabezpieczenia odpowiednich środków finansowych. W tym kontekście warto przytoczyć doświadczenia USA z drugiej połowy XX wieku (Sennett 2012) czy niektórych krajów UE pod koniec XX wieku (Ewijk 2010, s. 116). Włochy, Wielka Brytania i Stany Zjednoczone doświadczyły wzrostu liczby młodocianych bezdomnych, którzy po okresach pobytu w szpitalach psychiatrycznych, pieczy zastępczej, w domach poprawczych, a niekiedy więzieniach zostali „przywrócenii” swoim społecznościom (Sennett 2012, s. 164). Również badacze deinstytucjonalizacji opieki zastępczej przestrzegają przed uruchomieniem tego procesu bez odpowiedniego przygotowania kadr i zgromadzenia środków finansowych. W dłuższej perspektywie zamknięcie zakładów opieki całodobowej może uwolnić zasoby na rozwój usług środowiskowych, jednak na początkowych etapach wymaga większych inwestycji finansowych i pracy w pokonywaniu oporu profesjonalistów i środowiska społecznego (Harlow 2022).

Polska droga do deinstytucjonalizacji wspierania rodziny i pieczy zastępczej

Deinstytucjonalizacja opieki zastępczej / pieczy zastępczej w Polsce przebiegała równoległe z decentralizacją tego obszaru oraz demonopolizacją spraw wsparcia dzieci i młodzieży. Decentralizacja nastąpiła w 2000 roku, kiedy opieka zastępcza stała się zadaniem z zakresu pomocy społecznej, świadczonym przez powiat, a wsparcie dla rodzin biologicznych przez gminę. Również następowała demonopolizacja, ponieważ zadania wsparcia wychowanków i ich rodzin, a zwłaszcza usamodzielniających się wychowanków, bywały zlecane organizacjom pozarządowym.

Reforma opieki zastępczej z 2000 roku, jak wspomniałam wcześniej, zakładała zmniejszenie liczby placówek opiekuńczo-wychowawczych i liczby przebywających tam dzieci, wzrost liczby rodzin zastępczych niespokrewnionych i zawodowych, rozwój pracy z rodzinami naturalnymi, aby mogli powrócić do nich podopieczni (por. Raclaw-Markowska 2005). Rafał Płasek określa ten okres jako czas „stopniowej deinstytucjonalizacji systemu (przejawiającej się głównie w zmniejszeniu liczby wychowanków przebywających w placówce, co osiągnięto m.in. dzięki rozdrobnieniu instytucjonalnemu)” (Płasek 2020, s. 77).

Monitoring postępów decentralizacji i deinstytucjonalizacji opieki zastępczej po 2000 roku jasno wykazał, że „lokalność”, czyli zespół właściwości szeroko pojętego środowiska lokalnego, ma istotne znaczenie dla dynamiki przeobrażeń. Wraz z Dobroniegą Trawkowską sformułowaliśmy tezę, że

Korelacje (związki) i koincydencje (zbieżność w czasie) [...] [tych właściwości] będą decydowały o kierunku rozwoju lokalnego systemu wsparcia dla dzieci i ich rodzin, o tym czy usługa pieczy zastępczej w środowisku zamieszkania będzie usługą marginalną w pozytywnym sensie (gdyż wiele rodzin uniknie rozbitcia na skutek efektywnej z nimi pracy) lub w sensie negatywnym, kiedy z powodu braku dostarczenia tejże usługi w miejscu zamieszkania nastąpi rozpad rodziny a dzieci zostaną umieszczone poza granicami własnej gminy czy powiatu (Raclaw, Trawkowska 2015, s. 53-54).

Podstawą wyrażonej troski była nasza konstatacja, że wdrażane od 2000 roku zmiany w praktyce pomocy społecznej nie doprowadziły do wytworzenia usługi podstawowej, „bazowej”, tj. pracy z rodziną, świadczonej powszechnie w miejscach zamieszkania, o wypracowanej metodyce i dostosowanej do lokalnych praktyk pomocowych i społecznych. W naszej opinii był to warunek konieczny i niezbędny powodzenia innych zadań.

Wprowadzone w 2011 roku przepisy ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej dawały szansę, że usługa pracy z rodzinami może być upowszechniona: powołano asystentów rodzin (profesjonalistów pracujących z rodzinami zagrożonymi odebraniem dziecka), rodziny wspierające (mające w środowiskach lokalnych pomagać rodzinom mającym problemy wychowawczo-opiekuńcze oraz problemy z prowadzeniem gospodarstwa domowego), ustanowiono też koordynatorów pieczy

zastępczej, odpowiedzialnych za współpracę z rodziną biologiczną wychowanka pieczy. Oczywiście już wcześniej istniały samorządy, które w ramach innowacji wprowadzały pracę socjalną z rodziną i asystenturę (Śląsk, Gdynia, Częstochowa). Po 2012 roku miała to być powszechna i prawem wymagana metoda pomagania oraz prewencji przed umieszczeniem dziecka w pieczy zastępczej. Jednak – mimo ustawowej obligacji i rządowych programów finansowania – asystentura rozwijała się powoli, dodatkowo przy początkowym oporze pracowników socjalnych. Natomiast rodziny wspierające, mogące być wskaźnikami uspołecznionej deinstytucjonalizacji, mają marginalne znaczenie, co zdaniem Piotra Piskozuba wynika z niewiedzy i niedoinformowania pracowników socjalnych o znaczeniu tej instytucji oraz z braku kompleksowej regulacji prawnej (Piskozub 2019). W 2020 roku funkcjonowało w Polsce 67 rodzin wspierających, pracujących z 72 rodzinami, z czego 7 zakończyło współpracę z rodziną po 3 miesiącach, 40 pracowało nie dłużej niż rok, a 20 powyżej 12 miesięcy (Informacja Rady Ministrów 2021, s. 7). Od momentu powołania tej instytucji liczba rodzin wspierających wahała się od 60 do 80 w skali kraju. Mała ich liczba może być wskaźnikiem trudności w inicjowaniu działań opartych na usługach niewynagradzanych nieprofesjonalistów (rodzinom wspierającym przysługuje tylko zwrot kosztów pomocy), którzy mają oddziaływać w sferze uznanej za prywatną, czyli w obszarze wychowania i opieki nad dzieckiem innej rodziny. W tym momencie nie mam informacji, aby wymienić czynniki odpowiedzialne za brak kandydatów na rodziny wspierające. Wymaga to badań i namysłu nad instytucjonalnymi i kulturowymi podstawami tej formy pomagania.

W tym samym czasie doszło też do swoistego i utrwalającego się „odwrócenia” priorytetów reformy: pierwszeństwo przed rozwojem pracy z rodziną biologiczną uzyskiwał rozwój rodzinnych form pieczy, czego świadectwem może być obserwowana wśród samorządów rywalizacja dotycząca wzrostu liczby niespokrewnionych i zawodowych rodzin zastępczych (Andrzejewski 2019). Presja była duża i wywierana dodatkowo przez środowiska aktywistów z organizacji pozarządowych, domagających się likwidacji form zakładowych. Przedstawiciele trzeciego sektora, zrzeszeni wokół Koalicji na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej³, opracowali nawet indeks

³ Koalicja na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej powstała jesienią 2010 r. Członkami-założycielami było 9 organizacji pozarządowych: Fundacja POLKI MOGĄ WSZYSTKO, Stowarzyszenie Wioski Dziecięce SOS w Polsce, Mazowiecka Fundacja Rodzin Zastępczych, Fundacja Oriflame Dzieciom, Stowarzyszenie Rodzin Adopcyjnych i Zastępczych „Pro Familia”, Stowarzyszenie Rodzicielstwa Zastępczego „Nasze Gniazdo”, Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa Oddział Mazowiecki, Fundacja Rodzin Adopcyjnych, Stowarzyszenie Rodzicielstwa Zastępczego „Jedno serce”. Głównymi celami koalicji są: działania na rzecz zmniejszenia liczby dzieci umieszczanych w całodobowych placówkach opiekuńczo-wychowawczych; dążenie do umieszczania dzieci w rodzinnych formach pieczy zastępczej w sytuacji, kiedy konieczne jest zapewnienie dziecku prawidłowej opieki poza rodziną biologiczną; podnoszenie standardów rodzinnej opieki zastępczej w odniesieniu do wszystkich jej uczestników; przełamywanie stereotypów dotyczących rodzinnej pieczy zastępczej; podnoszenie kompetencji i rozwój członków Koalicji, wypracowanie „wspólnego głosu”, zwiększanie świadomości społecznej w zakresie opieki nad dzieckiem i rodziną; działania

deinstytucjonalizacji (Bitner i in. 2018). W tym narzędziu stopień deinstytucjonalizacji jest obrazowany stosunkiem liczby dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej do liczby wszystkich dzieci w pieczy zastępczej (z wyłączeniem rodzin spokrewnionych, ale wliczając dzieci przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego). Podstawą narzędzia jest zatem operacjonalizacja deinstytucjonalizacji jako procesu profesjonalizowania rodzinnej pieczy zastępczej, a jej jakość odnosi się (w dużej mierze) do warunków funkcjonowania opiekunów zastępczych. Brakuje w nim „dziecięcego głosu” i problemów dziecięcych, na przykład zmiennych dotyczących stabilizacji małoletniego wychowanka po powrocie do domu własnego, funkcjonowania podopiecznych w środowiskach lokalnych (przestępczość, ponowne umieszczenia itp.). Brakuje również głosu rodziców wychowanków. Beneficjentem tak analizowanej deinstytucjonalizacji stały się podmioty pieczy, a nie jej odbiorcy.

Tymczasem, jak zauważa Andrzejewski: „Nieznaczne efekty ilościowe [rozwoju rodzin zastępczych – przyp. M.R.] osiągnięto jednak kosztem obniżenia jakości szkoleń i pułapu wymagań stawianych kandydatom. Ponadto nie zapewniono nowo powstałym rodzinom należytego wsparcia” (Andrzejewski 2019, s. 24). Z tego powodu część podmiotów pieczy rodzinnej rezygnowała z pełnionych funkcji, a część wychowanków musiała zostać umieszczana w placówkach i „dryingowała” po systemie. Andrzejewski konkluduje: „Realizowanie idei deinstytucjonalizacji doprowadziło do nadmiernego eksponowania postulatu likwidacji placówek na rzecz entuzjastycznego preferowania form rodzinnych, co w praktyce spowodowało obniżenie rangi reintegracji rodzin wychowanków” (Andrzejewski 2019, s. 24), ale też stanowiło usprawiedliwienie, aby takich działań nie podejmować.

Nie bez znaczenia są też koszty organizacji pieczy zastępczej: formy rodzinne są dużo tańsze w utrzymaniu niż te instytucjonalne i dlatego finansowo korzystniejsze dla samorządów lokalnych. Do tego dochodzi obserwowana przez badaczy strategia gmin odraczania umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej, gdyż samorządy ponoszą część opłat za jego pobyt (Skalec-Ruczyńska 2020, s. 144). Mimo niesprzyjających warunków wychowania i przy nieskutecznej pracy z rodziną biologiczną dzieci funkcjonowały w niesprzyjających dla nich środowiskach domowych. Do pieczy trafiały zatem z nawarstwionymi i złożonymi problemami zdrowotno-rozwojowymi.

Rzecz jasna tym nieprawidłowościom nie jest winna sama idea deinstytucjonalizacji, tylko jej uproszczone odczytanie i instrumentalne wykorzystanie. Niewątpliwie wpłynęły one na skuteczność i wydolność systemu wsparcia dzieci w potrzebie. W opinii Rafała Płaska już przed 2018 rokiem w Polsce dynamika deinstytucjonalizacji (rozumianej jako tworzenie rodzin zastępczych i likwidowanie form zakładowych) osłabła, ale też spadła liczba dzieci trafiających do pieczy zastępczej i przebywających

na rzecz pełnoletnich wychowanków pieczy zastępczej; wspieranie uczestników rodzinnej pieczy zastępczej, aby mogli liczyć na fachową pomoc i doradztwo specjalistów. W latach 2011–2014 Koalicja została członkiem International Foster Care Organization, od 2014 r. przystąpiła do Eurochild, <http://www.koalicja.org/o-nas/jak-powstawalismy/>, dostęp: 20.08.2022.

w niej (Płasek 2020, s. 77). W 2020 roku według danych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (Informacja Rady Ministrów 2021) w pieczy zastępczej przebywało 72 063 dzieci (wraz z uczącymi się wychowankami do 25 r.ż.), z tego w rodzinnej – 55 772, a w instytucjonalnej – 16 291. Jednocześnie w roku 2020 na umieszczenie w rodzinie zastępczej po wydaniu decyzji sądu oczekiwało 577 małoletnich, a na miejsce w placówce opiekuńczo-wychowawczej 425. Oznacza to, że około 1000 dzieci żyło w warunkach skategoryzowanych przez sąd jako zagrażające.

Umasowienie rodzicielstwa zastępczego

Od 2000 roku w Polsce, wraz z przekazaniem zadań opieki zastępczej samorządom powiatowym i wprowadzeniem tych zadań w obszar pomocy społecznej, preferowaną formą opieki było rodzicielstwo zastępcze. W 2020 roku dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej stanowiły 78% tych objętych opieką zastępczą (Kolankiewicz 2022, s. 9–86)⁴. Liczba rodzin zastępczych w 2020 roku wynosiła 36 838, przy czym większość z nich stanowiły rodziny spokrewnione (63%), w których przebywało około 54% wszystkich wychowanków rodzinnej pieczy zastępczej (Informacja Rady Ministrów 2021, s. 13). W 2020 roku w całej pieczy rodzinnej najczęściej umieszczone były dzieci w wieku szkolnym 7–13 lat (35%) i 14–17 lat (28%). Udział najmłodszych wychowanków do 3 lat wyniósł 9%, a w grupie wiekowej 4–6 lat – 10%.

Tak wysoki odsetek umieszczeń w rodzinnych formach pieczy jest dowodem postępującej deinstytucjonalizacji. Jednak istotą jest analiza dominujących typów rodzin zastępczych (spokrewnione, niespokrewnione, zawodowe). Dostępna pięcioletnia analiza danych za lata 2015–2020 pokazuje spadek ogólnej liczby rodzin zastępczych o około 2000, który jest widoczny wśród rodzin spokrewnionych i niespokrewnionych. Wzrosła liczba rodzin zawodowych (o 132 rodziny, do liczby 2157) oraz rodzinnych domów dziecka, często przekształcanych z placówek rodzinnych (z 488 do 702). W rodzinach zawodowych wychowuje się ok. 12% umieszczonych dzieci (ok. 11% w 2015 r.), a w rodzinnych domach dziecka ok. 9% (w 2015 ok. 6%). Widać zatem powolne uzawodowienie rodzicielstwa zastępczego, chociaż „głównym” filarem rodzinnej pieczy zastępczej są bliscy dziecka. Warto przypomnieć, że rodzinę zastępczą spokrewnioną – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa – mogą tworzyć dziadkowie i rodzeństwo. Dalsi krewni i powinowaci są kwalifikowani jako rodzina niespokrewniona, chociaż mogą być de facto powiązani z podopiecznym bliskimi i afektywnymi więziami oraz więzami krwi.

Jednocześnie zwolennicy profesjonalizacji pieczy zastępczej przekonują, że rodziny zastępcze spokrewnione nie są w stanie odpowiednio zająć się powierzonymi w opiekę dziećmi, gdyż nie mają odpowiedniego przygotowania, aby sprostać ich złożonym potrzebom. Zarazem brak chętnych kandydatów na niespokrewnionych i zawodowych rodziców zastępczych czyni wybór dostępnych dla dzieci form nie-

⁴ O ile nie zaznaczono inaczej, dane w tym podrozdziale pochodzą z Kolankiewicz 2022, s. 9–86.

zwykle ograniczonym: spokrewnieni bliscy, o ile chcą i mogą podjąć się tej roli, lub placówka opiekuńczo-wychowawcza.

Brak kandydatów na niespokrewnionych i zawodowych rodziców zastępczych był często zgłaszany przez lokalnych organizatorów pieczy zastępczej. Warunki płacy i zatrudnienia profesjonalnych opiekunów okazywały się przeszkodą – niskie wynagrodzenia⁵ czy umowy cywilno-prawne nie zachęcały do brania odpowiedzialności za los powierzonego dziecka i pracę z jego rodzicami (usługa rodzicielstwa zastępczego jest usługą podwójnie adresowaną: beneficjentami są wychowanek oraz jego rodzice biologiczni). Dodatkowo niezawodowi i zawodowi rodzice zastępczy zgłaszają problemy współpracy z organizatorami i koordynatorami pieczy zastępczej oraz trudności w dostępie do potrzebnych wychowankowi usług z obszaru zdrowia (fizycznego i psychicznego), edukacji i rehabilitacji. Niekiedy ich głosy stanowią świadectwo walki z systemem, informują, że – podobnie jak rodzice zastępczy spokrewnieni – nie są traktowani jako równoprawny partner służb społecznych (por. Matusiak 2022, s. 73–77).

Zgodnie z prawidłowością obserwowaną przez badaczy życia społecznego wszelkie nierówności i zaniechania występujące w „zwykłych czasach” ulegają wyostreniu w sytuacjach nadzwyczajnych, katastroficznych. Dowodzą tego doświadczenia pandemii COVID-19. W okresie kryzysu epidemicznego placówki opieki całodobowej stały się rzeczywiście zamkniętymi „światami”, w których dochodziło do izolacji mieszkańców od otoczenia społecznego (w tym umieszczonych w placówkach dzieci od ich rodziców i rodzeństwa), a retoryka rządzących podkreślała konieczność i bezpieczeństwo tego stanu mimo wielu efektów negatywnych (Głąb, Kocejko 2022). Jednak „świat” zdeinstytucjonalizowanych podmiotów też nie był bezpieczny. Badania empiryczne ujawniły, że polscy rodzice zastępczy w pierwszym roku pandemii mieli poczucie opuszczenia ze strony służb pomocowych i byli osamotnieni (Danecka, Matejek, Mirosław 2021). Informowali o braku zainteresowania i kontaktu ze strony „pomagaczy”, w tym koordynatorów pieczy. Jednocześnie – podobnie jak doświadczali tego inne matki i ojcowie – opiekunowie musieli przejąć odpowiedzialność za zdrowie i naukę dzieci, z tym że często mierzyli się z dużymi deficytami dzieci i brakiem odpowiedniego sprzętu do rehabilitacji czy nauki (w ramach PO WER wsparcie edukacji zdalnej w pieczy zastępczej zostało uruchomione z opóźnieniem i trwało od maja do grudnia 2020 r.). Marta Danecka, Józefa Matejek oraz Joanna Mirosław ustaliły, że w czasie epidemii nastąpiła deprofesjonalizacja praktyk pomocowych: z powodu braku wsparcia służb społecznych opiekunowie zastępczy postępowali intuicyjnie, bazowali na empatycznych i nieformalnych aktach pomocy ze strony innych osób (Danecka, Matejek, Mirosław 2021). W ten sposób postępowała uspołeczniona, ale „wymuszona deinstytucjonalizacja”, a stopień zaspokojenia potrzeb dzieci i ich opiekunów zależał od lokalnego kapitału społecznego. Wyostrzyły się również lokalne różnice w zakresie udzielanego wsparcia przez

⁵ Nowelizacja ustawy z jesieni 2022 r. podwyższyła wynagrodzenia dla rodziców zastępczych.

instytucje publiczne: w powiatach, w których wcześniej występowała ponadnormatywna współpraca między organizatorami pieczy i opiekunami, obserwowano skuteczniejsze praktyki pomocowe, w powiatach zaś, gdzie już wcześniej ta współpraca była słaba lub bardzo zbiurokratyzowana, tego wsparcia nie było. Ponownie zatem lokalność – z jej zasobami i utrwalonymi praktykami pomocowymi – okazała się istotnie różnicującym czynnikiem w obszarze dobrostanu dzieci i rodzin.

Odmasowione placówki opieki całodobowej

Międzynarodowe wytyczne dotyczące deinstytucjonalizacji wyraźnie podkreślają konieczność minimalizowania form zakładowych w pieczy zastępczej. Placówki rozpoznawane są jako miejsca o dużym ryzyku skrzywdzenia dziecka i zagrażające jego dobrostanowi. W Polsce przeobrażenia form instytucjonalnych wiązały się nie tylko z ograniczeniem ogólnej liczby umieszczonych tam wychowanków, ale również z limitowaniem miejsc w placówkach (od 2021 r. w placówce opiekuńczo-wychowawczej można umieścić do czternaściora małoletnich). Wprowadzono zasadę nieumieszczania w nich dzieci małych (od 2021 r. we wszystkich formach pieczy instytucjonalnej nie można umieszczać dzieci poniżej 10 roku życia). Obecnie formy placówkowe są prowadzone przez samorządy powiatowe (placówki rodzinne, interwencyjne, socjalizacyjne, specjalistyczno-terapeutyczne i łączące zadania) oraz samorządy województwa (interwencyjne ośrodki preadopcyjne i regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne).

Maria Kolankiewicz (2022), badaczka systemu instytucjonalnej pieczy zastępczej, zauważa dokonujące się zmiany, odpowiadające założeniom deinstytucjonalizacji. Widoczne jest zastępowanie opieki zakładowej opieką w formach rodzinnych lub do nich zbliżonych. Z analizy dostępnych danych statystycznych wynika, że w trakcie ostatnich trzech dekad liczba dzieci umieszczonych w formach instytucjonalnych zmniejszyła się o połowę: z 32 476 w 1989 roku do 15 024 w 2020 (Kolankiewicz 2022, s. 54). Jednocześnie nie jest to liczba pełna, ponieważ dzieci przebywają również długookresowo w placówkach funkcjonujących w obszarze edukacji, zdrowia czy pomocy społecznej.

Trendowi zmniejszania liczby dzieci w instytucjonalnych formach pieczy nie odpowiada spadek liczby samych placówek, zwłaszcza socjalizacyjnych. W 2020 roku funkcjonowało 1206 takich placówek wobec 673 w roku 2005 (Kolankiewicz 2022, s. 56). Jest to wynik zmniejszania wielkości grup w instytucjach w kierunku małych placówek, ulokowanych w tzw. zwyczajnym sąsiedztwie. Wcześniejsze doświadczenia związane z ograniczaniem miejsc w placówkach (proces ten rozpoczęto już w 2000 r.) ujawniały pozorowanie adaptacji do wymogów prawnych i „dzielenie” większych placówek na zespół mniejszych instytucji. W chwili obecnej przepisy stanowią, że w jednym budynku może istnieć tylko jedna placówka, a placówka socjalizacyjna nie może dzielić budynku czy być w obrębie jednej nieruchomości z innymi całodobowymi zakładami pomocy społecznej z obszaru zdrowia czy

edukacji. Nie wszędzie ten przepis jest przestrzegany, niektóre społeczności lokalne nie były w stanie uzyskać nowych lokalizacji i zdecydowały się na pozostawienie placówek w dawnych budynkach.

Mimo zapisu, że w zakładowych formach pieczy nie powinny znajdować się dzieci poniżej 10 roku życia, w 2020 roku w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wciąż przebywało 1633 dzieci w wieku poniżej 7 lat (w 2019 r. – 1355) i 5576 w wieku 7–13 lat (Informacja Rady Ministrów 2021). Dzieje się tak ze względu na możliwość pobytu małego dziecka z małoletnią matką lub ojcem – wychowankami pieczy – ale także ze względu na obecność starszego rodzeństwa. Zakaz rozdzielania rodzeństwa powoduje, że młodsze dzieci przebywają wraz z braćmi czy siostrami w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, co RPO identyfikuje jako ich dyskryminację (w tej sytuacji RPO postuluje umieszczenie całego rodzeństwa w pieczy rodzinnej) (Wystąpienie RPO 2022).

Przekształceniom form pieczy – z instytucjonalnej w rodzinną – towarzyszy wspomniana już presja wywierana przez organy organizujące opiekę nad dzieckiem jej pozbawionym, by tworzyć formy rodzinne. Ma to znamieny wyraz w niepowoływaniu placówek typu rodzinnego⁶ i przekształcaniu tych istniejących w rodzinne domy dziecka (które są uznawane za formy rodzinne). O ile w ostatnich 5 latach (do 2020 r.) spadła liczba tych pierwszych (z 228 do 223), o tyle prawie dwukrotnie wzrosła liczba rodzinnych domów dziecka i umieszczonych w nich dzieci (placówki: z 395 do 685; wychowankowie: z 2591 do 4700).

Maria Kolankiewicz, analizując zmiany w pieczy instytucjonalnej, konkluduje: „planując deinstytucjonalizację, trzeba brać pod uwagę wszystkie instytucje dla dzieci, w tym również domy pomocy społecznej oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, które świadczą długoterminową pomoc w służbie zdrowia. Duże zróżnicowanie placówek specjalistycznych i niemała liczba ich mieszkańców świadczą o rosnących potrzebach dzieci z problemami zdrowotnymi i rozwojowymi, które nie są otaczane opieką rodziców” (Kolankiewicz 2022, s. 54–55). O wzroście i skali problemów dzieci świadczy między innymi zwiększająca się liczba placówek specjalistycznych na poziomie powiatu i w regionach oraz dokonywanych w nich umieszczeń: w 2012 roku liczba powiatowych placówek specjalistyczno-terapeutycznych wynosiła 2, a w 2020 już 22, liczba zaś umieszczonych w nich wychowanków wzrosła z 73 do 288; regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych odpowiednio: 1 i 10, a dzieci w nich przebywających z 49 do 304; w wypadku interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych liczba placówek w badanych latach to 1 i 3, a dzieci w nich przebywających – odpowiednio 23 i 37 (Kolankiewicz 2022, s. 64).

⁶ Placówka opiekuńczo-wychowawcza typu rodzinnego jest jedną z form instytucjonalnej pieczy zastępczej. W placówce można umieścić w tym samym czasie do 8 dzieci i osób, które przebywając w pieczy zastępczej osiągnęły pełnoletniość. Umożliwia to nierozdzielanie licznego rodzeństwa.

Deinstytucjonalizacja. Czy dwa razy wejdziemy do tej samej rzeki?

Kształtowanie systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej nie jest zakończone. Będzie się on zmieniał pod wpływem zaleceń i wytycznych organizacji międzynarodowych oraz zaleceń unijnych, które przesądzają o alokacji środków przyznanych państwom członkowskim. Globalizacja polityk publicznych i internacjonalizacja jej agendy są i będą impulsem dokonywanych korekt w poszczególnych obszarach zadań publicznych. Upolitycznienie spraw dzieci pozbawionych opieki, czyli proces przenoszenia problemu ze sfery społecznej, kulturowej czy gospodarczej do systemu politycznego, zachodzi zatem na dwóch płaszczyznach: debaty politycznej (z udziałem podmiotów politycznych) oraz procesu decyzyjnego i uregulowań prawno-politycznych (Duszczyk, Lesińska, Matuszczyk 2019).

W odniesieniu do deinstytucjonalizacji w analizowanym obszarze upolitycznienie tej kwestii jest w Polsce inicjowane zarówno odgórnie – przez władze centralne, jak i oddolnie – przez środowiska lokalne i organizacje pozarządowe (tj. Koalicję na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej), które nie tylko sprzyjają temu kierunkowi działania, ale i monitorują jego przebieg oraz wywierają presję na przyspieszenie zmian. Co interesujące, zarówno władze publiczne, jak i aktywiści zgadzają się, że obrany kierunek jest właściwy, słuszny i powinien być kontynuowany. Kwestią sporną pozostaje dynamika zmian i ich radykalizm. Jednak istotne znaczenie dla powodzenia wszelkich przeobrażeń będą miały nie tylko wypracowane zapisy prawne oraz lobbystyczne akcje organizacji pozarządowych, ale także realne możliwości, a przede wszystkim zrozumienie idei i aksjologicznych założeń deinstytucjonalizacji przez przedstawicieli władz lokalnych odpowiedzialnych za organizację systemu wsparcia rodzin i pieczę zastępczą.

Ze względu na zgłaszane zastrzeżenia ekspertów, presję organizacji pozarządowych i konieczność dostosowywania prawa krajowego do wytycznych unijnych Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w 2021 roku zapowiedziało nowelę ustawy normującej analizowany obszar działań publicznych. Projekt nowelizacji zaopiniował rzecznik praw obywatelskich Adam Bodnar, który krytycznie oceniał funkcjonowanie systemu pieczy nad dzieckiem w potrzebie. Przy okazji opinii projektowanych zmian wyraził poparcie dla deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej i zwrócił uwagę na bariery, które powodują, że „postępy w tej mierze są niewystarczające. Mimo upływu lat wciąż nie doszło do przełomu” (Wystąpienie RPO 2022). Ograniczenia w postępach deinstytucjonalizacji ułożył w: małej liczbie rodzin zastępczych i braku miejsc w rodzinnych formach pieczy dla potrzebujących dzieci, co powoduje konieczność utrzymania, a nawet rozwoju form instytucjonalnych; braku odpowiedniego wsparcia dziecka i opiekunów zastępczych przez służby społeczne, w tym małej dostępności do specjalistycznych usług i pomocy dziecku; braku bezpieczeństwa finansowego i zatrudnieniowego rodziców zastępczych (niskie płace, brak stałych umów o pracę, zakaz podejmowania zatrudnienia dodatkowego przez

wynagradzanego opiekuna zastępczego bez zgody starosty, utrzymywanie niskich limitów rodzin zastępczych w powiatowych programach rozwoju pieczy zastępczej).

W maju 2022 roku minister rodziny Marlena Małąg zadeklarowała kontynuację i intensyfikację prac nad nowelizacją ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (rozpoczętą w 2021 r.). W rezultacie nowelizację uchwalono w październiku 2022 roku⁷, a na jej mocy podniesiono wynagrodzenie dla opiekunów zastępczych⁸, wprowadzono system teleinformatyczny usprawniający koordynację działań pomocowych kierowanych do dzieci i wprowadzono zakaz tworzenia nowych placówek opiekuńczo-wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego specjalistyczno-terapeutycznego, regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych. Minister zadeklarowała, że zmiany są wdrażane jako kolejny etap deinstytucjonalizacji, która dla resortu jest „bardzo ważna”, gdyż „odchodzimy od opieki instytucjonalnej i stawiamy na rozwój rodzinnej pieczy zastępczej” (Sobczak 2022).

Zgoda, aby kontynuować deinstytucjonalizację, jest zatem powszechna i operacyjnie (na drodze konsensu) została zdefiniowana jako umasowienie rodzicielstwa zastępczego. W obliczu przeprowadzonych analiz, wykazujących niedostateczną liczbę podmiotów rodzinnych i niepowodzenia rodzinnych form opieki nad dziećmi doświadczającymi wieloobszarowych kłopotów zdrowotnych, problemów z zachowaniem czy rozwojowych oraz wzrost liczby wychowanków potrzebujących specjalistycznego wsparcia w Polsce, pytanie brzmi – czy deinstytucjonalizacja stała się środkiem czy celem, czy stała się metodą wsparcia czy aksjomatem. W tym kontekście stawiam też pytanie o dobrostan dzieci umieszczonych w pieczy. W 2020 roku w rodzinnej pieczy zastępczej przebywało 6446 dzieci z niepełnosprawnością, a w formach instytucjonalnych – 2017 (SRUS 2022, s. 15). Dodatkowo trzeba doliczyć 698 podopiecznych, którzy nie ukończyli 18 lat, a przebywali w domach pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, oraz wspomnianych już wychowanków placówek całodobowych z resortu edukacji, tj. ok. 20 tys. osób.

Umasowienie liczby rodzin zastępczych jako formy pieczy nad dzieckiem jej pozabawionym oznacza konieczność zwiększenia liczby podejmujących się jej podmiotów. Nie wystarczy jednak zrekrutować „zwykłych” kandydatów – obecnie sytuacja wymaga wyszkolenia opiekunów mogących świadczyć usługi specjalistyczne (w zakresie zdrowia i zaburzeń zachowania) lub przygotowanych na przyjęcie dzieci starszych i z rodzin migrantów. Jeżeli nabór kandydatów do tej pory jest niesatysfakcjonujący,

⁷ Ustawa z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2022, poz. 2140.

⁸ Nowelizacja ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej przewiduje wzrost z 2168,76 zł do 4100 zł wynagrodzenia dla rodzin zastępczych zawodowych oraz prowadzących rodzinne domy dziecka. Natomiast w przypadku rodzin pełniących funkcję pogotowia rodzinnego z kwoty nie niższej niż 2819,39 zł do kwoty nie niższej niż 5084 zł. Wynagrodzenia będą waloryzowane według wskaźnika inflacji.

może czas przemyśleć kwestie wsparcia wstępných i zstępných wychowanków pieczy, czyli wzmocnić zasób spokrewnionych i niezawodowych rodzin zastępczych. Wszystkie te działania wymagają wysiłku szkoleniowego oraz pracy z opiekunami i na ich rzecz. Wymagają solidarności służb społecznych i lokalnych środowisk z podmiotami wykonującymi pracę opiekuńczą na rzecz dzieci separowanych od rodziców. Podobnie twierdzi Stanisława Golinowska (2022, s. 222), która zwraca uwagę, że rodzinna piecza zastępcza może być dobrym kierunkiem ku deinstytucjonalizacji opieki, ale odpowiednie warunki życia umieszczonych w niej wychowanków są rezultatem wielu wzajemnie na siebie oddziałujących czynników – od motywacji i cech osobowościowych rodziców zastępczych począwszy przez warunki bytowe usługodawców po obecność w środowisku sprawnych instytucji wsparcia i kontroli. Czekanie na „lepsze” rozwiązanie może prowadzić do porażki, czyli zaniedbywania bieżących potrzeb ludzi pozostających w krytycznych sytuacjach życiowych (Golinowska 2022, s. 234). A zatem czekanie na zawodowych rodziców zastępczych może być instytucjonalną formą zaniedbania dziecka.

Kwestie prewencji w postaci pracy z rodzinami zastępczymi, wsparcia dzieci ze specjalnymi problemami i minimalizowania opieki instytucjonalnej (nie zaś likwidowania jej) zostały podniesione w najnowszym dokumencie odnoszącym się do deinstytucjonalizacji, tj. w „Strategii rozwoju usług społecznych – polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do roku 2035)” (SRUS 2022, s. 15). Wytyczono w niej cztery cele pomocy rodzinom w potrzebie i dzieciom pozbawionym opieki rodziców: wsparcie dzieci i rodzin przez rozwój usług profilaktycznych i środowiskowych; rozwój rodzinnych form pieczy (wsparcie dla wychowanków w pieczy i rodziców zastępczych oraz zwiększenie oferty usług specjalistycznych); zmiana funkcjonalności placówek całodobowych z długookresowym pobytom; poprawa jakości usamodzielnienia wychowanków pieczy zastępczej. Chociaż żaden z wymienionych celów głównych nie jest zaskakujący i powiela postulaty obecne od wielu lat w przestrzeni publicznej, trzeba docenić uwzględnienie aspektów specjalistycznej pomocy dla dzieci w pieczy zastępczej, w tym dzieci z niepełnoprawnościami, oraz przypomnienie o konieczności działań profilaktycznych i rozwoju usług blisko domu dla rodzin w potrzebie. Jednak dokument nie daje odpowiedzi, w jaki sposób zwiększyć liczbę nowych zastępczych rodzin zawodowych, w tym specjalistycznych; jak utrzymywać gotowość do przyjmowania nowych wychowanków przez podmioty istniejące i przeciwdziałać odejściom wypalonych czy rozczarowanych opiekunów; w jaki sposób wzmocnić pracę z rodzinami biologicznymi dzieci, aby piecza zastępcza mogła być tymczasowa; gdzie będą wracać wychowankowie pieczy po usamodzielnieniu – do jakiego środowiska?

Należy bardzo uważnie wsłuchiwać się w toczącą się formalnie i publicznie, a także przy mniejszej i bardziej wyselekcjonowanej publiczności debatę. Dyskusje wokół pieczy zastępczej trwają od dawna i mogą się wydawać mało satysfakcjonujące. Jednak nie są wyłącznie powtarzaniem znanych nam argumentów i idei. Pojawiają się też nowe elementy albo stare zyskują na znaczeniu w nowym kontekście

gromadzonych danych traktowanych jako dowody. Wprowadzenie do dyskursu publicznego postulatów długookresowej pieczy rodzinnej⁹ jest – w mojej opinii – paradoksalnym rezultatem powtarzania argumentu o tymczasowości pieczy zastępczej, wywierania presji, w tym prawnej, na krótkotrwały pobyt dziecka z opiekunami zastępczymi w sytuacji, gdy wciąż jest mało skuteczna praca z rodzinami biologicznymi i wsparcie prowadzące do zmiany ich sytuacji życiowej. Klimat odrzucenia form zakładowych, afirmowania rodzinnych podmiotów pieczy i uznania niskiej skuteczności czy bezskuteczności pracy z rodzinami biologicznymi sprzyja generowaniu takich idei. Zarówno prewencyjna, jak i naprawcza (reintegracyjna) praca z rodzicami biologicznymi zyskuje status permanentnego niepowodzenia, czyli pewnego typu spodziewanej porażki (Mica, Nys 2014). W wypadku permanentnego niepowodzenia niewielkie osiągnięcia (tu pozytywne zmiany w życiu nielicznych rodzin) zderzają się z wysokimi oczekiwaniami społecznymi (szybkiego powrotu dziecka do wielu dobrze i samodzielnie funkcjonujących rodzin). Zgodnie z koncepcją spodziewanej porażki podmioty odpowiedzialne za działania koncentrują się bardziej na utrzymaniu instytucji niż na jej sukcesie. W efekcie cel – poprawa funkcjonowania rodziny naturalnej, by dziecko mogło bezpiecznie do niej wrócić – niknie w obliczu instytucjonalnych wymogów trwania organizacji, zapewniającej bezpieczeństwo dziecku w innym domu.

Opisana debata nie jest jednak ostatnią, która będzie się toczyć. Wagi nabiera postawione przeze mnie i Dobroniegę Trawkowską w 2015 roku pytanie: w czym domu będą mieszkać dzieci? Wówczas wyrażaliśmy wątpliwość:

Nie jest zatem oczywiste w czym domu będą mieszkać dzieci. Nie jest oczywiste kto zostanie rzeczywistym beneficjentem ustawy [o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej]: dzieci i ich rodziny, zawodowi „pomagacze” (zgodnie z tezą F. Aballea istnieje pozytywny związek pomiędzy selektywnością pomocy dla rodzin a powstaniem specyficznych grup profesjonalistów, dążących do zdominowania danego obszaru działań) czy też reprezentanci rozmaitych organizacji pozarządowych, którym ustawodawca pozwolił zlecać zadania związane z koordynacją, organizacją, świadczeniem usług z zakresu wsparcia rodzin i pieczy zastępczej (Raclaw, Trawkowska 2015, s. 54).

Z perspektywy dekady nabieram coraz większej wątpliwości, czy uogólnionymi beneficjentami na pewno są dzieci, a jeszcze większej – czy na pewno są to ich rodzice, mimo uznania słuszności wielu uwag krytycznych kierowanych przeciwko tym, którzy nadużywają „socjału” i których nadużycia tolerują służby społeczne. Jednak w perspektywie celu reintegracji rodziny oni też są ofiarami inercji systemu.

Nadchodzący dyskurs jest rygorystyczny i normatywny – biologicznym rodzicom nie należy dawać wielu szans, odbieranie dzieci powinno być szybsze dla

⁹ Głosy aktywistek wyrażone w trakcie konferencji pt. „Nie tylko deinstytucjonalizacja. 20 lat reformowania systemu pieczy zastępczej w Polsce – bilans dokonanych zmian”, zorganizowanej przez Narodową Radę Rozwoju Sekcja Polityka Społeczna, Rodzina 25.11.2019 r.

dobra małych dzieci, kontakty wychowanków z rodzicami zaburzą ich funkcjonalne i wieloaspektowe zdrowienie w domu opiekunów zastępczych¹⁰. Historia zatoczyła koło: od negacji paradygmatu izolującego dzieci umieszczone w opiece zastępczej od ich rodziców przy pominięciu działań naprawczych w rodzinach rozpoczęły się zmiany w opiece zastępczej. Próbowano zerwać z podejściem określanym jako ochrona dziecka, gdy problem lokowano w rodzicach o zachowaniach identyfikowanych jako „dewiacyjne i dysfunkcyjne”, tworząc antagonistyczne relacje na linii rodzic biologiczny–państwo, karzące i odbierające dzieci (Skalec-Ruczyńska 2020, s. 143; Raclaw 2017). Tymczasem właśnie paradygmat ten powraca, uzbrojony w dowody naukowe, i pomija fakt zaniedbań tkwiących u podstaw: wieloletnich, odtwarzanych cykli wieloobszarowych deprywacji i biedy rodzinnej; braku publicznego i nieformalnego wsparcia dawanego trafnie i punktualnie; ubóstwa innowacyjnych metod pracy z rodzinami i dziećmi; a także eksploatacji podmiotów opiekuńczej pracy zastępczej (por. Potocka 2022).

Każdej decyzji o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej powinna towarzyszyć refleksja, jaki jest jego – indywidualny – najlepiej pojęty interes. Ciąg jakich decyzji zagwarantuje mu stałość opieki o możliwie wysokiej jakości? Jeżeli koncentrujemy się na najsłabszym podmiocie, to jest to dziecko – jego indywidualna sytuacja, jego spersonalizowane potrzeby. Czasem dochodzi do konfliktu między dobrem dziecka a dobrem rodziny pochodzenia czy między dobrem wychowanka a dobrem rodziny zastępczej. Wówczas żadne aksjomatyczne założenia, traktujące dobro dziecka i nie-spokrewnioną zawodową rodzinę zastępczą jako synonimy, nie mogą dyktować decyzji, która w rezultacie może doprowadzić do skrzywdzenia dziecka w potrzebie.

¹⁰ Dyskurs ten był bardzo widoczny podczas debat ekspertów i badaczy zajmujących się polską pieczą zastępczą w trakcie obrad Forum Prawa Rodzinnego – aspekty prawne i socjologiczne: „Rodzicielstwo” – ELSA Rzeszów, Uniwersytet Rzeszowski, 17.05.2022.



Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych wspierających osoby z niepełnosprawnościami. Między koniecznością a wyborem

Wprowadzenie

Deinstytucjonalizacja rozumiana jako proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na **rozwiązaniach zakładowych** do organizowania wsparcia w **sposób środowiskowy**, z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnych, a zwłaszcza infrastruktury usług społecznych², 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 społecznościach lokalnych przynoszą pozytywne rezultaty w zakresie skuteczności (Mansell i in. 2007; Kozma, Mansell, Beadle-Brown 2009; McCarron i in. 2019) w porównaniu do wsparcia świadczonego przez instytucje o charakterze placówek. Wielu badaczy przekonuje też, 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 (Ad Hoc Expert Group 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 tego raportu autorzy definiują instytucję jako „każdą opiekę stacjonarną, w której:

¹ Izabela Grabowska, nr ORCID: 0000-0003-1144-294X .

² Por. przyjętą w UODI definicję deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych, zamieszczoną w tym tomie w rozdziale 1 autorstwa Marka Rymczy (s. 7).

- 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” (Ad Hoc Expert Group 2009, s. 9).

Na sposób i czas wdrożenia działań deinstytucjonalizacyjnych wpływ ma wiele czynników. Jednym z nich jest dostęp do badań i danych dotyczących możliwości wdrożenia procesu deinstytucjonalizacji w poszczególnych krajach, w tym w Polsce, który jest ograniczony (Šiška i in. 2017b). W szczególności braku danych dotyczą zakresu, w jakim osoby z niepełnosprawnościami uczestniczą w swojej społeczności, czy są akceptowane 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 traktowane z godnością i szacunkiem itp. Mimo wymogów stawianych różnego typu placówkom nie ma pełnej informacji o warunkach życia osób z niepełnosprawnościami w tych placówkach.

Drugim ważnym czynnikiem wpływającym na sposób wdrażania 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. Jak wspomniałam wcześniej, rosnącą grupę będą stanowić osoby starsze, w przypadku których istotnym źródłem niepełnosprawności są choroby wieku starczego, przede wszystkim o charakterze degeneracyjnym (np. układu ruchowego czy nerwowego). Wobec tych osób niezbędne jest wypracowanie rozwiązań pozwalających na prowadzenie 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, na przykład 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 z punktu widzenia zdrowia zarówno 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, uważam, że w Polsce wdrażanie rozwiązań deinstytucjonalizacyjnych w praktyce powinno się odbywać dwutorowo:

- 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. W tym wypadku chodzi o ograniczanie skali pobytu osób z niepełnosprawnościami w placówkach o charakterze zamkniętym, które w znacznym stopniu ograniczają autonomię osób z niepełnosprawnościami, kontrolę nad ich własnym życiem i odizolowują mieszkańców tych placówek od świata zewnętrznego, i zastąpienie go wsparciem świadczonym w ramach usług środowiskowych, na przykład w postaci asystencji osobistej, usług opiekuńczych.
- przez reorganizację placówek dziennych, aby funkcjonowały w sposób otwarty i odbiurokratyzowany i w ten sposób stawały się częścią infrastruktury społeczności lokalnych i elementem naturalnego środowiska życia ludzi. Postulat ten podkreśla rolę placówek dziennych, których otwartość i współpraca ze środowiskiem lokalnym może się stać ważnym elementem integracji społecznej osób z niepełnosprawnościami, oraz rozwoju samych społeczności lokalnych pod kątem akceptacji różnorodności w społeczeństwie, zwiększenia potencjału wsparcia. Może to mieć duże znaczenie w sytuacji zwiększenia się liczby osób potrzebujących w przyszłości wsparcia, którego nie będzie w stanie dostarczyć rodzina.

Takie dwutorowe ujęcie deinstytucjonalizacji ukazuje jej ewolucyjny charakter, wymagający czasu i wykształcenia nowego potencjału wsparcia opartego na środowiskowych usługach społecznych.

Dodatkowo działania skierowanie na wsparcie procesu deinstytucjonalizacji w przypadku osób z niepełnosprawnościami powinny łączyć wymogi środowiskowego podejścia do organizowania wsparcia z ideą niezależnego życia, wynikającą wprost z Konwencji o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami z 2006 roku, ratyfikowanej przez Polskę w 2012 (KPON)³. Niezależne życie to przede wszystkim możliwość podejmowania decyzji we własnym imieniu, dokonywania wyborów, samostanowienia, co wiąże się z prawami człowieka i jego godnością. To prawo i możliwość podążania wybraną drogą życiową – oczywiście z uwzględnieniem pewnych ograniczeń, dotyczących jednak każdego, niezależnie od wieku, płci czy stanu zdrowia. Samowystarczalność niestety nie będzie dana wszystkim, ale osiągnięcie jej w jak największym stopniu możliwym dla konkretnego człowieka – to właśnie istota niezależności, którą postuluje KPON. W tym ujęciu osoba z niepełnosprawnością jest nie tylko podmiotem wsparcia, ale też jego współkreatorem. Zamiast skupiać się na niepełnosprawności danej osoby, koncepcja niezależnego życia podkreśla prawo jednostki do pewnego

³ Konwencja ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r., Dz.U. 2012, poz. 1169.

rodzaju pomocy i wsparcia, aby mogła się ona rozwijać. Pomoc ta może obejmować takie wsparcie, jak dostosowanie przestrzeni życiowej, pomoc osobistą lub zmianę polityki w celu promowania zdolności do samodzielnego życia (Gąciarz 2014).

W pierwszej części niniejsze opracowanie koncentruję się na zdefiniowaniu środowiskowych usług społecznych jako głównym narzędziem polityki publicznej w zakresie deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych i wspierania niezależnego życia. Druga część to analiza kształtowania się populacji osób z niepełnosprawnościami obecnie i 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 zostaną opisane kwestie dotyczące dostępności i jakości usług społecznych na rzecz osób z niepełnosprawnościami w Polsce. Kolejna część to przegląd praktyk pomocowych opartych na zdeinstytucjonalizowanych rozwiązaniach skierowanych do osób z niepełnosprawnościami. Opracowanie kończą syntetyczne wnioski.

Definicja usług społecznych

Głównym narzędziem podejścia deinstytucjonalizacyjnego są usługi społeczne, które są kluczowym elementem wsparcia środowiskowego. Po pierwsze dlatego, że ich świadczenie może się odbywać w środowisku zamieszkania i w najbliższym otoczeniu osób z niepełnosprawnościami bez konieczności całonocnego stałego pobytu w placówce zamkniętej, a ich celem jest poprawa dobrostanu osób z niepełnosprawnością i ich samodzielności w codziennym funkcjonowaniu, umożliwiającą pozostanie w środowisku domowym. Po drugie zaś usługi społeczne ułatwiają osiągnięcie kompleksowości wsparcia, jedna osoba może bowiem otrzymywać wsparcie od różnych specjalistów / osób, funkcjonujących w ramach różnych podmiotów / struktur, specjalizujących się w określonym wsparciu. Daje to możliwość dostarczania szerszej gamy usług w środowisku lokalnym. Organizacje czy struktury dostarczające wsparcia tworzą w tym podejściu lokalny system wsparcia (zwany też ekosystemem). Kluczowym warunkiem działania ekosystemu wsparcia jest współpraca i koordynacja działań podmiotów wchodzących w skład tego systemu.

Definicja usług wywodzi się z nauk o zarządzaniu. W tym ujęciu podkreśla się ich niematerialny charakter: 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 1986). Usługi definiowane są także przez ich cechy i konsekwencje, jakie wywołują.

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, tym samym trudno też uzyskać ponownie dokładnie taką samą usługę. Znaczenie tu ma także 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 jest trudna do powtórzenia w identyczny sposób nawet przy tych samych osobach i w podobnych warunkach. Zmiana osób (usługodawcy i/lub usługobiorcy) i zmiana warunków udzielania usługi mogą zasadniczo zmienić wiele jej cech. Możliwość świadczenia usług o standardowych parametrach jest zatem 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 (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 wykorzystuję definicję usług społecznych wypracowaną w ramach tej inicjatywy. Zgodnie z tą definicją usługi społeczne to usługi pożytku publicznego (*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 mają dodatkową cechę, tj. środowiskowy charakter, oznaczający realizację usług nie tylko 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 przez wspólną realizację przedsięwzięć – w efekcie zarówno odbiorcy usług społecznych, jak i inni członkowie społeczności lokalnych zaangażowani w takie działania sami nabywają nowych umiejętności i zyskują wiarę we własne siły, przejmują większą kontrolę nad swoim życiem społecznym. Tak rozumiane organizowanie społeczności lokalnej należy traktować jako długofalowy proces upodmiotawiania ludzi, tworzenia sieci współpracy i struktur lokalnych, 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 w celu polepszenia jakości życia w myśl zasady od pomocy do samopomocy. Tylko praca w społeczności oparta na 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 i uznanie, że w procesie zmiany nie można

go postrzegać w oderwaniu od jego środowiska życia, które ma zasadniczy wpływ na jego funkcjonowanie (Grewiński, Skrzypczak 2011).

Rozwój usług środowiskowych wymaga rozwiniętych społeczności lokalnych, które mają potencjał do realizacji wsparcia na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Chodzi tu zarówno o dostępność różnych podmiotów świadczących wsparcie, w tym w szczególności organizacji pozarządowych, jak i ich sprawność i skuteczność w działaniu, będące wypadkową dostępnych środków finansowych, wykwalifikowanych kadr i odpowiedniego kształtu rozwiązań systemowych. Ważnym elementem świadczącym o potencjale do budowania lokalnych systemów (ekosystemów) wsparcia jest współpraca środowiskowa na różnych poziomach: między instytucjami dostarczającymi wsparcie, między poszczególnymi specjalistami, między osobami z niepełnosprawnościami i ich rodziną a instytucjami i specjalistami oraz otoczeniem osób z niepełnosprawnościami. Ważnym elementem lokalnych systemów wsparcia są różnego typu organizacje zrzeszające osoby z danym typem niepełnosprawności lub ich rodziny, funkcjonujące zwykle w formule organizacji pozarządowych. Organizacje te z jednej strony są rzecznikami danej grupy osób z niepełnosprawnościami, z drugiej zaś realizują projekty dostarczające wsparcie. Jednak reprezentacja różnych środowisk osób z niepełnosprawnościami nie jest równomierna, zarówno w ujęciu grup osób z danym typem niepełnosprawności, jak i w ujęciu przestrzennym, co powoduje nierówności w dostępie do usług. Oznacza to, że potencjał wsparcia, jakie może dostarczyć lokalny system (ekosystem) jest bardzo zróżnicowany, zwłaszcza w ujęciu: duże miasta, małe miasta, wieś. Na obszarach wiejskich i w małych miastach potencjał wyspecjalizowanych instytucji pozarządowych jest mniejszy niż w dużych ośrodkach miejskich, występuje tam deficyt specjalistów i ograniczone możliwości finansowania. Problemem jest także przestrzenne rozproszenie osób wymagających wsparcia na obszarach wiejskich powodujące konieczność tworzenia rozwiązań ponadlokalnych, co w praktyce napotyka trudności. Mocną stroną mniejszych obszarów są natomiast silniejsze więzi społeczne i większa możliwość mobilizacji do działania (Grabowska i in. 2022; Szarfenberg 2012).

Populacja osób z niepełnosprawnościami w Polsce. Stan obecny i projekcje⁴

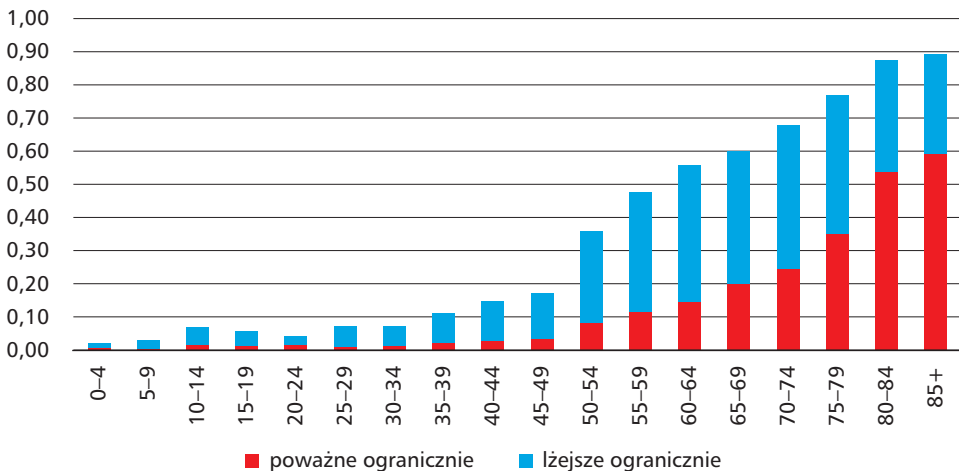
Pomiar populacji z niepełnosprawnościami zawsze nastroczał trudności. Jej skala i zmiany w dużym stopniu uzależnione są od przyjętej definicji niepełnosprawności i zastosowanego narzędzia pomiaru. Na potrzeby niniejszego opracowania posłużono się szacunkami dotyczącymi odsetków osób mających ograniczenia w codzien-

⁴ Opis ludności Polski według stanu zdrowia, występowania niesprawności i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu został dokonany na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), zrealizowanego przez GUS. Ostatnie badanie przeprowadzono

nym funkcjonowaniu, które pozwoliły na identyfikację populacji osób z niepełnościami potrzebującymi wsparcia w postaci usług społecznych.

Szacunki osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu. Stan obecny

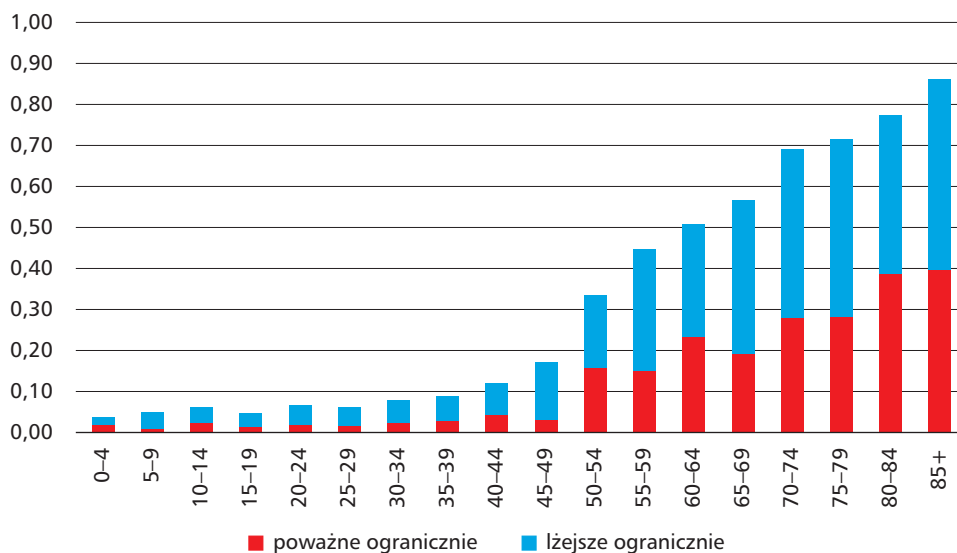
Wyniki analiz przeprowadzonych na podstawie danych EHIS pokazują, że w 2014 roku 23,0% osób w wieku 15 lat i więcej zadeklarowało odczuwanie ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, w tym 7,4% miało poważne ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Kobiety nieco częściej (25,0%)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



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

Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak 2022, s. 21.

w 2019 r., jednak dane te nie zostały jeszcze udostępnione. Poniżej zatem zostaną przedstawione szacunki liczby osób z ograniczeniami w funkcjonowaniu przeprowadzone na podstawie badania z 2014 r. Szacunki dla grupy osób starszych uzyskano na podstawie siódmej fali badania SHARE, zrealizowanego w Polsce w 2017 r. 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.



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

Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak 2022, s. 21.

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 pięcioletnich grup wieku, pochodzące z badania EHIS i SHARE, oraz o liczbie ludności w 2020 roku (dane Eurostatu) i prognozę ludnościową Eurostatu (EUROPOP 2019). Założono, że zaobserwowany udział osób mających ograniczenia przy funkcjonowaniu według płci i wieku będzie taki, jak w momencie badania, oraz stały w całym horyzoncie projekcji (Abramowska-Kmon, Antczak 2022).

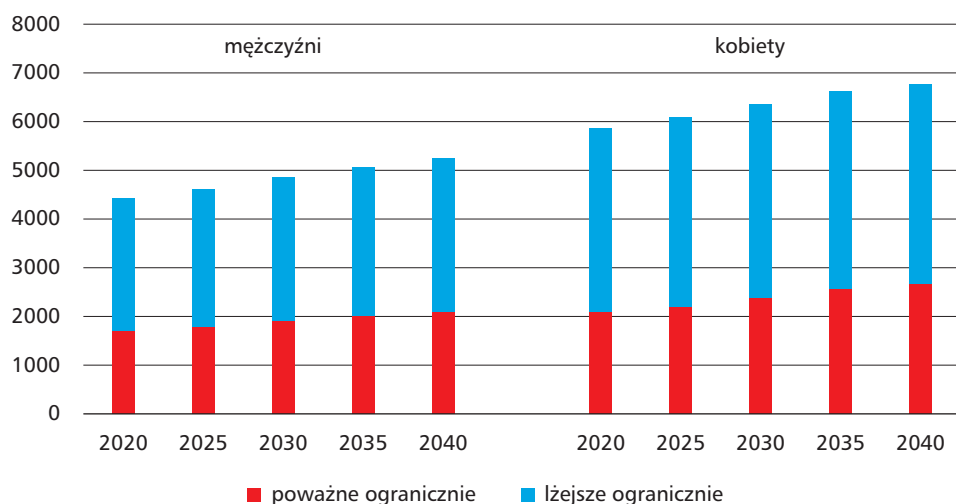
Wyniki projekcji wskazują, że liczba osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu zwiększy się z 10,25 mln w 2020 roku do prawie 12 ml w 2040 (o 16,8%). Warto podkreślić, że w tym samym czasie liczba ludności Polski zmniejszy się o ponad 6%. Liczba osób z poważnymi ograniczeniami zwiększy się bardziej niż liczba osób z lżejszymi ograniczeniami (tabela 1).

Liczba osób z poważnymi ograniczeniami przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych zwiększy się z blisko 3,8 mln do ponad 4,7 mln w 2040 roku (czyli o 26%), liczba zaś osób deklarujących lżejsze ograniczenia zwiększy się z około 6,5 mln do 7,2 mln (o 11%) (wykres 3). 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%), a 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 świadczą, że liczba osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu wzrośnie na skutek zaawansowania procesu starzenia się ludności

Tabela 1. Prognozowana liczba osób odczuwających ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych w Polsce według płci w latach 2020–2040 (w tys.)

	2020	2025	2030	2035	2040
Kobiety	5 848	6 067	6 334	6 594	6 754
Mężczyźni	4 405	4 617	4 847	5 060	5 226
Ogółem	10 253	10 684	11 181	11 653	11 979
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	100	4,2	9,1	13,7	16,8

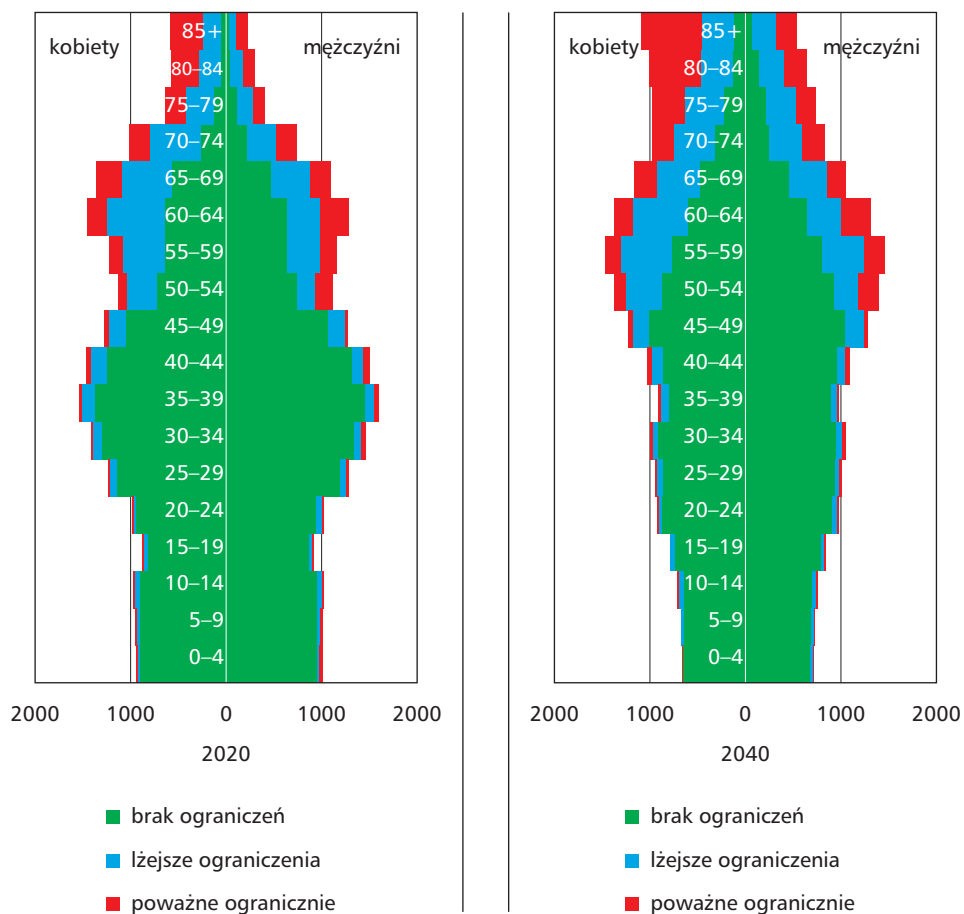
Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak 2022, s. 32.

**Wykres 3.** Prognozowana liczba osób odczuwających ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych w Polsce według płci i typu ograniczenia w latach 2020–2040 (w tys.)

Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak 2022, s. 33.

i znacznego wzrostu populacji w starszym wieku, która charakteryzuje się największym zasięgiem niepełnosprawności.

Bardzo dobrą ilustracją zachodzących zmian w liczbie i strukturze ludności Polski według stopnia ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności są piramidy wieku (wykres 4). Oprócz intensywnego starzenia się populacji, któremu będzie towarzyszyć znaczny ubytek ludności, należy się spodziewać 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. Prognozowana piramida wieku ludności w Polsce według ograniczeń przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych w latach 2020 i 2040 (w tys.)

Źródło: Abramowska-Kmon, Antczak 2022, s. 38.

Przeprowadzone analizy wyraźnie pokazują, 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 dwudziestu 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 będą towarzyszyć 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 potencjału opiekuńczego rodzin.

Ewolucja systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami

Polityka publiczna wobec niepełnosprawności ewoluowała w czasie. Robert Drake (1999) dokonał klasyfikacji interwencji publicznych wobec osób z niepełnosprawnościami, uwzględniając ewolucję podejścia wobec tej populacji. Wyróżnił cztery rodzaje interwencji:

- ograniczenia i segregacja (*containment and segregation*): w społeczeństwach przemysłowych niepełnosprawność pojmowana była jako zagrożenie dla społeczeństwa bez niepełnosprawności. Postrzeganie niepełnosprawności w kontekście ryzyka, w tym także w kontekście zagrożenia zarażeniem, stanowiło impuls do podejmowania działań w tym nurcie;
- kompensacja (*compensation*): wraz ze wzrostem dobrobytu i wrażliwości społecznej, zwłaszcza wobec osób, które nabyły niepełnosprawności w wyniku działań wojennych czy wypadków przemysłowych, polityka wobec niepełnosprawności zaczęła nabierać charakteru kompensacyjnego w zakresie strat w możliwościach czy szansach rozwojowych;
- wspieranie dobrostanu (*welfare provision*): nurt ten zaczął się rozwijać od połowy XX wieku wraz z rozwojem koncepcji państwa dobrobytu. Jednak wciąż dominowało tu podejście oparte na zasadzie, że profesjonaliści i instytucje wiedzą lepiej, czego osoby z niepełnosprawnościami potrzebują, niż one same;
- podejście oparte na prawach osób z niepełnosprawnościami (*rights based approach*): podejście rozwijane od lat dziewięćdziesiątych XX wieku, oparte na prawach osób z niepełnosprawnościami do samostanowienia i zasadzie, że to one są ekspertami od własnego życia. Ukoronowaniem tego podejścia jest Konwencja ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami. Podstawą podejścia konwencyjnego jest prawo osób niepełnosprawnych do korzystania z życia na równi z resztą społeczeństwa⁵.

Drake wyraźnie zaznacza, że typologia ta nie ma charakteru linearnego, a stosowane w danym kraju narzędzia polityki publicznej mogą pochodzić z różnych grup wyróżnionej klasyfikacji. Wyraźnie widać jednak zmianę w podejściu do konstruowania polityk publicznych wobec niepełnosprawności w kierunku podejścia opartego na prawach.

Typologia ta wpisuje się w dyskusję o modelu niepełnosprawności. Chodzi tu o społeczny model niepełnosprawności (SMN), rozwinięty dalej w ramach modelu psycho-bio-społecznego (np. Twardowski 2018, 2019; Oliver 1983, 1996; Anastasiou, Kauffman 2013; Thomas 2004; Silvers 2003; Marks 1997). Obejmuje on nie tylko określone założenia dotyczące postrzegania niepełnosprawności, ale także nowe

⁵ Tekst został przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r. i otwarty do podpisu 30 marca 2007. Konwencja weszła w życie 3 maja 2008 r. Konwencję podpisały i ratyfikowały 172 państwa, w tym Unia Europejska, która ratyfikowała ją 23 grudnia 2010 roku.

podejście w zakresie organizacji systemu wsparcia i realizacji praktyk pomocowych (np. Grewiński, Lizut 2021a). SMN dowartościowuje rozwój usług społecznych jako wsparcia znacznie bardziej dostosowanego do zróżnicowanych potrzeb odbiorców i realizowanego w środowisku życia adresatów (Grewiński, Skrzpczak 2011) niż pomoc typu zakładowego oparta na standardowych procedurach, organizowana w placówkach całodobowego pobytu. Odpowiada to zasadniczemu kierunkowi ewolucji współczesnych państw dobrobytu (*welfare states*), która polega na podnoszeniu jakości życia obywateli przez rozwój usług społecznych (Grewiński 2021) traktowanych jako trzeci – obok regulacji rynku pracy i transferów socjalnych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego – komponent systemu dystrybucji dobrostanu społecznego.

W Polsce już od wielu lat postulowane są istotne zmiany modelu polityki publicznej wobec niepełnosprawności w kierunku modelu opartego na prawach osób z niepełnosprawnościami. Wiąże się to z wdrażaniem środowiskowych usług społecznych, będących wynikiem dialogu między instytucją wspierającą, specjalistami a osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną. Jednak wciąż polski model wsparcia osób z niepełnosprawnościami ma najczęściej charakter kompensacyjny (tu główne znaczenie ma system świadczeń) oraz wspierania dobrobytu (system dostępnych usług, których zakres i sposób świadczenia są jednak z góry określone). Następuje jednak ewolucja systemu w kierunku rozwiązań uwzględniających prawa osób z niepełnosprawnościami, głównie w formie oddolnie realizowanych projektów rozwijających system usług skierowanych do osób z niepełnosprawnościami, finansowanych z funduszy europejskich (na przykład w zakresie asystencji osobistej, opieki wytechnieniowej, trenerów pracy). Wciąż jednak problemem jest niewystarczający zakres tych projektów, duży stopień biurokratyzowania i mała elastyczność, co dodatkowo ogranicza i tak krótki okres realizacji projektów. Za rozwiązaniami wdrażanymi i testowanymi w ramach projektów nie idą w wystarczającym stopniu rozwiązania systemowe w skali kraju, co powoduje przestrzenne i czasowe zróżnicowanie dostępu do usług. Należy jednak podkreślić, że pewne inicjatywy systemowe już się obecnie pojawiają: trwają prace nad ustawą wdrażającą KPON (o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami), ustawą o asystencji osobistej, świadczeniu wspierającym czy nad zmianami do ustawy o pomocy społecznej w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego. Wciąż jednak w momencie pisania tego rozdziału nie wiadomo, w jakiej formie i zakresie rozwiązania te staną się częścią porządku prawnego wyznaczającego ramy systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami w Polsce.

Obecnie obowiązujący model zatrudnienia, rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami w Polsce ma swoje źródło w ustawie z 9 maja 1991 roku o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1991, nr 46, poz. 201 ze zm.⁶). Ustawa, uznawana za przełomowy dokument dla tworzono-ego wówczas systemu wsparcia, na wiele lat wyznaczyła ramy działań, które były modyfikowane przez kolejną ustawę (1997) i jej liczne nowelizacje. Obecnie obo-

⁶ Ustawa została uchylona w 1997 r.

wiążącą jest ustawa z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776 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 społecznego 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 zasady ich organizacji, finansowania i zarządzania. Od 1991 roku działa Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, którego podstawowym celem jest minimalizacja ograniczeń funkcjonalnych osób z niepełnosprawnościami poprzez wszelkie dostępne metody diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjne, pomoce techniczne, edukację i możliwość świadczenia wsparcia przez inne osoby w niezbędnym wymiarze, co umożliwi aktywne, samodzielne życie osobom z niepełnosprawnościami, niezależnie od rodzaju i charakteru ich niepełnosprawności⁷. Wsparcie skierowane do osób z niepełnosprawnościami jest realizowane przez instytucje rządowe i samorządowe oraz podmioty i organizacje pozarządowe. Generalnie można je podzielić na system świadczeń pieniężnych i system świadczeń niepieniężnych. Świadczenia pieniężne to między innymi zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy, specjalny zasiłek celowy. W kontekście deinstytucjonalizacji znaczenie ma system świadczeń niepieniężnych, który może być realizowany w formie zarówno zdeinstytucjonalizowanej, jak i placówkowej. Są to między innymi (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;
- usługi wytchnieniowe;
- ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- mieszkania chronione;
- domy pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnościami;
- placówki zapewniające całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami;
- pomoc w usamodzielnieniu się i kontynuowaniu nauki osobie z niepełnosprawnością;
- pomoc w formie rzeczowej w celu usamodzielnienia ekonomicznego;
- poradnictwo specjalistyczne;
- udzielenie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym;
- usługi asystenckie;
- praca socjalna.

⁷ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/niepelnospewnosc;3947453.html>.

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.

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” (Program MiiR 2018). 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 ma wiele 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 osób z niepełnosprawnościami. W 2022 roku w Polsce przyjęto „Strategię Rozwoju Usług Społecznych – polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” (MP 2022, poz. 767 – SRUS 2022). 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 planów 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 jednak działania te należy uznać za niewystarczające (Gąciarz 2014; Kocejko 2018). W 2022 roku prowadzone były prace nad nowymi rozwiązaniami wyrównującymi szanse osób z niepełnosprawnościami. Zadaniem nowych przepisów miało być kompleksowe uporządkowanie i rozbudowanie systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami w odpowiedzi 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 19 lipca 2019 roku 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 wspieranie jest często uzależnione od dochodów, do świadczenia usług o charakterze powszechnym, a zarazem o spersonalizowanym charakterze. Trudno obecnie ocenić, jak te założenia będą wdrożone w praktyce, ale sam fakt ich pilotażowej implementacji świadczy o zmianach, jakie będą w przyszłości zachodzić 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 treningowych⁸ czy asystencji osobistej⁹) jest realizowanych w ramach projektów, które mają ograniczony czasowo charakter.

Czynniki związane z dostępnością wykwalifikowanej kadry, mogącej świadczyć usługi społeczne. Wzrost zapotrzebowania na świadczone w społecznościach lokalnych usługi społeczne wysokiej jakości, związany z procesem deinstytucjonalizacji, generuje wzrost zapotrzebowania na kadry mające 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, jeśli chodzi o organizację systemu edukacyjnego na różnych etapach i o 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 społeczne będzie się jeszcze w przyszłości pogłębiał. Po pierwsze dlatego, że ludzie nie wybierają kształcenia w kierunku zawodów pomocowych. Po drugie dlatego, że pracownicy nie napływają do systemu pomocy społecznej ze względu na niskie wynagrodzenia i niski prestiż zawodu. Liczba nowych pracowników w systemie jest ograniczana także zarówno wysokimi wymogami formalnymi, jak i dużym zakresem czynności, do których wykonywania potrzeba specjalistycznego przeszkolenia o charakterze praktycznym, często nabywanego dopiero w toku długoletniej pracy zawodowej. Katalog możliwych

⁸ Np. Program mieszkań wspomaganych „Dolne Młyny”, Program mieszkań wspomaganych PSONI.

⁹ 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 – zidentyfikowano łącznie 1214 takich projektów.

rozwiązania problemu niedoborów kadr w obliczu rzeczywistego zapotrzebowania na wsparcie obejmuje wzrost wynagrodzeń, stworzenie jasnych ścieżek rozwoju i awansu oraz większą profesjonalizację działań (Grabowska i in. 2022).

Czynniki świadomościowe związane są ze zrozumieniem istoty zmian, a więc reorganizacją 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 (zwłaszcza systemu pomocy społecznej); kadry zarządzającej systemem 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).

Czynniki lokalne to rozwinięte społeczności lokalne – obecnie członkowie społeczności lokalnej 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 tworzenia 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 władz miejscowych i centralnych, diagnozowania kluczowych problemów czy wybierania 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.

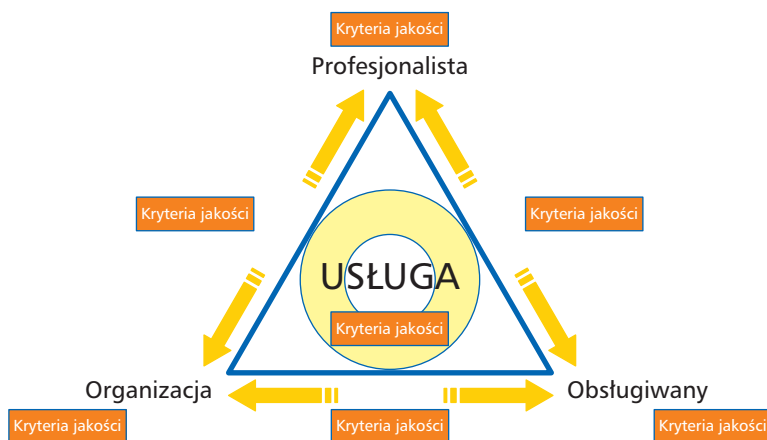
Jakość usług społecznych

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 na poziomach zarówno krajowych, jak i ponadnarodowym. Do najbardziej znaczących inicjatyw międzynarodowych należy EQUASS (European Quality in Social Services), zapoczątkowany w 2002 roku 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 uznawanym narzędziem wdrażania Europejskich Dobrowolnych Ram Jakości dla Usług Społecznych (the European Voluntary Quality Framework for Social Services). EQUASS

oferuje dwa kompleksowe programy certyfikacji w usługach społecznych: Quality Assurance i Quality Excellence. Wszystkie programy uznawania EQUASS oparte są na Ramach Jakości (Quality Framework), stanowiących zbiór zasad jakości pod postacią kryteriów jakości i wskaźników wydajności, które są dostosowane do sektora społecznego. Ramy Jakości obejmują dziesięć Zasad i pięćdziesiąt Kryteriów (European Platform for Rehabilitation 2021).

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



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.

Standaryzacja usług społecznych jako sposób na zapewnienie ich jakości ma swoich zwolenników i przeciwników. Zalety można podzielić na kilka kategorii: 1) ujednocniająca funkcja standardów; 2) standardy jako kryteria oceny i kontroli jakości; 3) standardy jako środek eliminowania drogich, ale nieskutecznych sposobów postępowania; 4) standardy jako podstawa zlecania i rozliczania wykonania zleceń publicznych. Do potencjalnych ograniczeń zaliczono obawy o odgórne ustalanie i narzucanie standardów, ograniczenie spontaniczności w działaniach czy trudności związane z wdrażaniem standardów. W przypadku standardów jakości usług społecznych kluczowy jest wybór sposobu dochodzenia do standardów i ich późniejsza aktualizacja. Może to być przedsięwzięcie czysto eksperckie (choć eksperci mogą się wywodzić z różnych środowisk), opierające się głównie na powszechnie obowiązującym ustawodawstwie, bez uwzględnienia zdania innych interesariuszy, w tym w szczególności osób otrzymujących wsparcie i ich przedstawicieli. Alternatywny

sposób to lokalnie wypracowywane standardy w procesie jak najszerszych dyskusji i konsultacji o charakterze demokratycznym (z zastosowaniem innowacyjnych metod), do którego włączani są wszyscy interesariusze, a głos odbiorców usług uznawany jest za bardzo ważny. Zagrożenia związane z pierwszym podejściem zostały przedstawione wyżej. Drugi sposób wypracowywania standardów może być bardziej czasochłonny i kosztowny, wymaga mobilizacji różnych aktorów (Szarfenberg 2010).

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 między innymi:

- 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 osób z niepełnosprawnościami oraz 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 do osób 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 nie mają one charakteru systemowego, nie są wdrażane lub ich wdrażanie ma ograniczony zasięg. Podejmowane są próby ich systemowego ujęcia przez 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 działań podejmowanych w obszarze deinstytucjonalizacji wyznacza SRUS (2022). Wsparcie osób z niepełnosprawnościami dotyczy drugiego (Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu) i trzeciego celu strategicznego (Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej

niezależnie od stopnia sprawności). Dokument ten jednak w sposób bardzo ogólny opisuje pożądane kierunki działania bez określenia sposobu dojścia do nich, zakłada także wdrożenie standaryzacji usług społecznych.

Ważnym elementem wpływającym na kompleksowość usług środowiskowych skierowanych do osób z niepełnosprawnościami jest odpowiednie nimi zarządzanie i koordynowanie na poziomie lokalnym. Wymaga to znajomości potencjału lokalnych instytucji i specjalistów do udzielania wsparcia, precyzyjnego i cyklicznego przeprowadzania diagnozy potrzeb osób z niepełnosprawnościami, a także środowiska lokalnego oraz facylitowania i wspierania współpracy, koordynacji i współdziałania między specjalistami i instytucjami oraz osobami wspieranymi i ich otoczeniem w celu budowania kompleksowej oferty wsparcia. Pozwoli to w bardziej zoptymalizowany sposób wykorzystać lokalny potencjał. Nie chodzi tutaj o powoływanie kolejnych zespołów zdaniowych na poziomie lokalnym, ale o budowanie świadomości i potrzeby łączenia zasobów różnych instytucji i specjalistów. Rolę podmiotu koordynującego mogą przejąć centra usług społecznych. Są one jednak dopiero na etapie tworzenia i rozpoczynania działalności. Efekty będzie można zbadać w dłuższej perspektywie. Należy jednak zaznaczyć, że centra powstały w niewielkiej liczbie gmin. Do 28 czerwca 2023 roku powstało pięćdziesiąt centrów usług społecznych.

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 podejmowanych w ramach polityki społecznej szczebla lokalnego, regionalnego i krajowego, 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 uśrodkowania i otwarcia na współpracę ze społecznościami lokalnymi. Takie podejście zakłada poszanowanie prawa do wyboru zakresu i formy wsparcia przez osoby z niepełnosprawnościami, a także świadczy o ewolucji obecnego systemu w kierunku podejścia środowiskowego.

Wyniki dokonanego przeglądu pozwoliły na wyróżnienie kilku wzajemnie powiązanych elementów środowiskowego systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Są to:

- wsparcie mieszkaniowe;
- uspołecznione wsparcie instytucjonalne;
- wsparcie rodziny w sprawowaniu opieki nad osobami z niepełnosprawnościami;
- aktywna rehabilitacja;
- zintegrowane wiązki usług społecznych.

Podział ten nie jest wyczerpujący, ale skupia się na wybranych przeze mnie działaniach, które mają duży potencjał upowszechnienia w skali kraju.

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.

Przegląd praktyk w tym obszarze¹⁰ ujawnił trzy kluczowe elementy tworzące obecnie system wsparcia w dziedzinie mieszkalnictwa dla OzN. Są to mieszkania chronione, centra opiekuńczo-mieszkalne oraz mieszkania wspomagane i treningowe funkcjonujące w formie projektowej.

Mieszkania chronione są jedną z form wsparcia ustaloną na mocy ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.). Zgodnie z art. 53 ustawy mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującej pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającej te osoby w codziennym funkcjonowaniu, ale nie zaspokaja 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 roku funkcjonowało 1355 mieszkań chronionych¹¹. W latach 2016–2020 nastąpił rozwój tego typu usług. Ogólna liczba mieszkań chronionych wzrosła o prawie 93% (z 703 do 1355). Znaczny wzrost liczby mieszkań odnotowano dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ze 100 w 2016 r. do 219 w 2020, 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 funk-

¹⁰ Opracowanie na podstawie: Giermanowska 2022.

¹¹ „Udomowienie usług społecznych i zdrowotnych na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia 2021–2035. Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce”, projekt, kwiecień 2021.

cjonują jeszcze na terenie każdej gminy. 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 między innymi na niezapewnieniu swobodnego dostępu do budynku lub mieszkania, a także na braku możliwości swobodnego poruszania się w mieszkaniu (Raport NIK 2019b, s. 12).

Mieszkania chronione były tworzone w ramach programu „Za życiem”¹², Działanie 4.7: Tworzenie mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych dla osób niepełnosprawnych. Celem działania jest wsparcie mieszkaniowe osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, 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 (Raport MRiPS 2021).

Kontrola programu przez NIK (Raport NIK 2021) wykazała, że zainteresowanie nowo powstałymi miejscami – w roku ich utworzenia – było bardzo niskie, skorzystały z nich bowiem, według danych Ministerstwa, jedynie 53 osoby (10%), także w późniejszym okresie, mimo kierowania do mieszkań chronionych osób do tego nieuprawnionych, ze względów między innymi mieszkaniowych, rodzinnych czy zdrowotnych.

W opinii ekspertów mieszkania chronione często nie zapewniają osobom z niepełnosprawnościami wystarczającej autonomii, samodzielności i niezależności, zbytnio narzucając reguły instytucjonalne na jednostkę (analogiczne do form placówkowych)¹³. Jednocześnie należy dodać, że mieszkania chronione są w zasadzie niedostępne dla osób ze złożonymi niepełnosprawnościami i niesamodzielnych, wymagających całodobowego wsparcia.

Centra opiekuńczo-mieszkalne (COM)¹⁴. 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 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 1997 roku, przez zapewnienie usług zamieszkiwania w formie pobytu całodobowego lub pobytu dziennego¹⁵.

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 zagwarantowania

¹² Uchwała nr 160 Rady Ministrów z 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, MP, poz. 1250.

¹³ Analiza rozwiązań w zakresie włączenia społecznego..., s. 18.

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

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

warunków niezależnego funkcjonowania, na przykład osobnych pokoi z węzłami sanitarnymi¹⁶.

Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych zapowiadał stworzenie kompleksowego programu mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnościami, który miał zastąpić program COM¹⁷. Obecnie program jest kontynuowany, ale w zmienionej formule. W maju 2021 roku uruchomiono nową edycję programu, skierowaną do samorządów, z nowymi wymogami: gwarancjami podmiotowości dla mieszkańców, większą liczbą pokoi jednoosobowych, korzystną lokalizacją i dostępnością architektoniczną¹⁸.

Mieszkalnictwo wspomagane i treningowe w formie projektowej

Dolne Młyny (Gdańsk). 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. 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. Beneficjenci, którzy zawarli czasową umowę najmu, otrzymują wsparcie i ponoszą opłaty z tytułu najmu mieszkań w ramach pięciu etapów: adaptacja, integracja, liderowanie, inkubacja i samodzielność.

Gdański model mieszkań wspomaganych realizowany przez PSONI. Działania realizowane są w trzech wariantach¹⁹: mieszkania ze wsparciem, mieszkania wspomagane, wsparcie prowadzone na ulicy.

- Mieszkania ze wsparciem – duża samodzielność mieszkańca: tytuł prawny do mieszkania ma mieszkaniowiec, 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, na przykład Internet, telewizję kablową. Mieszkaniowiec 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 jest w wymiarze 70 godzin miesięcznie w przypadku osób ze znaczną lub umiarkowaną i sprzężoną niepełnosprawnością i 60 godzin dla pozostałych. Osoby korzystające ze specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO) ponoszą jej koszty.
- Mieszkania wspomagane, czyli chronione – decyzja administracyjna, wszystkie koszty pokrywa PSONI; dotacja w kwocie 1470 zł miesięcznie na osobę.

¹⁶ Analiza rozwiązań w zakresie włączenia społecznego..., s. 20–21.

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

¹⁸ http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1796910;jsessionid=BF28908DCCB2648636FE488F1B37AECC?site_id=202321, dostęp: 29.07.2022.

¹⁹ Opracowanie na podstawie materiałów przekazanych autorce przez dra Krzysztofa Kurowskiego.

Kwota dotacji wystarcza na pokrycie kosztów, chociaż wyraźnie uwidacznia się potrzeba wsparcia asystenckiego do 30 godzin (np. z Funduszu Solidarnościowego).

- System wspierania na ulicy Dąbka w Gdańsku oraz w Stargardzie – mieszkaniec ma tytuł prawny do lokalu. Lokale są specjalnie zaprojektowane i mają dużą część wspólną – pokój dzienny i dużą kuchnię. Każdy lokal to pokój z łazienką i aneksem kuchennym. Koszty utrzymania 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. Koszt dodatkowego wsparcia to około 800 zł miesięcznie. Wsparcie w tym wariantcie ma najszerzy zasięg, a w opinii realizatorów jest najskuteczniejsze.

Obecnie trwają prace nad reformą w obszarze mieszkalnictwa chronionego, polegającą na jego podziale na mieszkalnictwo wspomagane oraz mieszkalnictwo treningowe. Zapowiedziano również uruchomienie w formie pilotażowej Wspomaganych Społeczności Mieszkaniowych. Zgodnie z przyjętymi założeniami mieszkania wspomagane (wspierane) i treningowe mają funkcjonować jako odrębne mieszkania, mogące tworzyć zespoły z częściami wspólnymi. Każde mieszkanie jest wyposażone w łazienkę i kuchnię / aneks kuchenny, co zapewnia możliwość prowadzenia niezależnego życia przez każdego mieszkańca. Ważnym założeniem jest także to, że mieszkaniec korzysta na normalnych zasadach z asystencji osobistej, a 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.

Uspołecznione wsparcie instytucjonalne

Przeгляд objął aktywność instytucji, które działają środowiskowo i otwierają się na współpracę ze społecznościami lokalnymi. W ramach tej części poszukiwano instytucjonalnych praktyk pomocowych, które nie stanowiły zamkniętych enklaw przeznaczonych wyłącznie dla określonej grupy kategoryjnej, by pozwolić 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, nastawienie na współpracę placówek z rodzinami osób z niepełnosprawnościami. W ten sposób i placówki, i programy nabierają charakteru środowiskowego, a współpracujące z nimi sieci wsparcia społecznego stają się koproducentami usług.

Dokonany przegląd pokazuje, że różnorodne instytucje lokalne, z których usług korzystają mieszkańcy z niepełnosprawnościami, są zwykle częścią administracji samorządowej i w związku z tym są narażone na wiele problemów cechujących biurokrację. 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 problemem jest też współpraca międzyinstytucjonalna i międzysektorowa (czyli między instytucjami samorządowymi i organizacjami pozarządowymi), czego przejawami są między innymi: brak przepływu informacji między instytucjami oraz trudności komunikacyjne; brak wspólnego celu; brak woli współpracy; postrzeganie partnerów lokalnych jako konkurencji; brak inicjatyw i pomysłów na wspólne działanie.

Przykładem instytucji działających w sposób uspołeczniony są centra usług społecznych, jednak zmiana powinna dotyczyć wszystkich świadczących wsparcie osobom z niepełnosprawnościami instytucji o charakterze zarówno dziennym, jak i całodobowym. Brakuje badań pozwalających zdiagnozować sytuację w tym obszarze w ramach instytucji świadczących wsparcie osobom z niepełnosprawnościami. Niewątpliwie można znaleźć instytucje działające w tym duchu, jednak nie dotyczy to większości z nich. Nie są dostępne badania ewaluacyjne już działających centrów, weryfikujące, czy ich utworzenie rzeczywiście uspołeczniło wsparcie czy było jedynie zmianą szyldu działania ośrodków pomocy społecznej.

Wsparcie rodziny w sprawowaniu opieki nad osobą z niepełnosprawnością

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.

Przykładem wsparcia rodziny jest opieka wytchnieniowa. Obecnie realizowana jest w ramach programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Trwa już kolejna edycja – za rok 2022²⁰. Program funkcjonuje w ujęciach rocznych, realizowany jest w trzech formach: 1) świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego lub całodobowego; 2) zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego); 3) wsparcie w zakresie nauki pielęgnacji / rehabilitacji / dietetyki.

²⁰ Program resortowy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1299,program-opieka-wytchnieniowa-edycja-2022>.

W każdej 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. Na przykład w edycji z 2020 roku ustalono następujące limity: 240 godzin opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego, 14 dni opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego oraz 40 godzin opieki wytchnieniowej polegającej na możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa czy wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji / rehabilitacji / dietetyki.

O ile uruchomienie programu jest bardzo pozytywnie ocenianym działaniem, o tyle limity wsparcia na jedną osobę wciąż są niewystarczające, zdecydowanie mniejsze niż rzeczywiste potrzeby. Podkreśla się także duże zbiurokratyzowanie procesu realizacji tej usługi oraz jej projektowy charakter (jeden rok), co w praktyce oznacza około sześciu miesięcy rzeczywistych działań.

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 społecznych osób z niepełnosprawnościami, z uwzględnieniem zarówno możliwości społeczności lokalnej, jak i zdolności partycypacyjnych osób z niepełnosprawnościami.

Jedną ze sztandarowych metod o charakterze środowiskowym w ramach tego obszaru są kręgi wsparcia. Jest to model pracy rozwijany 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. Projekty te są obecnie w fazie realizacji, ich skuteczność powinna być oceniona w dłuższej perspektywie czasowej.

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).

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. 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 były realizowane głównie na terenie gmin miejskich (79,2%); najmniej projektów obejmowało swoim zasięgiem gminy wiejskie – 30,6%, co powoduje, że usługa ta jest bardzo ograniczona na obszarach wiejskich. Wciąż problemem w realizacji projektów dotyczących asystencji jest zapewnienie elastyczności w obszarze kształtowania zakresu asystencji, która uwzględnia zapotrzebowanie danej osoby z niepełnosprawnością na wsparcie oraz jej podmiotowość i decyzyjność, ale równocześnie jest wykonalne pod względem finansowym. Zdecydowanie mniejszy nacisk kładziono w tych projektach na samodzielność lub precyzyjnie określony wspomagany proces podejmowania decyzji, co może świadczyć o nieprawidłowym rozumieniu asystencji osobistej, której celem jest umożliwienie i wspomoczenie niezależnego życia. W zaledwie co czwartym projekcie osoba z niepełnosprawnością miała wpływ na wybór asystenta, a w przypadku 5% projektów osoba wspierana miała prawo do kontroli przebiegu wykonania usługi.

*

We wszystkich analizowanych obszarach można identyfikować w Polsce praktyki oparte na deinstytucjonalizowanych rozwiązaniach o charakterze środowiskowym, przyjmujących 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 charakter punktowy i nie tworzą spójnego systemu, mającego stałe finansowanie, niezależnione od harmonogramów działań projektowych realizowanych głównie ze środków europejskich. Nie oznacza to, że należy odejść od działań projektowych. 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.

Podsumowanie

Deinstytucjonalizacja jest procesem służącym do tworzenia systemu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, który 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 mogą pozwolić na możliwie dużą samodzielność i pozostanie w środowiskach lokalnych. W tworzeniu systemu środowis-

kowych usług społecznych kluczowe jest zapewnienie odpowiedniej ich jakości i dostępności.

Kryteria jakości znajdują się w trójkącie między osobą wspieraną, profesjonalistą i instytucją organizującą usługę. Ważnym elementem jakości usług jest aktywny współdziałanie osoby wspieranej (koprodukcja) z poszanowaniem jej prawa wyboru i decydowania o sobie. Kluczowa 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 istotnych zachodzących zmian w systemie; a także związane z poziomem rozwoju społeczności lokalnych.

Presja na tworzenie rozwiązań o zdeinstytucjonalizowanym charakterze się zwiększa. Trend ten będzie się utrzymywać w 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 osobom starszym, potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Wyzwanie to wymaga dostosowań, tym bardziej że zmianom demograficznym towarzyszą zmiany modelu rodziny – spada liczba potencjalnych opiekunów rodzinnych, 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 różnym poziomem zdeinstytucjonalizowania. Praktyki pomocowe w zakresie deinstytucjonalizacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami możemy podzielić na kilka kategorii: wsparcie mieszkaniowe; uspołecznione wsparcie instytucjonalne; wsparcie rodziny; aktywna rehabilitacja; 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, ale ma charakter punktowy, głównie projektowy. Istnieje zatem potrzeba stworzenia systemu wsparcia środowiskowego o stałych źródłach finansowania, który byłby nastawiony na

spersonalizowane i dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami wsparcie, bazujące na koprodukcji usług, uwzględniające ścisłą współpracę profesjonalistów, osób wspieranych (i ich rodzin) oraz społeczności lokalnych. Przyjęta w 2022 roku Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do 2030 r. (z perspektywą do 2035 r.) (SRUS 2022) jest pierwszym krokiem w kierunku koniecznych zmian, nie tworzy 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 się stać ważnym 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).



Od azylu do życia w środowisku. Praktyki pomocowe adresowane do osób w kryzysach psychicznych

Wprowadzenie definicyjne i statystyki dotyczące zaburzeń psychicznych

Ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994, nr 111, poz. 5350 ze zm.) pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosi do:

osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne); osoby upośledzonej umysłowo; osoby wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Osobami z zaburzeniami psychicznymi nazwiemy zatem osoby wykazujące zaburzenia psychotyczne (przede wszystkim schizofrenię), osoby doświadczające szeregu innych zaburzeń wymienionych w klasyfikacji chorób ICD-10² (m.in. zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne czy zaburzenia osobowości), a także osoby niepełnosprawne intelektualnie (w ustawie określane jeszcze pejoratywnym sformułowaniem „upośledzone umysłowo”).

Badania epidemiologiczne EZOP II (Raport EZOP II 2021)³ wykazały, że na co najmniej jedno zaburzenie psychiczne cierpi aż 26,46% Polaków. Najwięcej, bo ponad 5 mln osób dorosłych i 300 tys. osób małoletnich, zmagają się z zaburzeniami lękowymi, a blisko 1,5 mln osób dorosłych i 70 tys. osób małoletnich z zaburzeniami afektywnymi.

¹ Mateusz Glinowiecki, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0002-6422-1449.

² Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, obecnie obowiązuje jej 10 rewizja; aktualnie trwają zaawansowane prace nad wprowadzeniem 11 rewizji.

³ „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań”, zrealizowane w latach 2018–2020 na reprezentatywnej próbie 15 tys. Polaków.

Problemem bezpośrednio związanym z zaburzeniami psychicznymi są samobójstwa. W Polsce mamy do czynienia z wysokim wskaźnikiem samobójstw, który na 100 tys. osób wynosi 2,9 u kobiet i aż 21,4 u mężczyzn (WHO 2021). Mimo że w ciągu ostatnich dziesięciu lat nastąpił w tej kwestii dość znaczący spadek (u mężczyzn z poziomu 29,4 i u kobiet z poziomu 3,8), to jednak nadal plasujemy się powyżej średniej europejskiej⁴. Co roku w naszym kraju dochodzi do około 12 tys. prób samobójczych, z których około 5 tys. kończy się śmiercią⁵.

Należy zakładać, że problem zaburzeń psychicznych będzie w kolejnych latach jeszcze narastał. Dowodzi tego wzrost liczby osób doświadczających zaburzeń psychicznych o ponad 3 punkty procentowe, z jakim mieliśmy do czynienia między kolejnymi badaniami epidemiologicznymi EZOP: z poziomu 23,4% w 2011 roku do poziomu 26,4% w 2021, a także dane płynące z innych krajów europejskich, w których liczba osób zmagających się z problemami psychicznymi rośnie w szybkim tempie.

Analizowanie praktyk pomocowych⁶ dla tak szeroko zdefiniowanej grupy, jak „osoby z zaburzeniami psychicznymi”, nastęrczyłoby poważnych trudności. Z tego powodu w artykule opisywane będą wyłącznie praktyki pomocowe skierowane do osób, które w pewnym momencie swojego życia zostały dotknięte kryzysem psychicznym (jednym lub większą liczbą zaburzeń z klasyfikacji ICD-10), z pominięciem osób zmagających się z uzależnieniami oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie⁷. Na potrzeby niniejszego artykułu ta „wykrojona” grupa osób z zaburzeniami psychicznymi będzie nazywana „osobami w kryzysach psychicznych”. Opisane zostaną praktyki pomocowe skierowane zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci i młodzieży. Charakter przeżywanych kryzysów psychicznych i potrzeby obu grup są nieco odmienne, jednak oferowane praktyki pomocowe są w dużej mierze zbieżne, co pozwala analizować je wspólnie (choć z podkreśleniem ich własnej specyfiki oraz opisaniem systemowych problemów, które dotyczą każdej z nich).

Historia deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych

Kryzysy psychiczne towarzyszą ludziom od zawsze. W zależności od regionu świata i okresu dziejów zmieniało się nastawienie do osób nimi dotkniętych. Raz chorzy doświadczali dużego wsparcia, byli włączani do społeczności lokalnej i starano się im pomagać na wszystkie znane wówczas sposoby. Innym razem traktowano ich

⁴ W przypadku mężczyzn jest to czwarty najgorszy wynik wśród krajów UE.

⁵ Dane Komendy Głównej Policji z 2022 r.

⁶ Praktyki pomocowe w artykule rozumiane są jako różnego rodzaju profesjonalne działania i usługi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, realizowane przez system opieki psychiatrycznej, system pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe i inne podmioty.

⁷ Obie grupy są analizowane w innych częściach opracowania.

bez zrozumienia, separując, a w skrajnych przypadkach nawet trwale eliminując z życia społecznego (Brodniak 2000). Pierwsza połowa XX wieku to okres, który przyniósł szczególnie dużo zmian w tym zakresie. Zgodnie z realizowanym wówczas modelem azylowym chorzy psychicznie byli izolowani na długi czas w szpitalach psychiatrycznych, budowanych zwykle na obrzeżach miast. Pierwotnie model ten miał zapewnić osobom dotkniętym problemami psychicznymi bezpieczne miejsce do podjęcia leczenia i umożliwić czasową izolację od społeczeństwa, w którym mogłyby nie znaleźć zrozumienia. Wraz z upływem czasu azyl stawał się jednak w większym stopniu goffmanowską instytucją totalną⁸. Formy wsparcia były wówczas bardzo ograniczone – farmakoterapia dopiero raczkowała, oddziaływania terapeutyczne nie były czymś powszechnym. W efekcie pacjenci szpitali psychiatrycznych nie zdrowieli, co więcej, z każdym dniem stawali się coraz bardziej wykluczeni społecznie.

Przełom nastąpił w latach 50. XX wieku, kiedy to w Stanach Zjednoczonych rozwinął się ruch antypsychiatryczny, postulujący przejście z modelu azylowego do modelu środowiskowego. W praktyce miało to oznaczać „wyprowadzanie” chorych poza mury szpitali psychiatrycznych i leczenie ich w środowisku z udziałem społeczności lokalnej⁹. Za wzorem Stanów Zjednoczonych poszło wiele krajów europejskich, które w kolejnych dekadach zaczęły wprowadzać swoje mniej lub bardziej daleko idące reformy¹⁰. Widoczne były przynajmniej dwa modele deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej: nurt radykalny, którego symbolem stał się włoski lekarz Franco Basaglia, proponujący przeprowadzenie bardzo głębokich zmian, z zamknięciem szpitali psychiatrycznych włącznie¹¹, oraz bardziej miękki nurt, odwołujący się do koncepcji piętna Ervinga Goffmana¹². Jego zwolennicy postulowali odejście

⁸ Pojęcie instytucji totalnych zostało opisane przez Ervinga Goffmana (2011) w 1961 r. Autor instytucję totalną definiuje jako organizację społeczną, w obrębie której żyje zamknięta, formalnie kontrolowana przez jej personel grupa osób. Przykładami instytucji totalnych są m.in. obozy koncentracyjne, więzienia, koszary wojskowe, internaty, klasztory oraz szpitale psychiatryczne.

⁹ W artykule proces deinstytucjonalizacji jest rozumiany właśnie w ten sposób: jako proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na **rozwiązaniach zakładowych** do organizowania wsparcia w **sposób środowiskowy**, z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnych, a zwłaszcza infrastruktury usług społecznych (Marek Rymśza, rozdział I w tym tomie, s. 7).

¹⁰ Dużą rolę w rozwoju ruchu antypsychiatrycznego odegrał film *Lot nad kukułczym gniazdem* z 1975 r., ukazujący historię grupy pacjentów typowego amerykańskiego azylowego szpitala psychiatrycznego, w którym odbierano im podstawowe prawa obywatelskie.

¹¹ Postulat zrealizowano we Włoszech w 1982 r., kiedy to do szpitali psychiatrycznych przestano przyjmować nowych pacjentów. Hospitalizowani mogli być wyłącznie pacjenci, którzy wyrazili życzenie pozostania w szpitalu i których stan zdrowia wymagał zastosowania tej formy leczenia (Morzycka-Markowska, Drozdowicz, Nasierowski 2015, s. 403–412).

¹² Piętno zdaniem Goffmana (2005, s. 31–40) to silnie dyskredytujący atrybut, którego posiadanie czyni z człowieka osobę naznaczoną i mniej wartościową. Piętno nie jest cechą danej jednostki, ale relacją między posiadanym przez nią atrybutem a przekonaniem i stereotypami na jej temat, które funkcjonują w danym społeczeństwie. Choroba psychiczna jest jednym z klasycznych przykładów piętna.

od etykietowania osób chorych psychicznie i zachęcali do prowadzenia przez nie aktywnego życia społecznego.

W Polsce do pierwszych prób przeprowadzenia zmian w systemie opieki psychiatrycznej dochodziło już w latach 70. XX wieku. Nie miały one jednak charakteru systemowego, były raczej związane z działalnością pojedynczych ośrodków, dlatego nie przyniosły wymiernych rezultatów. Pierwszym dokumentem, który realnie rozpoczął proces deinstytucjonalizacji była ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku. To wraz z jej wprowadzeniem rozpoczął się powolny (i jak się okazuje trwający do dziś) demontaż modelu azylowego, w którego miejsce zaczęto rozwijać model środowiskowy: stopniowo zmniejszano liczbę miejsc na oddziałach całodobowych na rzecz oddziałów dziennych, zaczęły powstawać środowiskowe domy samopomocy i inne placówki wspierające chorych w codziennym funkcjonowaniu, rozpoczęła się również działalność organizacji pozarządowych. Pierwszych kilkanaście lat reformy nie przyniosło takich efektów, jakich można się było spodziewać. Owszem, pojawiło się wiele placówek świadczących wsparcie w modelu środowiskowym, jednak było ich na tyle mało, że nie mogły mieć wpływu na realną zmianę sytuacji osób w kryzysach psychicznych w perspektywie całego kraju. W wielu regionach dostęp do leczenia psychiatrycznego nadal był utrudniony, a jedyną formą wsparcia, z której mógł skorzystać chory, był szpital psychiatryczny.

Nadzieję na zmianę tej sytuacji pokładano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015 (NPOZP 2011–2015), wprowadzonym Rozporządzeniem Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 roku (Dz.U. 2011, nr 24, poz. 128). Wiele wskazywało na to, że będzie to program przełomowy, który doprowadzi do realnej transformacji modelu opieki psychiatrycznej. Warto podkreślić, że w jego projektowanie zaangażowało się wiele środowisk ze świata zarówno nauki, jak i praktyki, głos zabierały również osoby doświadczające kryzysów psychicznych. Eksperti wyrażali wówczas przekonanie, że program jest jednym z najlepszych tego typu dokumentów w Europie i że jego wdrożenie będzie zmianą jakościową. NPOZP 2011–2015 zakładał odejście od modelu azylowego na rzecz bardziej przyjaznego dla pacjentów i ich rodzin modelu środowiskowego (który miał być dostępniejszy, skuteczniejszy i tańszy) oraz stworzenie na terenie całego kraju sieci Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) zapewniających pełen zakres pomocy specjalistycznej.

NPOZP na lata 2011–2015 okazał się zupełnym fiaskiem, co znalazło odzwierciedlenie w raporcie Najwyższej Izby Kontroli (Raport NIK 2016). Zdaniem kontrolerów Minister Zdrowia nie zrealizował 29 spośród 32 zadań określonych w harmonogramie, a tylko nieco lepiej można było ocenić aktywność Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz samorządów. Z perspektywy kilku lat, jakie minęły od nieudanej próby wdrożenia pierwszej edycji programu, wydaje się, że jego autorzy przyjęli zbyt optymistyczne założenie, że zmiana modelu opieki psychiatrycznej odbędzie się na poziomie lokalnym, z wykorzystaniem potencjału drzemącego w miejscowej społeczności i organizacjach pozarządowych. Przekonanie, że reforma dokona się oddolnie, bez zaangażowania na poziomie administracji

centralnej i samorządów oraz bez przeprowadzenia odpowiednich zmian prawnych (gwarantujących chociażby odpowiednie finansowanie) było skazane na niepowodzenie. Rzeczywiście w kilku regionach naszego kraju aktywność i sposób organizacji lokalnej sieci społecznej były wystarczające do zorganizowania środowiskowych form wsparcia dla osób w kryzysach psychicznych, w zdecydowanej większości przypadków takiego potencjału jednak zabrakło¹³.

Diagnoza praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych

Praktyki pomocowe dla osób w kryzysach psychicznych są realizowane przez dwa zasadnicze systemy: opieki psychiatrycznej (a szerzej ochrony zdrowia) oraz pomocy społecznej. Pierwszy udostępnia osobom chorym szeroką gamę możliwości podjęcia leczenia – od instytucjonalnego na oddziałach szpitalnych przez będące formą pośrednią oddziały dzienne aż po działające w modelu środowiskowym Centra Zdrowia Psychicznego. Drugi system zabezpiecza przede wszystkim osoby chorujące przewlekłe, które potrzebują dodatkowego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Analiza praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych sugeruje jeszcze jeden istotny element wsparcia. Trudno nazwać go systemowym, ale z całą pewnością jest ważny, a jego znaczenie ciągle rośnie. Mowa o aktywności organizacji pozarządowych, grup samopomocowych oraz wszelkiego rodzaju inicjatywach lokalnych. Ostatnie lata, zwłaszcza kiedy państwo skapitulowało przy próbach reformy systemu opieki psychiatrycznej, pokazały, jak wielką rolę do odegrania mają właśnie tego typu działania oddolne, które mogą i powinny wspierać wdrażanie modelu środowiskowego.

System opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych

Większość osób w kryzysach psychicznych w pewnym momencie trafia po pomoc do systemu opieki psychiatrycznej¹⁴. W zależności od jednostki chorobowej i natężenia objawów jest to albo leczenie ambulatoryjne, albo leczenie szpitalne. W sytuacji gdy konieczne jest podjęcie leczenia w szpitalu psychiatrycznym, chory zwykle trafia najpierw na oddział całodobowy, gdzie najważniejszym celem jest wdrożenie farmakoterapii i przezwyciężenie ostrych objawów choroby. Następnie (zwykle po kilku tygodniach) chory wraca do domu lub otrzymuje możliwość kontynuacji leczenia

¹³ W NPOZP 2011–2015 przewidziano środki na działania pomocowe świadczone przez organizacje pozarządowe, jednak w wielu miejscach (nawet w dużych ośrodkach miejskich) takich podmiotów w ogóle nie było. Nie miał zatem kto realizować tego typu zadań, nie prowadzono też żadnych działań aktywizujących społeczności lokalne.

¹⁴ W badaniu epidemiologicznym EZOP II (2021) skorzystanie (przynajmniej raz w życiu) ze specjalistycznej pomocy związanej z przeżywanymi problemami psychicznymi zadeklarowało blisko 15% Polaków.

na oddziale dziennym. Przebywa się na nim wyłącznie w ciągu dnia, biorąc udział w programie terapeutycznym i rehabilitacyjnym, którego celem jest uzupełnienie procesu leczenia i zapewnienie większej ilości czasu na dojście do siebie. Jeśli wystarczające jest leczenie ambulatoryjne, osoba doświadczająca kryzysu psychicznego może skorzystać z funkcjonujących w ramach NFZ poradni zdrowia psychicznego lub dynamicznie rozwijającej się sieci gabinetów prywatnych. W przypadku tych pierwszych problemem jest długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty (nawet kilka miesięcy). Gabinety prywatne oferują możliwość uzyskania pomocy niemal z dnia na dzień, przeszkodą są z kolei wysokie ceny (w dużych miastach 20–30-minutowa wizyta u psychiatry to koszt 200–300 zł).

Ostatnie blisko 30 lat (od wprowadzenia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1994 r.) to okres wielu podejść do procesu deinstytucjonalizacji systemu opieki psychiatrycznej. Mimo że większość z nich nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, jednak sama idea zamiany modelu azylowego w środowiskowy jest widoczna. W ciągu kilkunastu lat spadła liczba łóżek na oddziałach całodobowych, skraca się średni czas hospitalizacji, coraz więcej problemów można rozwiązać w trybie ambulatoryjnym, chorzy mają możliwość skorzystania z wielu pozaszpitalnych form leczenia, bardzo dynamicznie rozwija się również sieć przychodni prywatnych. Zdrowie psychiczne przestaje być tematem tabu, a wizyta u psychologa czy psychiatry nie jest już czymś wstydliwym. To właściwy kierunek, jednak by proces deinstytucjonalizacji rzeczywiście się dokonał, potrzebne są zmiany systemowe i upowszechnienie metodyki działań środowiskowych wśród osób pracujących w szeroko rozumianym systemie pomocowym. Do tej pory nie udało się ich przeprowadzić w takim zakresie, który pozwalałby powiedzieć, że większość Polaków może otrzymać pomoc świadczoną w modelu środowiskowym. W naszym kraju jest jeszcze wiele miejsc, gdzie sytuacja nie wygląda dobrze ani pod względem dostępności, ani pod względem charakteru świadczonego wsparcia. Opieka psychiatryczna skoncentrowana jest tam wokół szpitali psychiatrycznych, które na dłuższą metę (po zakończeniu ostrej fazy choroby) nie zapewniają warunków sprzyjających procesowi zdrowienia. Cały czas brakuje placówek środowiskowych – oddziałów dziennych czy mieszkań chronionych. Uzyskanie specjalistycznej pomocy jest możliwe w poradniach zdrowia psychicznego, jednak czas oczekiwania na wizytę jest często zbyt długi. Wiele jest jeszcze takich miejsc, gdzie brakuje nawet najbardziej podstawowej opieki psychiatrycznej (także tej prywatnej), a chorzy do najbliższego specjalisty muszą dojeżdżać kilkadziesiąt kilometrów. Jest to zaprzeczenie środowiskowego myślenia o zdrowiu psychicznym. Głównym problemem – oprócz samej organizacji systemu – jest zbyt mała liczba lekarzy psychiatrów. W Polsce ten zawód wykonują 3902 osoby¹⁵. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wskaźnik liczby psychiatrów wynosi 9,2, co plasuje nas na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej. Dla przykładu – w Szwecji jest on prawie trzykrotnie wyższy¹⁶.

¹⁵ Stan na kwiecień 2022 r., dane Ministerstwa Zdrowia.

¹⁶ Dane Eurostatu.

Szansą na dokonanie kompleksowej reformy systemu opieki psychiatrycznej była nowa edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), obowiązująca w latach 2017–2022. Wydaje się, że została ona potraktowana poważniej niż ta wcześniejsza (z lat 2011–2015, o której fiasku była już mowa), o czym może świadczyć to, że sprawnie uchwalono przepisy prawne i zapewniono odpowiednie finansowanie. Tak CZP jest definiowane przez Biuro ds. pilotażu NPOZP: „To miejsce, w którym można dostać natychmiast bezpłatne wsparcie przez całą dobę. Bez skierowania, bez zapisywania się na wizytę. Pomoc dostosowana jest do potrzeb”. Pojedyncze CZP obejmują opieką nie więcej niż 200 tys. mieszkańców, co wymusza ich tworzenie na poziomie powiatów i dzielnic dużych miast. Już samo to jest wyrazem myślenia środowiskowego i sprawia, że osoba dotknięta kryzysem psychicznym uzyskuje wsparcie blisko miejsca swojego zamieszkania. Co więcej, w CZP pomoc w przypadkach nagłych jest udzielana natychmiastowo, a w przypadkach pilnych nie dłużej niż w 72 godziny. To zmiana jakościowa, gdyż obecnie czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w poradniach zdrowia psychicznego jest wielokrotnie dłuższy. Jak wygląda wizyta w CZP w praktyce? Bardzo ważną rolę odgrywają punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne, które są pierwszym miejscem, gdzie trafia osoba doświadczająca kryzysu psychicznego. W miarę możliwości powinny być one dostępne przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę, choć w praktyce zwykle jest to 8–10 godzin dziennie. Co ważne, można do nich przyjść bez skierowania. Dyżurujący tam specjalista przeprowadza rozmowę i proponuje określone formy pomocy. Może to być wizyta u lekarza psychiatry, sesja psychoterapeutyczna czy, gdy jest to niezbędne, podjęcie leczenia na oddziale dziennym, a w przypadku chorych, których stan zagraża zdrowiu i życiu, także na oddziale całodobowym¹⁷. W ramach niektórych CZP funkcjonują mieszkania chronione, które mimo że działają w naszym kraju od kilkunastu lat, jednak dopiero teraz, wraz z postępem reformy psychiatrycznej, zyskują na znaczeniu, a ich liczba dynamicznie rośnie. Osoby w kryzysach psychicznych mogą skorzystać z oferty dwóch rodzajów mieszkań chronionych – mieszkań chronionych treningowych oraz mieszkań przejściowych. Mieszkania chronione treningowe dają możliwość zdobycia różnych umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania, wspierają niezależność i autonomię, pozwalają odizolować się od negatywnych czynników rodzinnych (o ile takowe występują i wpływają negatywnie na proces zdrowienia). Uczestnikami są zwykle młodzi ludzie mający doświadczenie poważnych kryzysów psychicznych, którzy zakończyli leczenie szpitalne (zwykle najpierw stacjonarne, a potem na oddziałach dziennych) i którzy potrzebują wsparcia w usamodzielnieniu się. W ramach projektu (trwającego od kilku do kilkunastu miesięcy) otrzymują oni możliwość udziału w wielu treningach: między innymi umiejętności społecznych, porządkowym, medycznym, budżetowym, doradztwa zawodowego, kontynuowania leczenia podczas regularnych spotkań z psychiatrą i terapeutą, a także, co wydaje się najistotniejsze, uzyskiwania wsparcia od współmieszkańców –

¹⁷ Rozporządzenie obliguje CZP do zorganizowania wszystkich wymienionych form wsparcia.

osób mających podobne doświadczenia. Mieszkania przejściowe działają na podobnej zasadzie. Są skierowane do osób, które mają trudności z samodzielnością, ale nie potrzebują tak intensywnego wsparcia w postaci udziału w treningach.

Jak ocenić pilotaż CZP z perspektywy ostatniego roku obowiązywania aktualnej edycji NPOZP? Z całą pewnością należy docenić, że udało się zorganizować 47 CZP¹⁸, które obejmują opieką środowiskową kilka milionów Polaków. Niestety samo rozmieszczenie CZP pozostawia wiele do życzenia. Dla przykładu w województwie mazowieckim utworzono 5 CZP, z tego cztery w samej Warszawie, a jeden w podwarszawskim Pruszkowie. Wszystkie zlokalizowano w miejscach mających długą tradycję ośrodków psychiatrycznych (w trzech przypadkach nie są to jednak szpitale, ale wyłącznie oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, co jest zgodne ze standardami). Poza stolicą pacjenci z Mazowsza nie mogą uzyskać pomocy w ramach CZP, gdyż nie udało się ich uruchomić nawet w tak dużych miastach, jak Radom, Płock czy Siedlce. Sama liczba 47 CZP w skali całego kraju również mogłaby być większa. W rozporządzeniu dotyczącym pilotażu wskazano bowiem 75 podmiotów medycznych, którym dano możliwość tworzenia CZP. Jak widać, po czterech latach trwania obecnej edycji NPOZP nie wszędzie i nie wszystkim się to udało (choć w kilku miejscach trwają zaawansowane prace organizacyjne i lista CZP będzie się poszerzać). Ministerstwo Zdrowia, dostrzegając problemy organizacyjne, zdecydowało się uelastyczyć funkcjonowanie CZP i wprowadzić tzw. CZP typu B, który różni się w zasadzie tylko sposobem zabezpieczenia leczenia stacjonarnego w innym podmiocie. To rozwiązanie wychodzi naprzeciw tym placówkom, które nie dysponują własnym oddziałem całodobowym i tym samym nie mogą spełnić wszystkich wymaganych w rozporządzeniu elementów CZP. Przyjęty model daje im możliwość zorganizowania tego typu oddziałów w szpitalach wielospecjalistycznych, co z jednej strony pozwoli utworzyć kolejne CZP, a z drugiej przyczyni się do stopniowego przenoszenia oddziałów całodobowych do szpitali ogólnych. Jest to z jednej strony zgodne z założeniami NPOZP, z drugiej idzie z duchem podejścia środowiskowego.

Pomijając problem z liczbą i właściwym rozlokowaniem CZP, należy uznać, że pilotaż przyniósł pozytywne rezultaty. Pokazał, że możliwa jest zmiana funkcjonującego od dekad modelu psychiatrii instytucjonalnej i że gros świadczeń może być realizowanych w duchu środowiskowym. Zawarte w nim idee są w pełni słuszne – CZP zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania, szybki dostęp do opieki psychiatrycznej, zespoły środowiskowe wychodzące z instytucji do domu pacjenta, tworzenie oddziałów całodobowych w szpitalach ogólnych. Najbliższe lata dadzą nam odpowiedź na pytanie, czy rzeczywiście tak będzie wyglądała polska psychiatria.

¹⁸ Stan na sierpień 2022 r. Liczba CZP w poszczególnych województwach przedstawia się następująco: dolnośląskie 2, kujawsko-pomorskie 1, lubelskie 3, lubuskie 2, łódzkie 3, małopolskie 7, mazowieckie 5, opolskie 1, podkarpackie 6, podlaskie 5, pomorskie 3, śląskie 4, świętokrzyskie 2, warmińsko-mazurskie 1, wielkopolskie 1, zachodniopomorskie 2. Sieć CZP jest najgęściej rozlokowana w południowo-wschodniej Polsce, na drugim biegunie – z najmniejszą liczbą CZP – jest Polska północno-wschodnia.

Obecna edycja NPOZP kończy się w tym roku, a przed nami kluczowe decyzje, co dalej zarówno z pilotażem CZP, jak i z całym programem.

System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

O ile możemy powiedzieć, że w przypadku psychiatrii dorosłych sytuacja jest trudna, o tyle w przypadku psychiatrii dzieci i młodzieży jest ona dramatyczna. Przez całe dekady był to obszar zaniedbany i pomijany przy wprowadzaniu zmian systemowych. Dopiero obecnie, kiedy zasadniczo wzrosła liczba dzieci i młodzieży wymagających specjalistycznej pomocy, okazało się, że zasoby, którymi dysponuje system opieki psychiatrycznej, są zdecydowanie niewystarczające. Jak wynika z danych NFZ, corocznie z pomocy psychiatrycznej korzysta między 150 a 200 tys. pacjentów małoletnich, około 13 tys. jest hospitalizowanych. Najwięcej z nich zgłasza się z całościowymi zaburzeniami rozwoju, zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną oraz z zaburzeniami hiperkinetycznymi, potocznie zwanymi ADHD. Coraz bardziej niepokojące są dane dotyczące samobójstw popełnianych przez nastolatków. Stanowią one drugą najczęstszą przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej, a ich liczba systematycznie rośnie. W 2020 roku odnotowano 843 próby samobójcze (538 dziewczynek i 305 chłopców), z których 107 zakończyło się śmiercią. W 2021 roku było to już 1496 prób (1086 dziewczynek i 410 chłopców), z powodu których zmarło 127 osób¹⁹.

W ostatnich latach pojawiło się wiele opracowań eksperckich i publikacji prasowych informujących o zapaści psychiatrii dzieci i młodzieży. Swoją sprawozdanie na ten temat przedstawiła również Najwyższa Izba Kontroli (Raport NIK 2019a). Przeprowadzona kontrola wykazała, że system leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży nie zapewnia kompleksowej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, a głównym problemem jest nierównomierny dostęp do oddziałów szpitalnych, poradni zdrowia psychicznego oraz kadry medycznej. Zwrócono również uwagę na niewystarczające finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki dzieci i młodzieży. Jak wynika z Raportu NIK (Raport NIK 2019a), w Polsce na koniec pierwszego półrocza 2019 roku funkcjonowało 40 oddziałów szpitalnych dla dzieci i młodzieży, jednak były one nierównomiernie rozmieszczone. W jednym województwie (podlaskim) brakowało oddziału całodobowego, a w pięciu województwach (lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim) nie było ani jednego oddziału dziennego. Kontrola wykazała, że większość oddziałów jest przepełniona i panują w nich trudne warunki bytowe. Zdarzało się, że małoletni pacjenci byli hospitalizowani na oddziałach całodobowych dla osób dorosłych. Jednym z głównych problemów występujących w psychiatrii dzieci i młodzieży są braki kadrowe. W Polsce mamy jeden z najniższych wskaźników liczby psychiatrów dziecięcych w całej Europie. Obecnie zawód ten wykonuje 455 osób, kolejnych 256 młodych lekarzy

¹⁹ Dane Komendy Głównej Policji z 2022 r.

jest w trakcie specjalizacji²⁰. Szacuje się, że aby zapewnić odpowiedni poziom opieki, potrzebne jest co najmniej drugie tyle specjalistów. Osiągnięcie takiego poziomu nie będzie łatwe ze względu na niekorzystną strukturę wiekową kadry medycznej (co trzeci psychiatra dziecięcy ma powyżej 55 lat), a także niepokojący fakt, że młodzi lekarze niechętnie wybierają specjalizację z tej dziedziny (blisko trzy czwarte dostępnych miejsc jest nieobsadzanych – Raport NIK 2019a). W odpowiedzi na braki kadrowe Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się skrócić czas trwania specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy mających specjalizację z pediatrii. Do systemu ochrony zdrowia wprowadzono także nową specjalizację „psychoterapia dzieci i młodzieży” i zorganizowano bezpłatne szkolenia psychoterapeutyczne dla osób, które są gotowe pracować z tą grupą pacjentów.

Niedostateczne finansowanie ze strony NFZ, przepełnione szpitale, trudna praca, zbyt mała liczba wykwalifikowanego personelu, brak profilaktyki zdrowia psychicznego – to zasadnicze powody, dla których psychiatria dzieci i młodzieży przeżywa obecnie poważny kryzys. Szansą na przeprowadzanie realnych zmian oraz wdrożenie modelu środowiskowego (który w przypadku leczenia dzieci i młodzieży jest szczególnie rekomendowany²¹) stała się reforma zaproponowana przez Zespół ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Ministrze Zdrowia²². Na podstawie rozporządzenia z 14 sierpnia 2019 roku (Dz.U. 2019, poz. 1640) wprowadzono trzy poziomy referencyjności, z których każdy ma zapewniać pomoc na różnych stopniach wyspecjalizowania. Jak ma to wyglądać w praktyce? W każdym powiecie lub grupie powiatów będzie funkcjonować ośrodek pierwszego stopnia referencyjności (ośrodek opieki psychologicznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży), który z założenia ma świadczyć najbardziej podstawowe formy pomocy (m.in. porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja wsparcia psychologicznego, wizyta domowa), ale jednocześnie być „najbliższym pacjenta”. Zakłada się tu bliską współpracę ze środowiskiem lokalnym – przede wszystkim placówkami oświatowymi. Poza ośrodkami pierwszego poziomu organizowane będą środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (drugi poziom – będący odpowiednikiem CZP dla dorosłych), w których pacjenci wymagający bardziej specjalistycznej pomocy będą mogli skorzystać między innymi ze wsparcia lekarzy psychiatrów oraz świadczeń w ramach oddziału dziennego czy zespołu leczenia środowiskowego. Jeden taki ośrodek ma objąć kilka sąsiadujących powiatów. W końcu na trzecim, najwyższym

²⁰ Stan na kwiecień 2022 r., dane Ministerstwa Zdrowia.

²¹ Specjaliści zajmujący się psychiatrią dzieci i młodzieży uważają, że wsparcie świadczone osobom nieletnim zmagającym się z kryzysami psychicznymi powinno być kompleksowe i obejmować diagnozę psychiatryczną i psychologiczną, a także wieloaspektowy proces leczenia i rehabilitacji, w którym zostałyby uwzględniony kontekst społeczny i rodzinny. Najlepiej, by wszystko odbywało się w warunkach pozaszpitalnych, w miejscu, gdzie dziecko czuje się bezpiecznie.

²² Podobny zespół powstał w 2020 r. w Sejmie. Utworzono wówczas Parlamentarny Zespół ds. Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, w skład którego aktualnie wchodzi 34 parlamentarzystów (stan na sierpień 2022 r.).

poziomie referencyjności mają funkcjonować ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. Pomoc znajdują w nich pacjenci w cięższym stanie, w tym osoby z zagrożeniem zdrowia i życia przyjmowane w trybie nagłym. W każdym województwie ma działać przynajmniej jedna tego typu placówka.

Założenia reformy psychiatrii dzieci i młodzieży bez wątpienia mają charakter deinstytucjonalizacyjny. Pierwszy i drugi poziom referencyjny proponuje leczenie w środowisku, najbliższym otoczeniu młodego pacjenta, poza murami szpitala psychiatrycznego. W przypadku młodych ludzi jest to szczególnie ważne, gdyż pobyt na oddziale całodobowym zarówno dla nich samych, jak i dla ich bliskich potrafi być traumatycznym doświadczeniem, którego, o ile to możliwe, warto uniknąć. Pierwsze miesiące po wprowadzeniu reformy pokazały, jak trudno będzie osiągnąć zakładane cele. Podobnie jak w przypadku reformy systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych, tak i tu poważne problemy pojawiły się na etapie wdrażania określonych rozwiązań. Z powodu braków kadrowych – niedostatecznej liczby osób spełniających precyzyjnie kryteria określone w Rozporządzeniu – konieczne było obniżenie wymagań dla personelu realizującego świadczenia na danym poziomie referencyjności. Kolejne miesiące i lata pokażą, w którą stronę zmierza reforma psychiatrii dzieci i młodzieży – czy podzieli los pierwszych tego typu prób, jakie przeprowadzono w psychiatrii dorosłych, czy też będzie realnie wdrażana.

System pomocy społecznej

System pomocy społecznej realizuje wiele praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych, a odpowiedzialność za ich prowadzenie w dużej mierze spada na samorządy. To przede wszystkim gminy i powiaty, zobligowane konkretnymi przepisami, biorą na siebie ciężar organizowania poszczególnych mniej lub bardziej wyspecjalizowanych form wsparcia. Jedną z nich są domy pomocy społecznej (zwane potocznie domami opieki). Ich oferta skierowana jest przede wszystkim do osób chorujących w sposób przewlekły, których stan zdrowia mimo zastosowanego leczenia nie poprawia się na tyle, by pozwolić na samodzielne funkcjonowanie. Są one również dużym wsparciem dla rodzin, które w sytuacji, gdy nie mogą poradzić sobie z konsekwencjami choroby bliskiej osoby, mają miejsce, gdzie jest ona bezpieczna i zaopiekowana.

Szczególną formą wsparcia dla osób w kryzysach psychicznych realizowaną przez system pomocy społecznej są środowiskowe domy samopomocy (ŚDS). Działają one na podstawie ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.) i dzielą się na cztery rodzaje: dla osób przewlekłe chorych psychicznie (typ A), niepełnosprawnych intelektualnie (typ B), przejawiających inne zaburzenia psychiczne (typ C), osób z zaburzeniami ze spectrum autyzmu oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi (typ D). W Polsce funkcjonuje 840 ŚDS zapewniających blisko 32 tys. miejsc²³. Większość z nich realizuje swoje zadania w formie dziennej

²³ Stan na koniec 2020 r. według danych Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.

(choć występują również placówki całodobowe). Oferta ŚDS jest skierowana do osób chorujących przewlekłe, ale nie wymagających całodobowej opieki. Osoby doświadczające poważnych kryzysów psychicznych najczęściej przechodzą następujące etapy leczenia: oddział całodobowy → oddział dzienny → leczenie ambulatoryjne. Gdy okazuje się, że choroba nadal nie pozwala na powrót do normalnego funkcjonowania społecznego, wówczas zaczyna się rola ŚDS. Dzięki nim mają one miejsce, gdzie mogą spędzać kilka godzin w ciągu dnia, nawiązywać relacje z innymi ludźmi doświadczającymi podobnych problemów, przechodzić treningi i różne formy terapii. Jest to istotne wsparcie procesu zdrowienia w wymiarze zarówno medycznym, jak i społecznym. Większość ŚDS jest zlokalizowana w środowisku lokalnym, blisko miejsca zamieszkania uczestników, co sprawia, że nie czują się oni izolowani i wykluczani, przeciwnie – są cały czas „u siebie”. Otwieranie kolejnych ŚDS dowodzi, że po pierwsze rośnie zapotrzebowanie na tego typu placówki, po drugie że dobrze spełniają one swoją rolę i odpowiadają na potrzeby grupy osób w kryzysach psychicznych, które chorują ciężiej i w sposób bardziej przewlekły. Niestety, mapa Polski jest jeszcze pełna „białych plam” – miejsc, gdzie nie ma możliwości skorzystania z tego rodzaju wsparcia²⁴.

Osoby w kryzysach psychicznych w ramach systemu pomocy społecznej mogą skorzystać ze wsparcia materialnego w postaci renty socjalnej oraz zasiłków (stałych lub celowych), a także całej gamy specjalistycznych usług świadczonych przez pracowników socjalnych. Polegają one przede wszystkim na wspieraniu chorych w codziennym funkcjonowaniu i udzielaniu im pomocy w kwestiach związanych ze sprawami mieszkaniowymi, zarządzaniem budżetem domowym czy poradnictwem zawodowym. Wszystkie wymienione usługi z założenia są świadczone w miejscu zamieszkania i najbliższym otoczeniu osoby potrzebującej. Wspierając jej samodzielność, wpisują się w model środowiskowy i sprawiają, że może ona funkcjonować bez wsparcia instytucjonalnego. Rocznie pracownicy socjalni obejmują specjalistycznymi świadczeniami opiekuńczymi blisko 15 tys. osób, udzielając im 5 mln pojedynczych świadczeń²⁵.

Rola organizacji pozarządowych

Szczególnie ważną rolę w procesie deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych odgrywają organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe. To zjawisko powszechne – we wszystkich krajach, w których proces deinstytucjonalizacji przebiegał sprawnie i przyniósł pozytywne rezultaty (m.in. w Stanach Zjednoczonych, w Europie Zachodniej, Skandynawii), stanowiły one jego istotny element. Podobnie było w Polsce, gdzie od samego początku reform zabierały one głos i przekonywały o konieczności przejścia z modelu instytucjonalnego

²⁴ Na koniec 2020 r. dotyczyło to 32 powiatów. Dane Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

²⁵ Sprawozdanie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nr MRPIPS-05-2021.

do modelu środowiskowego, współtworzyły poszczególne programy mające doprowadzić do pożądanych zmian, w końcu aktywnie uczestniczyły w ich realizacji²⁶. W wielu miejscach kraju, zwłaszcza tam, gdzie nie ma tradycji istnienia ośrodków psychiatrycznych, to organizacje pozarządowe w dużej mierze przejęły ciężar prowadzenia opieki środowiskowej. Realizują one wiele inicjatyw – prowadzą mieszkania chronione, kluby pacjenta²⁷, grupy wsparcia dla chorych i ich rodzin²⁸, a także bardzo istotne działania profilaktyczne i edukacyjne. Są one szczególnie ważne, gdyż z jednej strony pokazują, jak dbać o higienę zdrowia psychicznego i unikać wystąpienia kryzysów psychicznych, z drugiej strony zmiernają do przelamywania stereotypów i wpływają na zmianę postaw społecznych. Dzięki przeprowadzonym na szeroką skalę kampaniom medialnym udało się chociażby zmienić sposób postrzegania depresji i zaburzeń ze spectrum autyzmu. Choroby te przestały być tematem tabu, przeciwnie – coraz więcej mówi się publicznie o ich specyfice i potrzebach osób nimi dotkniętych. Warto przywołać tu takie kampanie, jak „Autyzm wprowadza zmysły w błąd”²⁹, „Twarze depresji”³⁰ czy „Nastoletnia depresja. Nie pozwól dziecku wylogować się z życia”³¹.

Bardzo istotnym zadaniem z zakresu wspierania osób w kryzysach psychicznych, jakie w dużej mierze „wzięły na siebie” organizacje pozarządowe, jest prowadzenie tzw. telefonów zaufania. Osoba potrzebując pomocy może zadzwonić pod wskazany numer, porozmawiać ze specjalistą, uzyskać wsparcie „tu i teraz” oraz otrzymać informacje, co powinna zrobić dalej. Ma to szczególne znaczenie dla tej grupy osób, które nie są w stanie zorganizować sobie fachowej porady (nie wiedzą, gdzie się udać, nie mają środków finansowych, wstydzą się) lub zastanawiają się, czy przeżywane problemy są na tyle poważne, że powinny to zrobić. Obecnie (2022 r.) – jak wynika z informatora kampanii społecznej Forum Przeciwko Depresji – osoby

²⁶ Warto przy tym zauważyć, że organizacje pozarządowe, włączając się w działania na rzecz poprawy sytuacji osób w kryzysach psychicznych, realizują jednocześnie swoje własne interesy: startują w konkursach, prowadzą kampanie i projekty, zatrudniają coraz liczniejsze i lepiej opłacane grupy specjalistów. W żaden sposób nie umniejsza to jednak ich roli w omawianym procesie deinstytucjonalizacji.

²⁷ Kluby pacjenta, funkcjonujące podobnie jak ŚDS, są to miejsca, do których osoby w kryzysach psychicznych mogą przyjść na kilka godzin w ciągu dnia, nawiązać kontakty społeczne, spędzić aktywnie czas i wziąć udział w zajęciach.

²⁸ Tego typu grupy, oprócz swojego podstawowego zadania, jakim jest udzielanie wsparcia emocjonalnego, często mają również charakter edukacyjny. Pozwalają one na zdobycie pod okiem profesjonalisty wiedzy na temat specyfiki danej choroby, a także przećwiczenie konkretnych zachowań, pożądanych w kontakcie z osobą w kryzysie psychicznym.

²⁹ „Autyzm wprowadza zmysły w błąd” – kampania, w której aktor Bartosz Topa odgrywał sceny z codziennego życia osoby dotkniętej zaburzeniami ze spectrum autyzmu.

³⁰ „Twarze depresji – nie oceniam. Akceptuję” – kampania, w której znane postaci ze świata popkultury opowiadają o swoim doświadczeniu walki z depresją.

³¹ „Nastoletnia depresja. Nie pozwól dziecku wylogować się z życia” – kampania skierowana do rodziców i nauczycieli, zwracająca uwagę na problem depresji wśród dzieci i młodzieży.

w kryzysach psychicznych mają do dyspozycji kilkanaście różnych telefonów zaufania. Co ważne, część z nich jest przeznaczona dla dzieci i młodzieży – grupy osób najbardziej narażonych na negatywne skutki przeżywanych kryzysów psychicznych.

Dzięki działalności organizacji pozarządowych i grup samopomocowych dostrzeżono ważną rolę, jaką do odegrania we wspieraniu działań środowiskowych mają osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego (nazywane „ekspertami przez doświadczenie”). Początkowo podchodzono sceptycznie do możliwości włączenia do systemu pomocowego osób, które same zmagają się z zaburzeniami psychicznymi. Wątpliwości dotyczyły przede wszystkim dwóch kwestii: w jakiej mierze będą one potrafiły udzielać wsparcia w sposób nieszkodzący innym i odpowiadający przyjętym standardom (mając oczywiście na uwadze, że nie są one fachowcami) oraz czy obciążenia wynikające z pomagania nie odbiją się na ich własnym zdrowiu psychicznym. Jednym z rozwiązań tego problemu jest organizowanie specjalnych kursów, pozwalających na zdobycie umiejętności niezbędnych do wykonywania działań pomocowych. Poza częścią teoretyczną kursanci przechodzą wiele treningów praktycznych, poznają specyfikę pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i przygotowują się na trudne sytuacje, które mogą je spotkać w kontakcie z tymi osobami.

Wraz z rozwijaniem modelu środowiskowego osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego są coraz częściej zapraszane do dzielenia się swoją wiedzą i pomagania innym w zmaganiach z chorobą. Asystent zdrowienia – tak obecnie nazywana jest ta funkcja – w perspektywie kilku najbliższych lat ma się stać w Polsce pełnoprawnym zawodem i stanowić wsparcie dla profesjonalistów³². Warto tu podkreślić wzajemne korzyści, jakie odnosi każda ze stron. Osoby pomagające czują się potrzebne i wykorzystują swoje własne, nierzadko trudne doświadczenia do wspierania innych. Z kolei osoby w kryzysach psychicznych mogą liczyć na wsparcie od ludzi, którzy dobrze je rozumieją, gdyż sami przeżywali podobne problemy. Asystenci zdrowienia nie zastąpią lekarzy czy terapeutów, ale ze względu na braki kadrowe mogą stanowić ważne ogniwo, dzięki któremu wiele inicjatyw środowiskowych będzie mogło być skutecznie realizowanych.

Omawiając rolę organizacji pozarządowych, warto się odwołać do przynajmniej jednego konkretnego przykładu. Krakowskie Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej to jedna z najprężniej działających organizacji w obszarze zdrowia psychicznego, która prowadzi wiele inicjatyw zarówno dla osób w kryzysach psychicznych, jak i ich bliskich. Nie sposób opisać ich wszystkich, ale wypada wspomnieć chociażby o projekcie „U Pana Cogito”, realizowanym od 2003 roku. Ten prowadzony w Krakowie pensjonat wraz z restauracją, którego niemal cały personel stanowią osoby z diagnozą schizofrenii, pokazuje, że to, co kiedyś wydawało się niemożliwe, stało się faktem. Ponad dwudziestka młodych ludzi po opuszczeniu szpitali psychiatrycznych otrzymała szansę pełnego powrotu do środowiska –

³² Projekt „Nowy Zawód: Ekspert przez Doświadczenie (EX-IN)” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.

pracują przy obsłudze turystów, zarabiają na własne utrzymanie, czują się potrzebni i sprawczy. „U Pana Cogito” to miejsce, które jest dla nich najlepszą szkołą do przyszłego, w pełni samodzielnego życia.

Warto podkreślić, że dla powodzenia procesu deinstytucjonalizacji bardzo ważna jest właściwa postawa społeczności lokalnych. Nie da się w pełni zrealizować modelu środowiskowego i zaoferować osobom w kryzysach psychicznych wsparcia, jeżeli społeczności lokalne nie będą akceptowały ich choroby, nie będą rozumiały ich problemów i nie będą gotowe włączyć się w zaspokajanie ich potrzeb. Dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego wracających z leczenia w szpitalu psychiatrycznym bardzo ważne jest poczucie zrozumienia ze strony otoczenia – nie tylko tego najbliższego w osobach rodziny i przyjaciół, ale również sąsiadów, kolegów z pracy i innych spotykanych na co dzień ludzi. W tej kwestii jest jeszcze wiele do zrobienia. W wielu miejscach kraju diagnoza schizofrenii czy choroby afektywnej dwubiegunowej nadal budzi lęk i bardzo utrudnia codzienne funkcjonowanie wśród sąsiadów czy współpracowników. Z drugiej strony mamy coraz więcej przykładów nawet niewielkich miejscowości, w których dzięki zaangażowaniu społeczności lokalnych uruchomione zostały środowiskowe inicjatywy wspierające osoby w kryzysie psychicznym. Bardzo ważne jest, by dzielić się tymi dobrymi praktykami i „zarażać” nimi innych. Okazją do wymiany tego typu doświadczeń są odbywające się regularnie fora psychiatrii środowiskowej³³.

Podsumowanie i wnioski

Proces deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych trwa i znajduje się w przełomowym momencie. Mimo że jesteśmy spóźnieni co najmniej 20–30 lat względem krajów Europy Zachodniej czy Skandynawii, to jednak mamy odpowiednie wzorce i wiemy, jak przejść z modelu instytucjonalnego do docelowego modelu środowiskowego. Jak istotne jest rozsądne podejście do tego tematu, pokazały doświadczenia włoskie. Zamknięcie we Włoszech niemal z dnia na dzień wszystkich szpitali psychiatrycznych przyniosło wiele problemów i zakończyło się licznymi protestami, przede wszystkim rodzin pacjentów. W efekcie reforma opieki psychiatrycznej w tym kraju wyhamowała i musiała przejść modyfikacje. W Polsce nie neguje się tego, że część praktyk pomocowych musi nadal być realizowana w modelu instytucjonalnym. Chodzi między innymi o domy pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania oraz całodobowe oddziały szpitalne dla pacjentów w ostrej fazie choroby. Zamykanie takich placówek byłoby skrajnie nieodpowiedzialne, gdyż na pierwszym planie zawsze musi być bezpieczeństwo osoby chorej oraz jej bliskich. Ważne są jednak proporcje między leczeniem

³³ W 2022 r. odbyła się XVII edycja Forum Psychiatrii Środowiskowej Beneficjentów, Rodzin i Profesjonalistów. Pięć edycji miało również Warszawskie Forum Psychiatrii Środowiskowej.

instytucjonalnym a środowiskowym oraz zapewnienie osobom w kryzysach psychicznych całej palety rozwiązań o różnym poziomie uśrodowikowania. Obecnie przyjmuje się, że należy w jak największym stopniu przenosić leczenie i wspieranie osób w kryzysach psychicznych do środowiska i zaangażować społeczności lokalne. Instytucje realizujące model azyłowy mają pozostać³⁴, jednak chory ma opuszczać ich mury tak szybko, jak to tylko możliwe. Proces zdrowienia osoby chorej ma największe szanse powodzenia w środowisku, w otoczeniu bliskich, którzy wspólnie ze specjalistami stworzą odpowiednie warunki do wyjścia z choroby i powrotu do normalnego funkcjonowania społecznego.

Bardzo trudno o jednoznaczną odpowiedź na pytanie, na jakim etapie procesu deinstytucjonalizacji jesteśmy. W przypadku systemu opieki psychiatrycznej możemy mówić o okresie straconych szans. Ostatnich kilkanaście lat to czas, w którym powstawało wiele programów rządowych mających na celu przejście z modelu azyłowego do modelu środowiskowego, jednak w większości z nich wszystko kończyło się na etapie koncepcji. Wydaje się, że Raport NIK z realizacji NPOZP na lata 2011–2015 (Raport NIK 2016), choć druzgocący dla instytucji państwowych, stał się impulsem do zajęcia się tym problemem na poważnie. Kolejna edycja programu na lata 2017–2022, którego najistotniejszym elementem jest pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego, daje większe nadzieje na realizację. Zasadniczym pytaniem jest jednak to, czy po okresie pilotażu program będzie kontynuowany i czy na mapie Polski pojawi się odpowiednio duża i właściwie rozmieszczona sieć CZP³⁵. Sama koncepcja, mimo że zgłaszane są pewne wątpliwości co do jej środowiskowego charakteru (przede wszystkim ze względu na powierzenie jej realizacji szpitalom psychiatrycznym), jest z całą pewnością dużym krokiem w kierunku deinstytucjonalizacji. Pomoc oferowana przez CZP rzeczywiście świadczona jest w środowisku, blisko miejsca, w którym żyje i mieszka chory, poza murami instytucji i co chyba najistotniejsze – w warunkach i atmosferze sprzyjających procesowi zdrowienia.

Niezwykle trudna jest sytuacja w psychiatrii dzieci i młodzieży. System opieki psychiatrycznej nie był przygotowany na taki wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne wśród osób młodych. Obecnie mamy do czynienia z jego prawdziwą zapaścią – oddziały szpitalne są przepełnione, panują na nich bardzo trudne warunki, brakuje psychiatrów i psychologów dziecięcych, formy wsparcia środowiskowego są realizowane w bardzo ograniczonym zakresie. Pozytywne jest to, że problem został w końcu dostrzeżony przez decydentów, którzy zaczęli realne działania naprawcze. Uchwalony został program mający na celu przeprowadzenie odpowied-

³⁴ Chodzi jednak o to, by były przyjazne dla pacjentów i jak najmniej stygmatyzujące. Z tego powodu docelowym modelem, zakładanym w NPOZP, jest przenoszenie stacjonarnych (całodobowych) oddziałów psychiatrycznych do szpitali ogólnych. Oddział psychiatryczny ma być tak samo traktowany jak każdy inny oddział funkcjonujący w danym szpitalu.

³⁵ Zgodnie z treścią projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z 11 lipca 2023 r., program pilotażowy został wydłużony do 31 grudnia 2024 r.

nich reform (na wzór tych w psychiatrii dorosłych), jednak należy zakładać, że jego realizacja będzie bardzo trudna, kosztowna i czasochłonna. Państwo nie ma jednak innego wyjścia – zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży musi być traktowane priorytetowo, ponieważ jeżeli nie zajmiemy się nim w odpowiedni sposób, powróci ze zdwojoną siłą w przyszłości. Doświadczające kryzysów psychicznych osoby, które nie otrzymują odpowiedniej pomocy w młodym wieku, tuż po wystąpieniu problemów wracają do systemu opieki psychiatrycznej, ale już jako osoby dorosłe, chorujące przewlekłe, którymi trzeba zajmować się długoterminowo. Ideą opieki środowiskowej, zwłaszcza wobec dzieci i młodzieży, jest pomoc świadczona tu i teraz, tak aby zażegnać kryzys i jeżeli to możliwe, uniknąć kontaktu z instytucją.

W przypadku systemu pomocy społecznej, podobnie jak w psychiatrii, część zadań realizowanych na rzecz osób w kryzysach psychicznych jest i zapewne pozostanie realizowana w modelu instytucjonalnym. Mowa tu przede wszystkim o domach pomocy społecznej, w których przebywają osoby niezdolne do samodzielnego funkcjonowania. Z drugiej strony bardzo dobrze sprawdzają się środowiskowe domy samopomocy, które działają na poziomie lokalnym i realizują wsparcie w modelu środowiskowym. Potrzeby w tym zakresie są bardzo duże, dlatego pozytywnie należy ocenić cel Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, by w każdym polskim powiecie funkcjonował chociaż jeden ŚDS. Inne formy wsparcia dla osób w kryzysach psychicznych realizowane przez system pomocy społecznej również mają w dużej mierze charakter środowiskowy. Z założenia są one realizowane w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej (a nie w instytucji) i służą jej usamodzielnieniu. Jeśli dodamy do tego warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej czy zakłady pracy chronionej, mamy obraz dość bogatej i dobrze zorganizowanej oferty, skierowanej przede wszystkim do tej grupy osób w kryzysach psychicznych, które zmagają się z poważniejszymi i bardziej długotrwałymi problemami.

Niski poziom wiedzy, a także utrzymujący się od dekad negatywny stosunek dużej części naszego społeczeństwa do osób chorujących psychicznie zwracają uwagę na potrzeby kontynuowania zakrojonych na szeroką skalę kampanii edukacyjnych. Oprócz wymiaru stricte edukacyjnego pozwalają one na przełamywanie stereotypów i ocieplanie wizerunku osób zmagających się z kryzysami psychicznymi. Bardzo ważną rolę w tym zakresie pełnią też organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe, które niejednokrotnie udowodniły, że potrafią skutecznie działać i uruchamiać kapitał społeczny, będąc przy tym równorzędnym partnerem dla instytucji rządowych i samorządowych. Tworzenie środowiskowych inicjatyw na wzór krakowskiego pensjonatu „U Pana Cogito”, angażowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego do pomagania innym w roli asystentów zdrowienia, prowadzenie działań profilaktycznych, edukacyjnych i antydyskryminacyjnych – to najlepsza droga do tego, by postawy społeczne stopniowo się zmieniały i w większym niż dotąd zakresie były pełne szacunku, zrozumienia i życzliwości³⁶.

³⁶ Przegląd polskich badań opinii publicznej realizowanych od 1975 r. pozwala zauważyć, że postawy społeczne wobec osób chorujących psychicznie zmieniają się bardzo powoli. Nadal

Dla powodzenia modelu środowiskowego niezwykle ważna jest odpowiednia współpraca w triadzie: system opieki psychiatrycznej–system pomocy społecznej–organizacje pozarządowe. Wydaje się, że układa się ona coraz lepiej, czego przykładem jest rosnąca liczba inicjatyw realizowanych wspólnie³⁷. Tym, co warto poprawić, jest obieg informacji. Zdarzają się niestety sytuacje, kiedy jedna ze stron nie wie o działaniach drugiej. System opieki psychiatrycznej nie zawsze ma wiedzę o świadczeniach, które pacjent może otrzymać po opuszczeniu szpitala. Z drugiej strony – pracownicy socjalni miewają problem z właściwym pokierowaniem swoich podopiecznych w przypadku pogorszenia się stanu ich zdrowia czy sytuacji wymagających specjalistycznych interwencji. Mała jest też wiedza o inicjatywach podejmowanych przez organizacje pozarządowe – często informacje o rekrutacjach do poszczególnych projektów nie trafiają do odpowiedniej grupy odbiorców, mimo że teoretycznie powinno być ich w nadmiarze. To wszystko dowodzi, że brakuje odpowiedniego przepływu informacji, które powinny być przekazywane w sposób zorganizowany i stale aktualizowane.

O deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia psychicznego coraz więcej mówi się na forum publicznym. Głos w tej sprawie zaczęli zabierać najważniejsi politycy, bardzo aktywnie działa Rzecznik Praw Obywatelskich, w Sejmie powstał Parlamentarny Zespół ds. Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży. To niezwykle ważne, gdyż do niedawna zdrowie psychiczne nie było tematem, którym zajmowano się na tak wysokich szczeblach (czego efektem były niepowodzenia kolejnych reform, które bez wsparcia decydentów nie miały szans na realizację). Wczytując się w treści kolejnych rządowych dokumentów mówiących o potrzebie przejścia z modelu instytucjonalnego do modelu środowiskowego (Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022³⁸ – NPOZP 2017–2022; pilotaż CZP, „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030” – SRUS 2022³⁹), możemy znaleźć wiele trafionych rekomendacji dotyczących działań, które należy podjąć. Oczywiście znacznie trudniejsza jest ich realizacja, ale mimo wszystko sam fakt, że zostały tam zawarte, stanowi pozytywną zmianę. Warto wspomnieć choćby o trzech takich rekomendacjach.

Pierwszą rekomendacją jest profilaktyka zdrowia psychicznego. Bez prowadzenia systemowych działań edukacyjnych, skierowanych zwłaszcza do osób młodych, trudno oczekiwać, by poprawił się stan wiedzy i świadomości Polaków na temat kry-

istnieje wiele mitów i stereotypów na ten temat, a Polacy są skłonni powierzać chorym tylko część ról społecznych (Glinowiecki 2019, s. 71–81).

³⁷ Przykładem takiej współpracy mogą być mieszkania chronione dla osób w kryzysach psychicznych, gdzie każda ze stron realizuje określone zadania. Mieszkania chronione są zwykle prowadzone przez organizacje pozarządowe, ich kadre tworzą specjaliści pracujący na co dzień w systemie opieki psychiatrycznej, z kolei pracownicy socjalni wydają oficjalne decyzje o skierowaniu danej osoby do tego typu placówki (wcześniej prowadząc wywiady środowiskowe).

³⁸ Program został przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z 8 lutego 2017 r., Dz.U. 2017, poz. 458.

³⁹ Dokument przygotowany przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, przyjęty uchwałą Rady Ministrów w 2022 r., MP 2022, poz. 767.

zysów psychicznych. Odpowiednio realizowana profilaktyka zdrowia psychicznego pozwala uniknąć części kryzysów, a w sytuacji, gdy się one wydarzą, szybko i właściwie zareagować. Z reguły im wcześniej osoba doświadczająca kryzysu psychicznego trafia po pomoc i im więcej zrozumienia znajduje w swoim najbliższym otoczeniu, tym mniej czasu spędza w systemie opieki psychiatrycznej i tym szybciej wraca do normalnego funkcjonowania we własnym środowisku. Rokowania są znacznie gorsze, kiedy zarówno chory, jak i jego bliscy przez długi czas nie reagują na ewidentne symptomy kryzysu psychicznego, a przez to nie uzyskują na czas odpowiedniej pomocy.

Drugą rekomendacją jest konieczność poradzenia sobie z brakami kadrowymi, które są szczególnie widocznie w systemie opieki psychiatrycznej (ale również coraz bardziej w systemie pomocy społecznej). Nie da się realizować tak kompleksowego modelu wsparcia, jakim jest model środowiskowy, bez wykwalifikowanej kadry lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów, terapeutów środowiskowych, pielęgniarek, pracowników socjalnych. Po latach zaniedbań dostrzeżono ten problem i co ważne, rozpoczęto realne działania zmierzające do poprawy tej sytuacji. W ten sposób można odczytywać chociażby zwiększenie liczby miejsc na specjalizacji psychiatrycznej dla studentów medycyny, skrócenie czasu specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy pediatrów czy zorganizowanie bezpłatnych szkoleń z zakresu psychoterapii dzieci i młodzieży.

Trzecia rekomendacja to zapewnienie wsparcia nie tylko osobom doświadczającym kryzysów psychicznych, ale również członkom ich rodzin. Jednym z zarzutów kierowanych wobec modelu środowiskowego jest to, że wraz z jego rozwijaniem wzrasta odpowiedzialność rodzin osób chorych i wywierana na nie presja. To one w znacznie większym stopniu niż w modelu azyłowym muszą zajmować się swoimi bliskimi, a wielokrotnie nie mają ku temu wiedzy ani wystarczających zasobów. Dlatego potrzebne są odpowiednie działania wspierające (grupy wsparcia, opieka psychiatryczna i terapeutyczna) oraz edukacyjne (z zakresu specyfiki kryzysów psychicznych czy zachowania wobec osób chorych), tak by członkowie rodzin byli w stanie pomagać choremu, ale mieli również możliwość zadbania o własne zdrowie psychiczne.

Mając na uwadze to, czego udało się dokonać i co jeszcze pozostaje do zrobienia, warto postawić kluczowe pytanie: kiedy proces deinstytucjonalizacji zrealizuje się w takim stopniu, aby objąć wszystkich Polaków pomocą świadczoną w modelu środowiskowym? Z uwagi na tempo wprowadzanych zmian zapewne potrwa to jeszcze wiele lat. Warto jednak ten trud kontynuować, gdyż badania pokazują, że opieka środowiskowa jest skuteczna i bardziej przyjazna dla osób doświadczających kryzysów psychicznych i ich bliskich, przynosi również dużo satysfakcji osobom udzielającym wsparcia (Glinowiecki 2019, s. 316–219; Wielgus, Morawski 2018; Żaroń 2018, s. 45–49). Potrzebne będzie zaangażowanie ogromnych środków finansowych⁴⁰, a także współdziałanie wszystkich zainteresowanych stron – decydentów

⁴⁰ Postulowany przez ekspertów poziom wydatków na psychiatrię to 6% budżetu całego systemu ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce jest to 3,4% (2022). W Europie niższy poziom ma jedynie Bułgaria, średnia europejska to 6–8% (dane Narodowego Funduszu Zdrowia).

na poziomie rządowym i samorządowym, systemu opieki psychiatrycznej, systemu opieki społecznej, organizacji pozarządowych, społeczności lokalnych, aż w końcu osób doświadczających kryzysów psychicznych. Te ostatnie, aby skorzystać w pełni z modelu środowiskowego, muszą nie tylko mieć do niego dostęp, ale również zaufanie i wiarę, że jest on tym właściwym, który zapewni im takie wsparcie, jakiego w danym momencie potrzebują. Ważne, by były one przekonane, że dochodząc do zdrowia poza murami instytucji, w środowisku, w otoczeniu swoich bliskich, mogą liczyć na różnorodne formy wsparcia, będą w stanie szybciej porzucić parsonsofską rolę chorego⁴¹, powrócić do aktywnego życia społecznego i realizować się w innych, znacznie bardziej pożądanym rolach społecznych.

⁴¹ Talcott Parsons (2009, s. 319–356) uważał, że każdy człowiek uczy się społecznej roli chorego w czasie procesu socjalizacji. W przypadku wystąpienia poważnych problemów ze zdrowiem człowiek zaczyna ją odgrywać, porzucając inne, dotychczas pełnione role społeczne. Wiąże się to zarówno z pewnymi przywilejami, jak i ograniczeniami, choć te drugie wydają się znacznie poważniejsze.



Deinstytucjonalizacja opieki medycznej w lecznictwie odwykowym. Ryzyka i granice

Wprowadzenie

Na potrzeby tego tekstu przyjmuję, że deinstytucjonalizacja opieki medycznej jest procesem przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych, wymagającym z jednej strony rozwoju usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej².

Zmiany w rozumieniu istoty i objawów uzależnienia spowodowały wyłonienie się dwóch podstawowych kategorii: uzależnień substancjalnych, kiedy mamy do czynienia z substancją uzależniającą, i niesubstancjalnych, przejawiających się utratą kontroli nad pewnymi czynnościami / zachowaniami. Kategoria ta została określona mianem „zaburzeń nawyków i popędów (impulsów)”³ i najczęściej opisywana jest jako uzależnienia behawioralne. Ponieważ ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na szczegółowe omówienie form świadczonej pomocy medycznej / terapeutycznej dla wszystkich rodzajów uzależnień, skoncentruję się na problemie uzależnienia od narkotyków, gdyż przede wszystkim wobec osób uzależnionych od narkotyków **świadzone są wszystkie formy** lecznictwa odwykowego. Mimo że nie omawiam psychologicznych metod stosowanych w leczeniu uzależnień, więcej miejsca poświęcam społeczności terapeutycznej, rozumianej jako koncepcja, model i jako metoda (De Leon 2003), gdyż jest ona szczególnie istotna ze względu na kontekst deinstytucjonalizacji.

¹ Beata Hoffmann, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0001-7339-4256.

² Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020.

³ International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10 2000).

Pod pojęciem substancji psychoaktywnych mieści się wiele różnych środków o zróżnicowanym działaniu. Spotykają się one z różnym stopniem aprobaty społecznej, która w istotnej mierze jest powiązana z okresem historycznym, uwarunkowaniami ekonomicznymi, prawnymi czy społeczno-kulturowymi. Wśród substancji psychoaktywnych wymieniane są zarówno nikotyna, alkohol, kofeina i teina, jak i niektóre leki, narkotyki, steroidy, tzw. dopalacze czy nawet napoje energetyzujące (Woronowicz 2009). Coraz trudniej też wskazać granicę między tzw. twardymi i miękkimi narkotykami, między tym, co zdaniem niektórych osób „powinno” być legalne, a tym, co nieakceptowane i budzące niechęć. Pragnę podkreślić, że dla jasności i zrozumienia tekstu będę używała rozróżnienia na: substancje psychoaktywne (narkotyki, dopalacze i substancje psychotropowe) i alkohol.

Uzależnienia są dziedziną psychiatrii i w ICD-10 zostały opisane w rozdziale pt. „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych”. Zajmują pozycje od F-10 do F-19⁴.

Opieka psychiatryczna w perspektywie historycznej – krótki zarys

Za symboliczny początek powstania psychiatrii uznaje się moment, kiedy francuski lekarz – twórca nowoczesnej psychiatrii Philippe Pinel – uwolnił chorą psychicznie kobietę z kajdan. Wydarzyło się to w szpitalu Salpêtrière w Paryżu w 1795 roku. Pinel jako pierwszy zaczął traktować chorych psychicznie zgodnie z duchem praw każdego człowieka do życia w wolności i decydowania o własnym losie. Tym samym tzw. szaleństwo stało się chorobą w sensie medycznym, a w chorych zaczęto dostrzegać ludzkie istoty cierpiące, zasługujące na pomoc.

Niezależnie od zachodzących w kolejnych latach przemian w połowie XIX wieku, przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, w krajach Europy Zachodniej, ale też na ziemiach polskich, zaczęły się pojawiać głosy krytykujące ówczesny model lecznictwa psychiatrycznego, który określono mianem niehumanitarnego. U podłoża takiej zmiany stało się przeświadczenie wybranych lekarzy, że długoterminowa hospitalizacja chorych, umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych, mieszczących się na obrzeżach miast, w izolacji społecznej, nie sprzyja leczeniu, nie przynosi też oczekiwanych korzyści społecznych (Załużska 2000).

W pierwszej połowie XX wieku standardy szpitalne nadal nie spełniały wymogów, które gwarantowałyby właściwe warunki bytowe i pożądane formy leczenia. W latach 30. XX wieku Kazimierz Dąbrowski rozpropagował w Polsce idee ruchu higieny psychicznej. Na początku lat 50. środowisko lekarzy i pozostałych specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego zaczęło się domagać reformy psychiatrii.

⁴ Kod: F63 - Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów), F63.0 – patologiczny hazard, F63.8 – inne uzależnienia behawioralne.

Dzięki powstaniu psychologii humanistycznej, zainicjowanej przez Carla Rogersa i Abrahama Maslowa, zmianie uległo myślenie o człowieku, pacjencie, a przede wszystkim – pacjencie chorym psychicznie. Za sprawą psychologii humanistycznej możliwa stała się pomoc jednostce w uzyskaniu kontaktu z własnymi uczuciami i w wykorzystaniu własnego potencjału (Rathus 2004).

W 1952 roku Jean Delay, wraz ze swym asystentem Pierrem Denikerem, odkryli przeciwpowrotne działanie chlorpromazyny u pacjentów z ostrymi objawami psychotycznymi. Odkrycie to stało się podstawą rozwoju nowoczesnej psychiatrii. Dzięki neuroleptykom wiele objawów chorobowych zostało w dużym stopniu zredukowanych, co umożliwiło chorym funkcjonowanie w warunkach pozaszpitalnych (Moussaoui 2002). Fakt ten przyczynił się do narodzin psychiatrii środowiskowej, czyli podejścia, w którym priorytetowym działaniem jest ograniczenie leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach szpitalnych.

Na gruncie polskim głównym prekursorem i propagatorem psychologii humanistycznej był Kazimierz Jankowski. Zwrócił on uwagę na konieczność uwzględnienia biopsychospołecznych uwarunkowań choroby psychicznej i metod jej leczenia. Postulował też tworzenie ośrodków terapeutycznych i rehabilitacyjnych znajdujących się w naturalnym środowisku leczących się (Jankowski 1975).

Lata 70. XX wieku były w Polsce czasem zainteresowania społecznymi aspektami zaburzeń psychicznych: ideami Kazimierza Jankowskiego, Antoniego Kępińskiego i Zdzisława Bizonia. W 1979 roku sporządzono raport o stanie psychiatrii polskiej, wraz z propozycją zmian ukierunkowanych na opiekę środowiskową. W tym czasie odnotowano wyraźny wzrost liczby oddziałów dziennych. Mimo powoli zachodzących procesów, w latach 80. nastąpił wyraźny rozwój form opieki środowiskowej (Słupczyńska-Kossobudzka, Wciórka 2003), którym objęci zostali przede wszystkim chorzy psychicznie i upośledzeni umysłowo.

Zabiegi mające na celu deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej na rzecz opieki środowiskowej, opartej na lokalnych, mniejszych ośrodkach pomocy medycznej i pozwalającej na zapewnienie pacjentom opieki psychiatrycznej w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym, w którym na co dzień funkcjonują, umożliwiły w dużym stopniu pełnienie przez chorych ról społecznych właściwych osobom zdrowym. Proces ten nie miał w żadnym razie oznaczać zredukowania procesu leczenia jedynie do przyjmowania leków, gdyż jak zwracał uwagę Jankowski, sama farmakoterapia nie jest elementem wystarczającym leczenia. Bez właściwej opieki, bez wsparcia społecznego chorzy będą jedynie wegetować, a nie uczestniczyć w życiu rodzinnym, zawodowym czy – szerzej – społecznym (Jankowski 1975). Należy bezwzględnie podkreślić, że idea deinstytucjonalizacji nie wpisywała się w nurt antypsychiatrii, postulującej likwidację szpitali psychiatrycznych i traktowanie samych zaburzeń jako formy tzw. zdrowej reakcji człowieka na rozliczne patologie życia społecznego (Załużka 2000).

Do form opieki środowiskowej obecnie zaliczane są:

- Poradnie Zdrowia Psychicznego, będące najstarszą formą leczenia środowiskowego wraz z wyspecjalizowanymi placówkami dla określonych grup pacjentów.

- Placówki Interwencji Kryzysowych, przeznaczone dla osób w kryzysowej sytuacji psychologicznej, która powstała na skutek zaostrzenia się objawów choroby lub trudnej sytuacji życiowej. Celem tych placówek jest ustabilizowanie stanu osoby potrzebującej pomocy w możliwie krótkim czasie za pomocą psychoterapii, farmakoterapii czy pomocy socjalnej w lokalnym środowisku pacjenta.
- Oddziały dzienne, których celem jest sprawowanie opieki nad pacjentem, spędzającym w oddziale kilka godzin dziennie przez co najmniej pięć dni w tygodniu. Tu mieszczą się oddziały leczenia dziennego, w których prowadzona jest krótkotrwała psychoterapia i farmakoterapia.
- Zakwaterowanie chronione, będące formą psychiatrii środowiskowej, której celem jest zapewnienie miejsca do mieszkania w warunkach możliwie najbardziej zbliżonych do warunków domowych.
- Zespoły Leczenia Środowiskowego.
- Domy-Kluby (Słupczyńska-Kossobudzka, Wciórka 2003).

Mimo że współcześnie formy leczenia środowiskowego stają się w wielu krajach coraz bardziej powszechne, występuje duże zróżnicowanie regionalne i krajowe, dotyczące zarówno ludzi, metod, jak i instytucji biorących udział w tym działaniu. Zróżnicowane są też poglądy specjalistów różnych dziedzin na sam proces deinstytucjonalizacji. Cel środowiskowego systemu zdrowia psychicznego jest niezwykle trudny do osiągnięcia i system nadal zмага się ze zmieniającymi się priorytetami społecznymi, deficytami finansowania i rosnącymi potrzebami w tym zakresie.

Na uwagę zasługuje to, że w tekstach poświęconych psychiatrii środowiskowej niewiele jest nawiązań do leczenia środowiskowego osób uzależnionych, a jeśli sporadycznie wzmianki się pojawiają, dotyczą jedynie osób uzależnionych od alkoholu (oddziały dzienne dla osób uzależnionych od alkoholu).

Uzależnienie

11 lutego 2022 roku Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (2022) została oficjalnie wdrożona⁵, stając się klasyfikacją stosowaną do krajowego i międzynarodowego rejestrowania i raportowania chorób i przyczyn zgonów.

Klasyfikacja ICD jest stosowana w różnym zakresie w ponad 100 krajach na całym świecie. Wszystkie państwa zachęcane są do przejścia na najnowszą wersję. Z nowej klasyfikacji korzysta już 35 państw na świecie. Obecnie ICD-11 jest dostępna w językach: angielskim, francuskim, hiszpańskim, chińskim i arabskim, a w przygotowaniu jest kolejnych 20 wersji językowych, w tym wersja polska. Ponieważ w okresie

⁵ www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release.

prześciowym w Polsce i wielu innych krajach nadal korzysta się ze starszej wersji – ICD-10 – w tym opracowaniu również będą jej używała.

W klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV zespół uzależnienia jest zdefiniowany jako

kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grup substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie (często silne, czasami przemożne) przyjmowania substancji psychoaktywnej (która może być lub nie – środkiem stosowanym w medycynie), alkoholu lub tytoniu. Przyjęcie substancji nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – ICD-10 2000, s. 73).

Definicja ta w bardzo ogólnych, ale fundamentalnych kategoriach opisuje zaburzenia powstałe w wyniku przewlekłego przyjmowania substancji psychoaktywnych. O ile starsze definicje kładły nacisk na objawy somatyczne zespołu uzależnienia, ta zwraca uwagę na deficyty w funkcjonowaniu człowieka jako jednostki, członka rodziny i społeczeństwa (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 2012).

Zespół kliniczny uzależnienia opisuje się jako zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka w zakresie procesów poznawczych, zachowań i reakcji fizjologicznych. Ekspresja objawów w wymienionych obszarach jest zmienna i zależna od wielu czynników. Do najważniejszych elementów modelujących uzależnienie zalicza się: cechy osobowości, stan somatyczny, czynniki środowiskowe oraz rodzaj i ilość substancji psychoaktywnej, a także czas jej przyjmowania (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 2012). Uzależnienie, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne, prowadzi do „utruty zdolności skutecznego regulowania przez organizm swych stosunków wewnętrznych i wymiany ze środowiskiem oraz utraty równowagi wewnętrznej lub/i adaptacji do środowiska”⁶. Zespół uzależnienia może powstać w wyniku okresowego, regularnego przyjmowania jednej lub kilku substancji psychoaktywnych.

Ze względu na to, że formy pomocy mogą być w istotnym stopniu zależne od etapu uzależnienia, przedstawiam krótką charakterystykę każdego z nich:

- używanie okazjonalne polega na korzystaniu z danego środka w ciągu ostatniego roku w sposób sporadyczny i przyjmowanie go w niewielkich ilościach. W przypadku używania okazjonalnego nie występują negatywne konsekwencje, zaburzające codzienne funkcjonowanie osoby;
- używanie ryzykowne polega na zażywaniu substancji w nadmiernych ilościach, co daje wysokie ryzyko zaistnienia poważnych szkód dla zdrowia psychicznego i fizycznego w przyszłości, natomiast w czasie bieżącym nie przynosi wyraźnych negatywnych skutków;

⁶ Jacek Wciórka, *Encyklopedia zdrowia PWN*, 2001 – cyt. za: Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 2012, s. 51.

- używanie szkodliwe jest przyjmowaniem środków powodującym szkody zdrowotne: somatyczne i psychiczne;
- nadużywanie substancji (ta kategoria ma własne kryteria diagnostyczne) jest sytuacją, w której do szkód zdrowotnych (somatycznych i psychicznych) dochodzą jeszcze konsekwencje społeczne zażywania środka. O nadużywaniu decyduje nie ilość przyjmowanego środka, ale konsekwencje, jakie występują w wyniku jego zażywania;
- uzależnienie jest stanem, w którym występuje przymus przyjmowania określonej substancji (np. narkotyki, alkohol) lub wykonywania danej czynności (np. zakupy, praca). Uzależnienie występuje wtedy, kiedy człowiek traci kontrolę nad przyjmowaną substancją czy wykonywaną czynnością i dochodzi do powstania wewnętrznego przymusu przyjmowania substancji (bądź w przypadku uzależnień niesubstancjalnych – wykonywania czynności). Uzależnienie można określić jako niezwykle silne pragnienie uzyskania dobrego samopoczucia, a w dalszej kolejności – likwidowania bardzo przykrych stanów, bez umiejętności odłożenia tej potrzeby w czasie (Niewiadomska, Stanisławczyk 2004).

Wyróżnia się dwa podstawowe wzory spożywania alkoholu rodzące poważne zagrożenia i konsekwencje zdrowotne: picie szkodliwe oraz uzależnienie. Oba wymagają interwencji. Ważna jest prawidłowa ich identyfikacja, gdyż na jej podstawie należy oprzeć sposób pomocy i leczenia: cele, czas trwania i metody⁷.

Uzależnienia od środków psychoaktywnych są zjawiskiem znanym w Polsce, natomiast ze względu zarówno na zwiększającą się liczbę osób zażywających substancje, jak i istotne zmiany w kompozycji krajowej sceny narkotykowej i w potrzebach zdrowotnych populacji osób uzależnionych organizacja systemu leczenia uzależnień w Polsce zaczyna ulegać transformacji i widoczne staje się poszukiwanie nowych wzorców koncepcyjnych i organizacyjnych (Jabłoński 2012a).

Osobne miejsce zajmują uzależnienia behawioralne, którymi, zgodnie z wcześniejszą deklaracją, nie poświęcam tu miejsca.

Leczenie uzależnień w Polsce

Zarówno alkoholizm, jak i narkomania definiowane są jako zjawiska o randze problemów społecznych. Konsekwencją nadania narkomanii statusu problemu społecznego jest jego instytucjonalizacja, a elementem instytucjonalizacji – stworzenie specjalistycznego lecznictwa dla osób uzależnionych od narkotyków (Świątkiewicz 2012).

Leczenie i rehabilitacja uzależnień obejmują szerokie i interdyscyplinarne zagadnienia natury biologiczno-medycznej, psychologicznej i społecznej (Wojnar 2021).

⁷ Materiały PARPA z 2019 r., www.parpa.pl/.

Zgodnie z WHO leczenie uzależnień jest procesem, który rozpoczyna się w momencie, gdy użytkownik substancji psychoaktywnej wchodzi w kontakt z osobą lub instytucją dostarczającą usługi zdrowotne, i który może być kontynuowany przez udział w specyficznych formach interwencji i procedur aż do uzyskania stanu najwyższego możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia i poprawy samopoczucia.

Leczenie i rehabilitacja są postrzegane jako kompleksowe podejście do zagadnienia terapii, polegające na identyfikacji problemu, dostarczeniu wsparcia, zapewnieniu dostępu do opieki zdrowotnej oraz możliwości integracji społecznej osobie doświadczającej problemów, spowodowanych przez używanie jakiejkolwiek substancji psychoaktywnej (WHO, za: Jabłoński 2012a). Główną społeczną konsekwencją funkcjonowania specjalistycznego leczenia uzależnień powinno być przywrócenie do uczestniczenia w życiu społecznym jednostek, które z powodu uzależnienia od narkotyków albo utraciły albo znacznie zmniejszyły swoją zdolność do wykonywania przypisanych im ról społecznych (Świątkiewicz 2012).

System leczenia odwykowego i leczenia uzależnień w Polsce, według rozporządzeń Ministra Zdrowia, dotyczy uzależnienia od:

- alkoholu, co reguluje ustawa z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230 ze zm.);
- substancji psychotropowych i środków odurzających, co reguluje ustawa z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005, nr 179, poz. 1485 ze zm.);
- hazardu i innych uzależnień behawioralnych, co reguluje Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych z 16 grudnia 2010 roku, powołany na mocy ustawy z 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych (Dz.U. 2010, nr 201, poz. 1540 ze zm.).

System specjalistycznej opieki w Polsce skierowany do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych został wkomponowany w system opieki zdrowotnej i stanowi część modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Lecznictwo dla osób uzależnionych jest bezpłatne, nie ma rejonizacji usług i konieczności posiadania skierowania w celu podjęcia leczenia. Leczenie jest realizowane w strukturach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których działalność od 1999 roku finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia, a także urzędy gmin lub urzędy marszałkowskie. Podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji społecznej przez osobę uzależnioną jest dobrowolne, z wyłączeniem między innymi osób poniżej 18 roku życia oraz ubezwłasnowolnionych, które mogą być zobowiązane do podjęcia leczenia przez sąd.

System leczenia i terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (tu: z wyłączeniem uzależnienia od alkoholu) tworzą przede wszystkim:

- specjalistyczne placówki ambulatoryjne – „punkty”, poradnie;
- specjalistyczne placówki stacjonarne – ośrodki, oddziały stacjonarne (krótko- lub długoterminowe – do dwóch lat);

- oddziały detoksykacyjne;
- stosunkowo nieliczne jeszcze w naszym kraju, choć bardzo pożądane, formy opieki pośredniej, takie jak oddziały dzienne;
- placówki hostelowe i mieszkania readaptacyjne;
- programy postrehabilitacyjne (Jabłoński 2012a).

Organem założycielskim placówek (ośrodków, oddziałów i poradni) dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oprócz organów samorządowych są różnego rodzaju stowarzyszenia i spółki cywilne. Szczególną i dominującą pozycję wśród organizatorów niepublicznych zajmuje Stowarzyszenie „Monar”, obok którego działają inne stowarzyszenia, kościoły oraz inne spółki cywilne i osoby fizyczne.

Samodzielność organizacyjna stacjonarnych placówek dla uzależnionych pozostaje w korelacji z ich specjalizacją. Samodzielne są przede wszystkim ośrodki rehabilitacyjne, podczas gdy oddziały detoksykacyjne z reguły są częścią struktury organizacyjnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, głównie psychiatrycznych. W przypadku poradni dla uzależnionych samodzielność organizacyjna częściej dotyczy poradni niepublicznych, prowadzonych przez stowarzyszenia bądź osoby i spółki prywatne (Langiewicz 2014).

Struktura lecznictwa dla osób uzależnionych od alkoholu jest bardzo zbliżona i obejmuje:

- specjalistyczne placówki ambulatoryjne – poradnie;
- specjalistyczne placówki stacjonarne – w większości są to oddziały stacjonarne, w których leczenie trwa od 6 do 8 tygodni;
- oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, w których leczenie trwa około 10 dni;
- oddziały dzienne;
- placówki hostelowe i mieszkania readaptacyjne;
- programy postrehabilitacyjne.

W każdym województwie został powołany Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTUW)⁸. Podstawowym celem ośrodków jest realizowanie programów psychoterapii dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin z terenu danego województwa, koordynacja pracy zakładów lecznictwa odwykowego na terenie województwa, działalność metodyczno-organizacyjna w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących powszechności uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów oraz lecznictwa odwykowego na terenie województwa, a także ocena tych danych oraz inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w lecznictwie odwykowym oraz

⁸ Więcej na ten temat: www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/wotuwy.

osób współdziałających z zakładami leczenia odwykowego w realizacji zadań programowych, w tym organizowania staży i szkoleń⁹.

Ponieważ uzależnienie jest chorobą przewlekłą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problemem jest jednak brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu. Metodami leczenia uzależnienia od alkoholu są psychoterapia i farmakoterapia. W ramach programów terapeutycznych udzielane jest wsparcie usługowe obejmujące: diagnozę, poradnictwo indywidualne i rodzinne, psychoterapię, terapię psychologiczną indywidualną i grupową, a także interwencje kryzysowe. Formami organizacyjnymi i metodami pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działającymi poza leczeniem odwykowym są punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie oraz Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (Fudała 2013). Polskie leczenie odwykowe oferuje usługi nie tylko dla pacjentów uzależnionych od alkoholu, ale także dla osób współuzależnionych, Dorosłych Dzieci Alkoholików, dzieci aktualnie żyjących w rodzinach z problemem alkoholowym.

Odrębne miejsce, najczęściej powiązane z opieką ambulatoryjną, zajmują programy leczenia substytucyjnego, wprowadzonego w Polsce w roku 1992, a także świadczenia terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (podwójna diagnoza), zapoczątkowane w 1995 roku.

Nie mniej istotne są też ośrodki stacjonarne przyjmujące matki uzależnione z dziećmi i ośrodki stacjonarne dla dzieci i młodzieży.

Lecznictwo ambulatoryjne

Zróznicowanie metod i podejść terapeutycznych oraz dążenie do skracania czasu leczenia są zjawiskami wspólnymi dla wielu form terapii uzależnień. Leczenie osób z problemem narkotykowym przebiega coraz częściej w formie ambulatoryjnej w poradniach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych i ośrodkach dziennych (Jabłoński 2012a). W sytuacji tej szczególnie istotne jest wsparcie środowiskowe, z jakiego mogą skorzystać osoby uzależnione w trakcie procesu zdrowienia. Do zakresu działania placówek ambulatoryjnych należy udzielanie pomocy osobom eksperymentującym z narkotykami, używającym narkotyków problemowo, uzależnionym, a także rodzinom i bliskim pacjentów (Jabłoński 2012a).

Celem głównym terapii ambulatoryjnej, podobnie jak w przypadku leczenia stacjonarnego, jest uzyskanie przez pacjenta abstynencji. Celem tych placówek jest również poprawa jakości życia czy ograniczenie używania substancji – jako bardziej realne do osiągnięcia dla większości pacjentów niż pełna abstynencja. W ramach oferty leczniczej podejmowane są działania między innymi z zakresu terapii grupowej

⁹ Więcej na przykładzie WOTUW Mazowsze, www.wotuw.pl/index.php/o-wotuw/zadania-wotuiw/.

i indywidualnej, treningów umiejętności i zapobiegania nawrotom choroby oraz poradnictwa i uczestniczenia w grupach wsparcia. Czas trwania terapii jest zróżnicowany i wynosi od 3 do 12 miesięcy (Jabłoński 2012a). W przypadku uzależnienia od alkoholu od 4 do 6 miesięcy¹⁰. Środki na utrzymanie programów mogą pochodzić z kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, urzędami gmin czy też urzędami marszałkowskimi (Jabłoński 2012a). Należy dodać, że pacjenci uzależnieni leczą się nie tylko w wyspecjalizowanych placówkach ambulatoryjnych, ale mogą także podejmować leczenie w innych poradniach, przewidzianych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Langiewicz 2014).

Lecznictwo stacjonarne

Współczesny polski model terapii uzależnień od narkotyków zbudowany został na dominującej roli leczenia stacjonarnego, charakteryzującego się długoterminowym leczeniem w całodobowych placówkach o charakterze zamkniętym (Jabłoński, Puławska-Popielarz 2012). Są to oddziały stacjonarne w szpitalach psychiatrycznych i ośrodki stacjonarne. Terapią w stacjonarnych oddziałach szpitalnych objęte są częściej osoby uzależnione od alkoholu, a pobyt trwa do 8 tygodni. Terapia stacjonarna dla osób uzależnionych od narkotyków prowadzona jest w ośrodkach stacjonarnych i trwa zazwyczaj od 12 do 18 miesięcy (Kowalcze 2020).

Leczenie i rehabilitacja w placówkach stacjonarnych bazują najczęściej na podejściu zorientowanym na całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych. Dużą rolę w terapii odgrywiają mikroedukacja, nauka oraz praca jako elementy przygotowania do podjęcia prawidłowych ról społecznych (Jabłoński, Puławska-Popielarz 2012). Podstawową formą oddziaływań w ośrodkach stacjonarnych jest metoda społeczności terapeutycznej. Ze względu na wyjątkowe znaczenie społeczności terapeutycznej jako metody pracy z osobami uzależnionymi forma ta zostanie omówiona w dalszej części rozdziału.

Oddziały detoksykacyjne

Detoksykacja jest procesem bezpiecznego i skutecznego odstawienia substancji psychoaktywnej (np. alkoholu, narkotyków) w sposób minimalizujący objawy zespołu abstynencyjnego. Celem pobytu pacjenta w oddziale detoksykacyjnym jest odtrucie organizmu z substancji psychoaktywnych. Podczas pobytu pacjent jest diagnozowany psychiatryczno-psychologicznie, a w razie konieczności konsultowany przez lekarzy innych specjalności.

Leczenie detoksykacyjne nie jest leczeniem uzależnienia. Po detoksykacji należy poddać się innym terapiom w celu pracy nad podstawowym problemem – uzależnieniem, które spowodowało używanie substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). Okres pobytu pacjenta w oddziale zależy od jego stanu psychicznego i od

¹⁰ www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu.

środków psychoaktywnych, które zażywał. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu trwa najczęściej 10 dni, osób uzależnionych od narkotyków zazwyczaj dwa tygodnie (Jabłoński, Puławska-Popielarz 2012).

Oddziały dzienne

Oddziały dzienne są formą leczenia szpitalnego polegającą na przebywaniu pacjenta w oddziale leczniczym tylko w ciągu dnia, z reguły w godzinach przedpołudniowych. Po tym czasie pacjent wraca do domu i kontynuuje leczenie oddziałowe w kolejnym dniu. Proces terapii w oddziałach dziennych obejmuje: diagnostykę psychiatryczno-psychologiczną, psychoterapię grupową i indywidualną, a w razie konieczności farmakoterapię.

Pobyty w oddziałach dziennych najczęściej przeznaczone są dla osób, które ukończyły cykl terapii w oddziale stacjonarnym, jednak zwiększająca się liczba pacjentów odrzucających ofertę terapii długoterminowej wymusza konieczność organizowania placówek lecznictwa pośredniego (Jabłoński 2012a). W efekcie pojawia się coraz więcej tzw. długoterminowych oddziałów dziennych, w których terapia trwa przez sześć miesięcy i jest prowadzona w oparciu o metodę społeczności terapeutycznej, psychoterapii grupowej, psychoedukacji, zajęć socjoterapeutycznych.

Programy postrehabilitacyjne

Wraz z rozwojem lecznictwa i rehabilitacji uzależnień powstawały w Polsce nowe formy organizacyjne, wspierające i utrwalające efekty terapii oraz umożliwiające reintegrację społeczną osób leczących się (Jabłoński, Puławska-Popielarz 2012). Oferta postrehabilitacyjna skierowana jest do osób, które ukończyły proces leczenia, a także osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego. Celem programów jest utrwalanie efektów leczenia, wsparcie w procesie reintegracji społecznej. Pomoc ta opiera się na trzech zasadniczych filarach: na uzyskaniu mieszkania (mieszkania readaptacyjnego, hostelu), zdobyciu lub uzupełnieniu wykształcenia, uzyskaniu zatrudnienia (w tym szkolenia zawodowego). W ramach programów postrehabilitacyjnych ważne jest stworzenie możliwości korzystania za ich pośrednictwem ze wsparcia terapeutycznego w formie: grup AN/AA, innych grup wsparcia, grup zapobiegania nawrotom. Ważnym aspektem programów postrehabilitacyjnych są treningi umiejętności, modelowanie zachowań czy odgrywanie ról, nauka spędzania czasu wolnego, rozwijanie umiejętności komunikowania się z ludźmi (Rachowska 2012b).

Zadaniem programów hostelowych jest udzielanie pomocy socjalnej i terapeutycznej osobom uzależnionym po podstawowym programie rehabilitacyjnym w celu pełnego usamodzielnienia się i utrwalenia postaw prospołecznych, wspieranie zachowań pomocnych w utrzymywaniu abstynencji, a także monitorowanie dalszego procesu zdrowienia. Programy te skierowane są głównie do osób ze złą sytuacją socjalno-bytową, a także tych, które z różnych powodów nie chcą wracać do swojego dawnego środowiska.

Program hostelowy jest formą pośrednią między terapią w placówce stacjonarnej a samodzielnym funkcjonowaniem. Mieszkanie w hostelu umożliwia bezpieczny powrót do społeczeństwa, podjęcie pracy i nauki w warunkach wsparcia terapeutycznego. Ta forma pomocy pozwala na nawiązanie nowych więzi z osobami z zewnątrz, uczy korzystania z różnego rodzaju wsparcia (m.in. ze strony wspólnoty AN, AA i innych grup) czy z konsultacji terapeutycznych poza hostelem. Pozwala na praktyczną naukę planowania, rozwiązywania problemów, na trening prowadzenia finansów. Jak zauważa Elżbieta Rachowska, czas pobytu w hostelu powinien być dostosowany do potrzeb klienta, ważne jest przy tym, by nie zwalniał osoby korzystającej z hostelu z własnej aktywności prowadzącej do pełnego usamodzielnienia (Rachowska 2012b). Również mieszkania readaptacyjne odgrywają ważną rolę w procesie usamodzielniania się zdrowiejących osób uzależnionych. Warunkiem korzystania z tej formy pomocy jest wykonywanie pracy zawodowej i pewna samodzielność finansowa. Mieszkańcy mają zapewnioną opiekę lekarską, psychologiczną, psychiatryczną i socjalną (Rachowska 2012b).

Innym ważnym elementem reintegracji społecznej jest wsparcie w uzyskaniu kwalifikacji zawodowych i w uzupełnieniu wykształcenia. Integracja zawodowa pozwala na wejście w nową rolę społeczną – rolę pracownika – co może być istotnym czynnikiem w profilaktyce nawrotów (Shinkfield, Graffam 2009).

Leczenie substytucyjne

Leczenie substytucyjne jest farmakologiczną metodą leczenia osób **uzależnionych od opioidów¹¹ (opiatów)¹²**. Leczeniu temu poddawane są osoby uzależnione głównie od heroiny. Terapia polega na nieograniczonym w czasie podawaniu substancji (przede wszystkim metadonu, a także buprenorfiny) o właściwościach zbliżonych do właściwości heroiny. Jak wykazały badania, krótkoterminowe leczenie metadonem okazało się mniej skuteczne (Verster, Buning 2000).

Mimo istnienia głosów krytycznych wobec terapii substytucyjnej i jej pewnych negatywnych aspektów (np. związane pacjenta z miejscem podawania leku, bierność osób pozostających przez wiele lat w tym samym modelu leczenia, objawy abstynencyjne u noworodków, których matki poddane były terapii substytucyjnej) (Verster, Buning 2000), korzyści z leczenia substytucyjnego znacznie przewyższają ewentualne uboczne konsekwencje, przede wszystkim umożliwiają zmniejszanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków, a także charakteryzują się znaczną skutecznością w zapobieganiu nowym zakażeniom chorobami przenoszonymi drogą krwionośną (Habrat 2006). Terapia substytucyjna przyczynia się do redukcji używania nielegalnych narkotyków, redukcji zachowań przestępczych i redukcji liczby zgonów w wyniku przedawkowania. Stosowana jest głównie ambulatoryjnie, co

¹¹ Opioidy to wszystkie substancje, które działają na receptory opioidowe.

¹² Opiaty to psychoaktywne alkaloidy opium. Zalicza się do nich m.in. morfinę i kodeinę (naturalne opiaty) czy heroinę i buprenorfinę (opiaty syntetyczne).

umożliwia reintegrację społeczną (podjęcie nauki lub pracy). Leczenie substytucyjne wymaga codziennego zgłaszania się po lek, co umożliwia lepsze rozpoznawanie problemów zdrowotnych, psychicznych i społecznych pacjenta, a także kontrolę / leczenie w zakresie chorób somatycznych.

Co ważne, leczenie substytucyjne nie stoi, wbrew obiegowym poglądom, w opozycji do oddziaływań psychospołecznych: akceptacja programu przez pacjentów umożliwia dobrą współpracę, codzienny kontakt i przeprowadzanie psychoterapii i innych oddziaływań (Habrat 2006). Poprawia funkcjonowanie w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym (Palacz-Chrisidis 2014). Leczenie substytucyjne jest też korzystne dla ogółu społeczeństwa: prowadzi do poprawy zdrowia publicznego, redukcji poziomu przestępczości i kosztów (w wydatkach na służbę zdrowia, opiekę społeczną i wymiar sprawiedliwości) (Palacz-Chrisidis 2014).

Świadczenia terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (podwójna diagnoza)

Wzrost liczby pacjentów, u których współwystępują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) i poważne schorzenia psychiczne, takie jak na przykład schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa (Sheehan 1993, za: Wojnar 2021), spowodował konieczność wypracowania nowej jakościowo oferty leczniczej (Jabłoński 2012a). W roku 1995 w ośrodku „Familia” w Gliwicach, z inicjatywy lekarza psychiatry Andrzeja May-Majewskiego, powstał pierwszy program dla pacjentów z podwójną diagnozą psychiatryczną. Tym samym wzorzec społeczności terapeutycznej został uzupełniony o leczenie psychiatryczne.

Związek przyczynowo-skutkowy nadużywania substancji psychoaktywnych i występowania psychoz może być różny:

- nadużywanie narkotyków może pełnić funkcję mechanizmu spustowego psychozy;
- nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą samoleczenia choroby, jest więc wtórne wobec psychozy;
- nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków;
- nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być przypadkową koincydencją dwóch zaburzeń – schizofrenii i uzależnienia (Meder, Kałwa, Rosenfeld 2006).

Właściwe rozpoznanie i prowadzenie odpowiedniego leczenia są kluczowe nie tylko dla zainicjowania i utrzymania abstynencji, ale również dla uzyskania remisji towarzyszącego zaburzenia psychicznego (Wojnar, Bisaga 2012). Obecnie najbardziej przekonujące i popularne są programy leczenia zintegrowanego, łączącego leczenie choroby psychicznej i uzależnienia, prowadzone przez ten sam zespół terapeutyczny (Kavanagh, Mueser 2007, za: Wojnar, Bisaga 2012).

Podstawą zintegrowanego programu leczenia jest założenie, że duże zaburzenie psychiczne (np. schizofrenia czy zaburzenie afektywne) jest leczone w trakcie udziału pacjenta w procesie terapii uzależnienia. Leczenie zintegrowane prowadzi się z reguły w jednym ośrodku terapeutycznym, co pozwala pacjentowi związać się z jednym miejscem i jedną grupą terapeutów i uniknąć zawieszenia lub rozdarcia między dwoma placówkami. Jeden zespół terapeutów jest w stanie zintegrować cele leczenia, ustalić ich właściwą hierarchię oraz ułatwić zbadanie wzajemnych zależności między współwystępującymi zaburzeniami (Wojnar, Bisaga 2012, s. 308).

Na początku leczenia kluczowe jest podjęcie decyzji o miejscu jego prowadzenia (poradnia, oddział dzienny czy oddział całodobowy). Jeśli u pacjenta występuje zaostrzenie choroby (np. omamy, urojenia, znaczne zaburzenia myślenia, pobudzenie lub stan osłupienia, lęk) i stan psychiczny nie pozwala na rozpoczęcie psychoterapii, a dodatkowo przez swoje gwałtowne i agresywne zachowania chory może stwarzać duże zagrożenie dla otoczenia i/lub siebie samego, początek leczenia powinien nastąpić w oddziale stacjonarnym z możliwością zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu leczenia (Wojnar, Bisaga 2012).

Celem terapii uzależnienia u osób z podwójną diagnozą powinno być uzyskanie i utrzymanie całkowitej abstynencji. Powrót do picia kontrolowanego lub sporadycznego używania „miękkich” narkotyków nie jest bezpieczny dla osób z dużymi zaburzeniami psychicznymi, ze względu nie tylko na ryzyko zaostrzenia ich objawów przez substancje uzależniające, lecz także możliwość interakcji z przyjmowanymi lekami psychotropowymi, co często powoduje intoksykację, nawet po zażyciu niewielkich ilości środków psychoaktywnych (Wojnar, Bisaga 2012, s. 308).

Złożoność zaburzeń powoduje trudności w leczeniu farmakologicznym i psychoterapeutycznym (Meder, Kałwa, Rosenfeld 2006). Do najbardziej efektywnych w leczeniu współwystępujących zaburzeń psychicznych należą techniki terapii motywacyjnej, terapii poznawczo-behawioralnej, programy zapobiegania nawrotom, grupy wsparcia, trening *mindfulness*¹³. W większości przypadków istotne znaczenie ma udział pacjentów w grupach samopomocowych, na przykład Anonimowych Alkoholików czy Anonimowych Narkomanów (Wojnar, Bisaga 2012).

Program Redukcji Szkód

Na koniec należy wspomnieć o programie Redukcji Szkód, który nie jest elementem systemu lecznictwa uzależnień (stąd jedynie zasygnalizowanie podejścia), ale stanowi ważny obszar pomocy dla osób z problemem (głównie) narkotykowym, które nie chcą bądź nie potrafią zachować całkowitej abstynencji. Strategia ta ma na celu „minimalizowanie negatywnych zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych konsekwencji używania narkotyków – w wymiarze indywidualnym samych użytkowników

¹³ Trening uważności to ćwiczenia umysłu o wszechstronnym zastosowaniu, nawiązujące do różnych technik medytacyjnych, ze szczególnym wskazaniem na buddyzm. Osobom zainteresowanym polecam prace twórcy treningu uważności – Jona Kabat-Zinna.

ników, ich rodzin i społeczności, w których żyją, bez stawiania im warunku zaprzestania używania tych substancji” (Palacz-Chrisidis 2014, s. 139).

Redukcja szkód jest działaniem w obszarze zdrowia publicznego, które nie kładzie nacisku na ograniczenie zażywania środków psychoaktywnych, ale ma na celu redukcję jego szkodliwych skutków.

Leczenie dzieci i młodzieży

Stosowanie określonych metod terapii w stosunku do dzieci i młodzieży wymaga dostosowania ich do specyfiki okresu dorastania, stopnia uzależnienia oraz zakresu problemów związanych z używaniem środków odurzających. Jak zwraca uwagę Jolanta Koczurowska, zazwyczaj pierwszy kontakt małego klienta z placówką terapeutyczną inicjowany jest przez rodziców czy bliskich.

Skuteczność wszelkich oddziaływań zależy od staranności, z jaką zostaną rozpoznane potrzeby osoby dorastającej, związane z etapem rozwojowym, a także z problemami wynikającymi z używania narkotyków (Koczurowska 2012a). Decyzja o tym, jaki program leczenia czy terapii będzie najbardziej odpowiedni dla określonej osoby, jest kluczowym elementem w postępowaniu z młodymi ludźmi biorącymi narkotyki. Jest też jednym z najważniejszych warunków udzielenia skutecznej pomocy. Każda forma organizacji postępowania terapeutycznego: ambulatoryjna czy stacjonarna, otwarta czy zamknięta, czy też taka, która dąży jedynie do redukcji szkód, powinna – zdaniem specjalistów – obejmować ofertę pomocową przystosowaną do młodzieży dorastającej, same zaś programy leczenia powinny być zróżnicowane i skierowane osobno do tych młodych ludzi, którzy eksperymentują z narkotykami, a osobno do tych, którzy intensywnie ich używają. Poważnym błędem w postępowaniu z młodzieżą używającą narkotyków jest stosowanie takich samych form i metod oddziaływania w stosunku do młodych osób z różnymi problemami i w różnym stopniu uwikłanych w narkotyki (Koczurowska 2012a).

Osoby dorastające mogą uzyskać pomoc w różnego rodzaju programach terapeutycznych, odznaczających się różną intensywnością, długością trwania i warunkami, w jakich są prowadzone.

Ambulatoryjne formy pomocy różnią się pod względem poziomu intensywności i czasu trwania. Wśród form terapii dla dorastającej młodzieży można wyróżnić: dialog motywujący, interwencje, poradnictwo, programy dziennej opieki, terapię chemiczną.

Programy dziennej opieki mają charakter ustrukturalizowanej terapii. Jest to najbardziej intensywna forma terapii otwartej proponowana dorastającej młodzieży wykazującej wysoki poziom dysfunkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, ale nie wymagającej leczenia w programach zamkniętych. Programy dzienne mogą trwać od kilku godzin tygodniowo do regularnego pobytu 5 dni w tygodniu. W ramach prowadzonego programu stosuje się różne formy terapii indywidualnej i grupowej, terapii rodzinnej i środowiskowej. Zazwyczaj w programach dziennych proponuje się też zajęcia dotyczące rozwoju osobistego osób dorastających oraz różne,

atrakcyjne formy spędzania wolnego czasu i rekreacji. Jest to forma pracy z młodzieżą dorastającą, średnio zaawansowaną w używanie narkotyków, dość dobrze zmotywowaną do zmiany swoich wadliwych postaw i zachowań. Z reguły jest to ten typ pacjenta, który znalazł się z powodu brania narkotyków w sytuacji kryzysowej (wydalenie ze szkoły, konflikt z prawem, utrata pozycji społecznej, utrata bliskiej osoby), który charakteryzuje się wysokim stopniem samoświadomości własnej sytuacji, którego środowisko społeczne (w tym rodzina) jest prawidłowe i pomocne i który nie wymaga leczenia w programach stacjonarnych (Koczurowska 2012a).

Niezwykle ważnym czynnikiem pomocy jest praca z rodziną. Celem terapii jest poprawa relacji wewnątrzrodzinnych, nauka rozwiązywania konfliktów i poprawa komunikacji między członkami rodziny. Terapia „wyposaża” rodziców w umiejętności potrzebne w kontakcie z dorastającym dzieckiem, motywuje do dalszego pomagania dziecku z problemem narkotykowym, dodaje odwagi, zachęca do aktywnego spędzania czasu z własnym dzieckiem.

Terapia chemiczna stosowana jest w szczególnych przypadkach i ma charakter terapii przejściowej.

Detoksykacja najczęściej trwa od 6 do 14 dni i odbywa się w systemie całodobowej opieki medycznej i psychologicznej. Może być prowadzona tylko przez wykwalifikowany personel i pod kierunkiem lekarza. Z reguły po programach detoksykacyjnych zaleca się dalszą terapię.

Rehabilitacja jest modelem długoterminowej (najczęściej około dwunastomiesięcznej) terapii stacjonarnej, obejmującej rehabilitację psychospołeczną i reintegrację społeczną. Forma ta jest przeznaczona dla młodych ludzi z wieloma problemami, zwłaszcza tych z występującymi jednocześnie zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. Większość programów stacjonarnych wykorzystuje metodę społeczności terapeutycznej.

W prawie każdym z prezentowanych programów leczenia stosowane są różne metody terapii, wywodzące się z różnych orientacji teoretycznych. Podobnie jak w przypadku uzależnionych dorosłych, metoda społeczności terapeutycznej ze względu na filozofię, strukturę i funkcje świetnie sprawdza się również w pracy z osobami dorastającymi, używającymi narkotyków. Metoda społeczności terapeutycznej jest formą ustrukturalizowanej terapii, z jasno określonymi zasadami i regulaminem, a filozofia opierająca się na wierze, że każdy człowiek może się zmienić, sprzyja budowaniu środowiska, które jest atrakcyjne dla nastolatków.

Spółeczność terapeutyczna a leczenie środowiskowe

Spółeczność terapeutyczna jako metoda leczenia osób uzależnionych powstała w Stanach Zjednoczonych w 1958 roku, w czasie gdy inne systemy terapeutyczne, zwłaszcza zorientowane medycznie, nie odnotowywały znaczących osiągnięć w leczeniu alkoholików i narkomanów. Jak zwraca uwagę Jolanta Koczurowska, ruch

społeczności terapeutycznych kształtował się właściwie poza nurtem psychiatrii i psychologii (Koczurowska 2012b).

Społeczność terapeutyczna jest podstawową metodą stosowaną w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego (Strzelecki 2018). Jest ona do dziś nie tylko jedną z najbardziej powszechnych, ale też jedną z najskuteczniejszych metod pracy z osobami uzależnionymi. „Za największą zaletę tej metody można uznać fakt, że stanowi pewnego rodzaju społeczno-psychologiczne leczenie środowiskowe posługujące się dynamicznym kontekstem żyjącej wspólnie grupy. Skupia się na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia” (Koczurowska 2012b, s. 184).

Nawiązując do definicji George’a De Leona, społeczność terapeutyczna oznacza podstawową metodę (oddziaływanie grupowe), za pomocą której realizowane są główne cele terapeutyczne, czyli zmiana stylu życia, przekonań i wartości poszczególnych członków społeczności (De Leon 2003). „Wielu znakomitych psychologów, psychiatrów, socjologów i kryminologów (m.in. Moreno, Rogers, Maslow, Yablonsky, Casriel, Bassin, Deitch, De Leon) ma swój niebagatelny wkład w rozwój zarówno filozofii, koncepcji, jak i technik oraz metod funkcjonowania społeczności terapeutycznej” (Koczurowska 2012b, s. 185).

Najstarszą społeczność terapeutyczną we wschodniej części Europy – Monar – utworzył Marek Kotański. Było to w 1978 roku w Głoskowie koło Garwolina (więcej Kamińska 2021). W 1981 roku powstała katolicka wspólnota „Betania”. W kolejnych latach stworzono w Polsce 20 ośrodków Monaru, a w 1987 – Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN. Z inicjatywy Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii powstał ośrodek dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w Wólce Przybojewskiej, w Gliwicach zaś pierwszy w Polsce ośrodek dla osób z podwójną diagnozą, pracujący metodą społeczności terapeutycznej. Na południu kraju z inicjatywy księdza, profesora Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Czesława Cekiery, został utworzony Katolicki Ośrodek Wychowawczo-Resocjalizacyjny dla młodzieży, a w Grzmiącej koło Warszawy pierwszy publiczny długoterminowy ośrodek leczenia uzależnień (Koczurowska 2012b).

Osoby poszukujące pomocy w związku z uzależnieniem od narkotyków (ciężkim zaburzeniem używania substancji psychoaktywnych) znajdują się zazwyczaj w rozległym kryzysie, obejmującym wszystkie lub prawie wszystkie wymiary funkcjonowania fizycznego, intrapsychnicznego, interpersonalnego, społecznego i duchowego, połączonym z subiektywnie motywowaną potrzebą, a później często także z obiektywnym przymusem ciągłego bądź okresowego przyjmowania substancji psychoaktywnych. Osoby te utożsamiają – do pewnego tylko stopnia słusznie – stan, w jakim się znajdują z używaniem narkotyków, a swój problem identyfikują z brakiem umiejętności ich odstawienia. Koncentrują się one w związku z tym – i tego najczęściej oczekują od terapeutów – na ponawianych, zazwyczaj bezskutecznych próbach utrzymywania abstynencji narkotykowej. Odstawienie substancji – wbrew oczekiwaniom – nie tylko jednak nie uwalnia od odczuwanego przez te osoby dyskomfortu psychofizycznego, ale wręcz nasila jego symptomy. Dzieje się tak dlatego, że uzależnienie od narkotyków –

generując co prawda swoiste dla siebie problemy na poziomie objawowym – nie stanowi rzeczywistego źródła problemów, ale samo jest objawem innego pierwotnego źródła problemów (Strzelecki 2018, s. 28)

W związku z tym w koncepcji społeczności terapeutycznej uzależnienie od narkotyków nie stanowi odrębnej, samoistnej jednostki chorobowej (choć oczywiście znajduje swoje miejsce w klasyfikacjach nozologicznych¹⁴), ale samo w sobie jest objawem głębokiego, wieloaspektowego zaburzenia człowieka jako całej osoby. Cele terapii w koncepcji społeczności terapeutycznej powinny więc mieć charakter nie tyle objawowy, ile przyczynowy. Przyczynowość ta oznacza takie przemodelowanie się czy też samoprzemodelowanie uzależnionego, by uzyskał on lub odzyskał (jeśli taką miał) zdolność do satysfakcjonującego życia w możliwym do osiągnięcia dobrostanie bez używania narkotyków i bez innych zachowań o destrukcyjnym charakterze (Strzelecki 2018).

Zgodnie z opinią Światowej Federacji Społeczności Terapeutycznych (The World Federation of Therapeutic Communities) podstawowym celem społeczności terapeutycznej jest wspieranie rozwoju osobistego, co jest możliwe do osiągnięcia dzięki zmianie indywidualnego stylu życia przy pomocy grupy ludzi połączonych wspólnym problemem i zaangażowanych we wspólną pracę, aby pomóc sobie samym i innym mieszkańcom społeczności¹⁵.

Społeczność terapeutyczna nie jest zbiorem pacjentów ośrodka stacjonarnego, nie jest jedynie typem grupowych zajęć terapeutycznych czy jedynie środowiskiem leczniczym. Jest sposobem organizacji zbiorowego życia pacjentów w ośrodku stacjonarnym. Metoda społeczności terapeutycznej jest „najlepiej dostosowana do terapeutycznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych potrzeb rehabilitacji narkomanii, warunkowanych złożoną i wieloaspektową, manifestującą się w całym spektrum życia jednostki naturą uzależnienia” (Strzelecki 2018, s. 29).

Metoda ta, w tradycji zarówno europejskiej, jak i amerykańskiej (Strzelecki 2018), charakteryzuje się kilkoma fundamentalnymi, z punktu widzenia efektywności oddziaływań, właściwościami. Jest ona najprawdopodobniej jedyną metodą, która umożliwia skonstruowanie „całodobowej rzeczywistości terapeutycznej” bez narkotyków i przemocy: „narkotyki «są wszędzie» – w szkołach, na ulicach, w klubach, na dworcach, a nawet w więzieniach. We właściwie funkcjonującym ośrodku ich nie ma” (Strzelecki 2018, s. 29). Jak zauważa Janusz Strzelecki, metoda ta daje możliwość konstruktywnego wykorzystania przerw między poszczególnymi elementami leczenia i terapii. Przerw szczególnie niebezpiecznych dla pacjentów uzależnionych, a najbardziej – dla uzależnionych od opioidów. W terapii indywidualnej i grupowej istotne jest to, co się dzieje w trakcie poszczególnych sesji, po których następuje przerwa, kiedy

¹⁴ Główny podział klasyfikacji chorób opiera się na ich etiologii, patogenezie oraz objawach chorobowych.

¹⁵ The World Federation of Therapeutic Communities.

wszyscy się rozchodzą, w nieprzewidywalną, pełną zagrożeń i niebezpieczeństw „nie-terapeutyczną” rzeczywistość. W ośrodku nie ma przerw, istotne jest wszystko. Wszystko bądź niemal wszystko ma swój terapeutyczny wymiar. Wszystkie codzienne czynności: praca, nauka, zabawa, czas poświęcony na odpoczynek i na refleksję. Można powiedzieć z pewną przesadą, że w ośrodku terapia odbywa się cały czas, 24 godziny na dobę. Niezależnie od tego, kiedy się to dzieje – w trakcie zajęć terapeutycznych czy na przykład podczas przygotowywania posiłków. Nierzadko zresztą więcej się dzieje między zajęciami niż w ich trakcie. Materiałem do pracy terapeutycznej staje się wszystko, co się dzieje z pacjentami, pomiędzy pacjentami oraz pomiędzy pacjentami a personelem. I nikt się nigdzie nie rozchodzi, wszyscy zostają (Strzelecki 2018, s. 29).

Środowisko fizyczne społeczności, panujące w niej zasady, regulaminy, organizacja procesu terapii, porządek dnia, codzienne formy aktywności, pełnione role, rytuały, zwyczaje czy rola i zadania personelu stanowią swoistą reprezentację społecznej rzeczywistości, która sprzyja socjalizacji i procesowi zdrowienia (De Leon 2003). Występujące w społeczności elementy organizacyjne i strukturalne stanowią o unikatowym modelu leczenia psychospołecznego (Koczurowska 2012b). Z tego choćby powodu nie ma dwóch takich samych społeczności i ośrodków (Strzelecki 2018).

Metoda społeczności terapeutycznej umożliwia stworzenie takiego środowiska leczniczego, by stało się ono substytutem rodziny (De Leon 2003). Wspólnota daje oparcie i akceptację, poczucie bezpieczeństwa i przynależności, umożliwiając w ten sposób skorygowanie niektórych elementów procesu wychowawczego. Społeczność terapeutyczna pozwala na wytworzenie środowiska leczniczego w taki sposób, aby spełniało ono funkcję mikrosoczeństwa (De Leon 2003), umożliwiając członkom społeczności naukę funkcjonowania społecznego w bezpiecznych, „treningowych” warunkach. Społeczność staje się odpowiednikiem zewnętrznego społeczeństwa:

jej członkowie przyjmują określone role społeczne, mają zarówno swoje prawa, przywileje, jak i obowiązki. W społeczności istnieje podział zadań, poszczególne stanowiska, hierarchia i kolejne szczeble kariery. Społeczność ma swój własny minisystem prawny (regulamin). Ma organy władzy ustawodawczej (zebranie społeczności), wykonawczej (najczęściej tzw. zarząd), własną policję (nazywaną zazwyczaj ochroną), a nawet granice, które – niemal jak w państwie – nie każdy i nie zawsze może przekroczyć. Społecznością terapeutyczną rządzą podobne prawa jak innymi społecznościami czy społeczeństwami. Są w niej środowiska opiniotwórcze, grupy nacisku, jest walka o wpływy, zdarza się nieuczciwa konkurencja, zdarzają zamachy stanu. Mogą się pojawić nadużycia władzy, dyktatura, a nawet kult jednostki (to niewątpliwie największe zagrożenia). Dojrzała społeczność potrafi sobie jednak z tym poradzić (Strzelecki 2018, s. 29).

Metoda ta umożliwia także takie ukonstytuowanie środowiska leczniczego, aby spełniało ono rolę swoistej szkoły życia, szkoły permanentnej, bo nie zaocznej ani nawet dziennej, ale całodziennej czy też całodobowej. Ośrodki funkcjonują podobnie jak szkoły. Ale są to szkoły, w których materiałem do przyswajania wiedzy i umiejętności jest codzienna rzeczywistość (Strzelecki 2018). Uczestnicy programu

zarządzają domem (ośrodkiem), ponoszą odpowiedzialność za wszystko, co się w nim dzieje. Pełniąc określone role, uczą się osobistej i społecznej odpowiedzialności. Grupa, która mieszka razem, jest nieustannym źródłem informacji dla pozostałych członków społeczności (Koczurowska 2012b).

Metoda ta daje niezwykle cenną okazję do uczenia się przez społeczną interakcję „tu i teraz” (Kooyman 2002, s. 21, za: Strzelecki 2018, s. 31), przyswajania norm społecznych oraz osobistego rozwoju, a zwłaszcza budowania poczucia własnej tożsamości i samoakceptacji (Koczurowska 2012b). Społeczności terapeutyczne mają najczęściej swoje siedziby w dworkach lub gospodarstwach położonych z dala od aglomeracji miejskich. Przylegający do ośrodka teren jest zazwyczaj oznakowany i stanowi odrębne, niezależne od otoczenia zewnętrzne terytorium. Panujące na tym obszarze zasady i zwyczaje służą przede wszystkim bezpieczeństwu, stanowią o przynależności do wyraźnie określonego miejsca, zaznaczają pewien porządek i ład. W obrębie miast mają swoje domy głównie społeczności dziecięco-młodzieżowe ze względu na konieczność realizacji obowiązku szkolnego, na dostęp do kultury i rekreacji (Koczurowska 2012b).

Społeczność terapeutyczna, z uwagi na działające w niej czynniki lecznicze, jest jednym z najbardziej korzystnych środowisk terapeutycznych, umożliwiających realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Więcej – doświadczenie pokazuje, że stosowanie najbardziej nowoczesnych procedur medycznych, bez zadbania o środowisko terapeutyczne, najczęściej skazane jest na niepowodzenie (Koczurowska 2012b, s. 198).

Przykład społeczności terapeutycznej pokazuje, że idea leczenia środowiskowego może być realizowana również poza miejscem zamieszkania i tzw. środowiskiem naturalnym osoby uzależnionej, i to często z o wiele lepszym skutkiem.

Model Minnesota

Na koniec pragnę jedynie wspomnieć¹⁶ o znamienitym modelu leczenia uzależnień, wykorzystującym pewne elementy społeczności terapeutycznej w leczeniu stacjonarnym osób uzależnionych. Wiele placówek dla osób uzależnionych od alkoholu, ale też niektóre dla pacjentów uzależnionych od narkotyków, realizuje w swoim programie zdrowienia koncepcje terapeutyczne nazywane wspólnym terminem – model Minnesota.

Stworzony w latach 40. XX wieku w Stanach Zjednoczonych model polegał nie tylko na odejściu od psychiatrycznej tradycji rozumienia alkoholizmu, ale też na stworzeniu konkretnego programu, który nie ograniczałby się, jak wcześniej, do krótkiej detoksykacji i pobytu osoby uzależnionej w oddziale psychiatrycznym wraz

¹⁶ W Polsce model ten jest w znakomitej większości wykorzystywany w leczeniu uzależnienia od alkoholu, na którym nie koncentruję się w tym tekście, stąd skrótowe potraktowanie.

z pacjentami psychotycznymi. Potrzeba takiego podejścia okazała się tak wielka, że od wielu lat podobne ośrodki powstają również w Europie, w tym w Polsce, gdzie model Minnesota stał się inspiracją dla leczenia odwykowego. Nowatorski charakter programu polega na systemowym podejściu do choroby, uwzględniającym aktywny udział w procesie terapeutycznym osób bliskich, a także na wykorzystaniu w terapii interdyscyplinarnego zespołu z udziałem psychologów, lekarzy, pracowników socjalnych, pielęgniarek, księży, ale też przeszkolonych specjalistów, wywodzących się spośród alkoholików lub narkomanów, zdrowiejących z pomocą programu AA/AN (Rachowska 2012a). Stosując metodę społeczności terapeutycznej, wykorzystywano każdą aktywność pacjenta, która mogła stanowić katalizator pozytywnych zmian zachowania. Zajmowano się przede wszystkim zachowaniem nałogowym, pomocą w zmianie stylu życia związanego z nałogiem, a tym samym modyfikacją wielu różnorodnych czynników, które uruchamiają lub podtrzymują zachowania nałogowe. Uczestnictwo w programie trwa około 60 dni, co wymaga intensywnej pracy (Rachowska 2012a).

Zakończenie

Po okresie transformacji ustrojowej, wraz ze wzrostem dostępności różnych środków psychoaktywnych ich zażywanie przestało dotyczyć marginalnej części społeczeństwa (Rogała-Obłąkowska 1999). Od tego czasu można mówić nie tylko o nowym okresie w polskiej narkomanii, ale i o kulturowych przeobrażeniach, które spowodowały zmianę miejsca używek w otaczającej rzeczywistości. Pojawiały się nowe środki, zmienił się model zażywania substancji psychoaktywnych.

O ile w kulturach tradycyjnych substancje psychoaktywne były przede wszystkim elementem kultu, a ich stosowanie związane było ze sferą rytualną, o tyle współcześnie stały się niemal powszechnym składnikiem rzeczywistości społecznej. Jak dowodzi wiele prac (Blum 1970), rytualne zastosowanie substancji psychoaktywnych w społecznościach tradycyjnych było elementem kontynuowania tradycji, środkiem umożliwiającym wpisanie się w to, co pewne i trwałe, wyrazem akceptacji zastanego porządku społecznego (Furst 1990). W rozwiniętych społeczeństwach Zachodu sytuacja wyglądała odwrotnie: przez dziesięciolecia substancje psychoaktywne służyły zanegowaniu owego porządku, stały się formą ucieczki od tego, co społecznie akceptowane i utrwalane: wartości, norm, obyczajów. Bywały drogą egzystencjalnych poszukiwań, stymulatorem weny twórczej, środkiem wzmacniającym odbiór artystyczny, a także elementem rozrywki.

Współczesny model zażywania substancji psychoaktywnych wyraźnie koliduje z rozpowszechnianymi przez lata poglądami, jakoby „każde pokolenie potrzebowało jakichś środków chemicznych, by radzić sobie z życiowymi problemami” (Davenport-Hines 2006, s. 368). Młodzi ludzie zażywający narkotyki dla rozrywki, a taki właśnie model przeważa, traktują je zazwyczaj jako przejściową i wyraźnie eksperymentalną

fazę w życiu¹⁷. Owa chęć eksperymentowania podyktowana jest ich wiekiem i wynikającymi z niego „przywilejami”: brakiem obaw o własne zdrowie i życie, związanym z silnym mechanizmem izolowania od siebie zagrożeń, uleganiem najbliższemu środowisku czy ciekawością ekstremalnych doznań. Same narkotyki wydają się dziś zaspokajać w znacznie większym stopniu potrzeby konsumpcyjne niż egzystencjalne (Hoffmann 2014).

Postępującemu rozprzestrzenianiu się używek w kulturze masowej towarzyszyła ich stopniowa egalitaryzacja i oswojenie się z ich istnieniem. O ile jeszcze w drugiej połowie lat 90. istniało w świadomości ludzi młodych wyraźne rozgraniczenie na narkotyki „miękkie” (nieszkodliwe) i „twarde” (niebezpieczne), w latach kolejnych doszło do wyraźnej zmiany postaw. Kultura klubowa oswoiła z przekonaniem, że narkotyki twarde (amfetamina, MDMA, kokaina) i substancje halucynogenne (LSD) wpisują się we współczesną rzeczywistość, a ich zażywanie nie wyklucza z tzw. normalnej społeczności. Wyraźnie zarysowały się zmiany modelu zażywania narkotyków, zmianie uległy środowiska zainteresowane narkotykami. Przeobrażenia zaszły również w modelu funkcjonowania społecznego osób biorących narkotyki (więcej Hoffmann 2014).

W związku ze zmianami, które wciąż zachodzą na krajowej scenie narkotykowej, obecny system leczenia uzależnień stanął przed nowymi wyzwaniami, takimi jak wzrost używania substancji innych niż dominujące dawniej opioidy oraz wzrost przyjęć do lecznictwa osób z rozpoznaniem używania wielu substancji psychoaktywnych (*multiple drug use, polydrug use [abuse], polytoxicomania*)¹⁸, w tym powszechne obecnie używanie alkoholu w połączeniu z konopiami indyjskimi i innymi narkotykami czy tabletkami (najczęściej benzodiazepinami) (Maremmani, Shinderman 1999, za: Jabłoński 2012b), stosowanymi w celach pozamedycznych. Jednocześnie obserwuje się znaczne zróżnicowania terytorialne w obrazie używania substancji, co powinno znajdować odzwierciedlenie w różnorodności dostępnej oferty leczniczej i w strukturze organizacyjnej leczenia uzależnień (Jabłoński 2012a).

Zmiana charakterystyki pacjentów i zażywanych substancji psychoaktywnych winna się spotkać z reakcją w postaci dostosowania form instytucjonalnej i profesjonalnej oferty leczniczej do potrzeb osób uzależnionych i używających narkotyków w sposób szkodliwy. Jak zaznacza Piotr Jabłoński, „zignorowanie zaobserwowanych zmian w obrazie trendów epidemiologicznych i społecznych może sprawić, że podejmowane wysiłki terapeutyczne będą nieproduktywne – zarówno z punktu widzenia zdrowia publicznego, jak i potrzeb osób korzystających z terapii i rehabilitacji” (Jabłoński 2012b, s. 367).

¹⁷ Na podstawie badań własnych.

¹⁸ Definicja *multiple drug use*, wypracowana w 1994 r. przez WHO, obejmuje wymienne lub jednocześnie używanie wielu substancji psychoaktywnych. Jest to, inaczej mówiąc, konsumpcja „więcej niż jednej substancji psychoaktywnej lub jednej klasy narkotyków przez indywidualną osobę w tej samej jednostce czasowej lub w sekwencji czasowej” (więcej: Jabłoński 2012b).

W dyskusji na temat odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz usług świadczonych w społecznościach lokalnych należy przede wszystkim uwzględnić dobro pacjenta, ale i, co z tym związane, specyfikę uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Należy wziąć pod uwagę, że leczenie uzależnień jest procesem i pewne jego etapy mogą, a często wręcz muszą przebiegać w placówkach stacjonarnych (instytucjonalizacja), a inne poza placówką stacjonarną (deinstytucjonalizacja). Nie można jednoznacznie przesądzać, która z form leczenia, na jakim etapie uzależnienia i w jakim momencie życia osoby uzależnionej będzie właściwsza.

Pomysł odejścia od opieki stacjonarnej, realizowanej w placówkach, nie zawsze znajduje przełożenie na leczenie osób uzależnionych. O ile deinstytucjonalizacja usług dla dzieci, seniorów, osób z zaburzeniami psychicznymi czy z niepełnosprawnościami, polegająca na pozostawieniu ich w środowisku lokalnym, w tym także rodzinnym, może się przyczynić do odnoszenia korzyści przez te jednostki, o tyle w przypadku osób uzależnionych, przynajmniej na wstępnym etapie ich leczenia, może mieć skutki zgoła odwrotne.

W przypadku osób uzależnionych trudno mówić o korzystnym wpływie ograniczenia czasu przebywania w ośrodku odwykowym. Nie we wszystkich przypadkach sprawdzi się też ograniczenie leczenia do lecznictwa otwartego, tak jak wspomaganie terapią substytucyjną, która jest przeznaczona jedynie dla określonej grupy pacjentów.

Nie znaczy to w żadnym razie, że placówki ambulatoryjne czy oddziały pobytu dziennego nie są potrzebne. Są one koniecznym ogniwem w procesie leczenia, a dla wielu osób uzależnionych są jedynym wariantem pomocy medycznej, z jakiego korzystają, jednak to do lekarza / terapeuty i pacjenta powinna należeć decyzja o wyborze najwłaściwszej formy leczenia.



Pomoc osobom w kryzysie bezdomności. Od placówek doraźnego wsparcia do środowiskowych programów mieszkańciowych

Działania na rzecz osób bezdomnych w perspektywie historycznej

Opieka nad osobami bezdomnymi w Europie wywodzi się z tzw. kultury dobroczynności, opartej na legalnej i oficjalnej pomocy w religiach chrześcijańskich. Do momentu chrztu Polski pomoc ubogim polegała na obowiązkach wynikających z solidarności oraz tradycji ustroju rodowo-plemiennego (Radwan-Pragłowski, Frysztacki 1998). W średniowieczu zakony prowadziły hospicja i szpitale wewnątrz-klasztorne, a także domy, przytułki dla ubogich (*hospitale pauperum*). Bezdomni i inne osoby w potrzebie otrzymywali wyżywienie, odzież oraz nocleg bez żadnej selekcji. Na przełomie XIII i XIV wieku zaczęły powstawać szpitale z inicjatywy osób świeckich. Określenia *hospitale* używano na oznaczenie przytułku oraz kaplicy lub kościoła szpitalnego (Surdacki 2016). Rady miejskie współzarządzały majątkiem szpitalnym, który nadal stanowił instytucję kościelną pod nadzorem zakonów i parafii. W XVI i XVII wieku w miastach działały instytucje dyscyplinujące: tzw. domy pracy, przytułki i manufaktury żebracze, gdzie przymusowo umieszczani byli bezdomni, włóczędzy, żebracy i prostytutki. Za wykonaną pracę otrzymywali pożywienie i miejsce do spania (Chrapkowska-Zielińska 1996). Placówki te miały na celu nie tylko uniknięcie żebractwa, ale także pobudzenie pobożności ubogich.

Zamieszkujących na ulicach określano mianem ludzi „luźnych” (swobodnych), „zbędnych”, „swawolnych”. Inne popularne epitety to: „wagabundy”, „hultaje”, „wałęsy”, „wagusy”, „bandosy”, „łazęgi”, „szumowiny”, „gołota” (Baranowski 1986, s. 6; Królikowska 2004, s. 51–53). Od XV do XVIII wieku określenia te obejmowały ludzi nieobciążonych powinnościami, nieposiadających majątku, stałego miejsca

¹ Mariola Bieńko, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0001-9165-906X.

zamieszkania, źródła utrzymania. Powszechnie uznawani byli za zagrożenie społeczne, dlatego karano ich i usuwano z miast (Moraczewska 2013).

W okresie zaborów termin „bezdomność” był utożsamiany z ofiarami wojen i powstań. Mimo oporu zaborców zakładano w miastach Towarzystwa Dobroczynności, oferujące dach nad głową, pracę, opiekę medyczną oraz dożywianie osób bezdomnych. Dały one początek świeckiej filantropii na ziemiach polskich (Leś 2000). Działały, kierowane przez wspólnoty zakonne i religijne oraz stowarzyszenia świeckie, organizacje charytatywne: przytuliska, ogrzewalnie, noclegownie, domy całodobowej opieki, warsztaty pracy, domy dla bezdomnych dzieci, zakłady dla kalek i starców (Moraczewska 2013). Jednym z ich założycieli był Adam Bernard Chmielowski (znany jako Święty Brat Albert), który jako „biedny wśród biednych” stał się polskim prekursorem podejścia środowiskowego w pracy z osobami bezdomnymi (Rymsza 2013).

Po pierwszej wojnie światowej ustawa z 1923 roku o opiece społecznej (Dz.U. 1923, nr 92, poz. 726²) zapewniała prawo do pomieszczenia z opałem i światłem, pomocy higieniczno-sanitarnej oraz dostarczenie żywności, odzieży, obuwia. Jednocześnie w ramach zwalczania żebractwa i włóczęgostwa organizowano przytulki, domy pracy dobrowolnej i przymusowej (Leś 2000). Po drugiej wojnie światowej zwiększyła się liczba osób bezdomnych na skutek utraty rodziny, mieszkania, masowych migracji. Wprowadzona w 1947 roku ustawa o rozwodach nasiliła rozpad wielu rodzin. Negowano jednak istnienie problemu, bezdomność była kategoryzowana jako włóczęgostwo lub pasożytnictwo, a osoby, które spały na ulicy, były karane przez organy ścigania. Po 1950 roku zlikwidowano cały system pomocowy dla osób bezdomnych (głównie instytucji charytatywnych) wypracowany we wcześniejszych latach. Między innymi zawieszono działalność przytułków i noclegowni prowadzonych przez Caritas (lokalne związki Caritas powstawały na przełomie lat 20. i 30. XX wieku prawie we wszystkich diecezjach w Polsce). W latach 70. i 80. osoby bez dachu nad głową kierowano do hoteli robotniczych lub do „wielkich budowli socjalizmu”, głównie na Śląsk, do Nowej Huty, Warszawy i Trójmiasta. Rozwijano budownictwo mieszkaniowe, do końca PRL-u utrzymywano czynsze na minimalnym poziomie (Przymeński 2001).

Przemiany społeczno-polityczne i urynkowanie gospodarki w zakresie zatrudnienia spowodowały na przełomie lat 80. i 90. XX wieku masowe bezrobocie oraz falę bezdomności. Ustawa z 1990 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 1990, nr 87, poz. 506) zmieniła zasady polityki społecznej wobec osób bezdomnych. Odpowiedzialność za zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych, umożliwienie bytowania w warunkach odpowiadających ich godności, a także doprowadzenie ich do usamodzielnienia się i integracji ze środowiskiem ustawa nałożyła na organy administracji rządowej i samorządowej, które mają współpracować w zakresie pomocy bezdomnym z organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami o charakterze charytatywnym,

² Ustawę uchylono (dopiero) w 1990 r. [przyp. red.].

związkami wyznaniowymi, fundacjami oraz osobami fizycznymi i prawnymi. Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm., art. 75): „Władze publiczne prowadzą politykę sprzyjającą zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych obywateli, w szczególności przeciwdziałają bezdomności, wspierają rozwój budownictwa socjalnego oraz popierają działania obywateli zmierzające do uzyskania własnego mieszkania”. Obywatel pozostający bez pracy nie z własnej woli i niemający innych środków utrzymania ma prawo do zabezpieczenia społecznego (art.67).

W 2001 roku rozpoczęto regionalne, a w 2009 ogólnopolskie badania liczby osób bezdomnych. Przystąpienie Polski do struktur Unii Europejskiej w 2004 roku umożliwiło dostęp do środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), które stały się szczególnie istotne dla organizacji pozarządowych, wcześniej pozbawionych możliwości uzyskiwania środków o porównywalnie dużej skali na rzecz wspierania i aktywizacji osób bezdomnych. Polskie strategie przeciwdziałania bezdomności odwołują się do wytycznych europejskich. Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem dostępu do mieszkań zostały uwzględnione w zakresie realizacji działań na rzecz włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020 (Wytyczne MiiR 2019). Dofinansowanie przyznano w ramach ministerialnych programów osłonowych, obejmujących działania zapobiegające utracie mieszkania i bezdomności, które powodują wykluczenie społeczne. Do standaryzacji usług w obszarze bezdomności powołano partnerstwo składające się z agendy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz największych polskich organizacji pozarządowych zajmujących się bezdomnością. Przy wsparciu środków unijnych opracowano kompleksowy model systemu rozwiązywania problemu bezdomności (tzw. Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności), realizowany na poziomie gmin (Wytyczne MRPiPS 2018).

W dokumentach strategicznych zarówno europejskich (Europejska Grupa Ekspertów 2012), jak i polskich (SRUS 2022) rekomendowane są zasady deinstytucjonalizacji, które wymieniają wymogi w zakresie realizacji usług w społecznościach lokalnych. Warunkiem deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych skierowanych do osób bezdomnych jest indywidualizacja wsparcia, odpowiadająca życiu w środowisku domowym i rodzinnym. Wymaga to dostosowania praktyk pomocowych do osoby, a nie odwrotnie, pierwszeństwo jej potrzeb nad procedurami i wymaganiami organizacyjnymi. Kolejny warunek to kontrola i wybór. Osoby doświadczające bezdomności mają prawo podejmowania decyzji dotyczących własnego życia i kontroli nad proponowanymi praktykami pomocowymi, a także partycypacji w ich tworzeniu i zarządzaniu nimi. Zasadą pracy środowiskowej jest pełne uczestnictwo w życiu społeczności oraz dostęp do jej zasobów, korzystanie z sieci wsparcia społecznego (Olech 2022, s. 27–32).

Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe

Zgodnie z definicją określoną w ustawie z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.) istnieją przesłanki, kiedy można mówić o osobie bezdomnej: brak zamieszkania w lokalu mieszkalnym, brak zameldowania na pobyt stały oraz brak możliwości mieszkania w lokalu, w którym osoba jest zameldowana. Osoby doświadczające bezdomności umieszczane w domach pomocy społecznej czy zakładach opiekuńczo-leczniczych, podobnie jak osoby kierowane do mieszkania socjalnego czy chronionego zgodnie z ustawą, automatycznie przestają być bezdomnymi niejako z dnia na dzień.

Z perspektywy socjologicznej wchodzenie w bezdomność, podobnie jak wychodzenie z bezdomności, należy traktować jako proces, a nie moment, jednorazowe wydarzenie w życiu danej osoby. Twórcy standardów wychodzenia z bezdomności proponują uzupełniającą definicję, którą należy interpretować łącznie z definicją ustawową:

Osoba bezdomna to taka, która z różnych przyczyn, wykorzystując własne możliwości i uprawnienia, czasowo lub trwale nie jest w stanie zapewnić sobie schronienia spełniającego minimalne warunki pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne. Miejsce spełniające warunki mieszkalne to takie, które nadaje się do stałego przebywania bez narażania zdrowia i które umożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych: noclegu, zachowania higieny osobistej, sporządzania posiłków (Stenka, Olech, Browarczyk 2014, s. 23).

Eksperti Europejskiej Federacji Narodowych Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych (FEANTSA) wypracowali typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS. Przedmiotem typologii nie są osoby bezdomne, tylko ich sytuacje mieszkaniowe. Naruszenie domeny fizycznej, społecznej lub prawnej konstytuującej dom oznacza bezdomność lub wykluczenie mieszkaniowe opisane w czterech kategoriach koncepcyjnych, w ramach których występują poszczególne sytuacje mieszkaniowe:

- brak „dachu nad głową” (tzw. bezdachowość dotyczy bezdomnych określanych mianem „ulicznych” lub „pozaschroniskowych”) – zamieszkiwanie w przestrzeni publicznej lub miejscach niemieszkalnych, okazjonalne korzystanie z ogrzewalni i noclegowni;
- brak mieszkania (tzw. bezmieszkańczość) – zamieszkiwanie w schroniskach dla bezdomnych, placówkach dla ofiar przemocy, mieszkaniach tymczasowych i wspieranych, placówkach dla migrantów i uchodźców, sytuacje zbliżającego się opuszczenia instytucji (karnej, medycznej, pieczy zastępczej) bez rozwiązania mieszkaniowego, zakwaterowanie długoterminowe dla osób niegdyś bezdomnych w domach pomocy społecznej oraz domach wspólnotowych;

- niezabezpieczone mieszkanie – przebywanie „kątem” u rodziny lub przyjaciół, wynajem lokalu bez umowy lub zajmowanie go bez tytułu prawnego, zamieszkiwanie w lokalu z orzeczonym wyrokiem eksmisyjnym lub w lokalu, w którym stosowana jest przemoc domowa;
- nieodpowiednie mieszkanie – zamieszkiwanie we wszelkich nietypowych konstrukcjach niestanowiących mieszkania zgodnie z definicją prawną (szałasy, przyczepy campingowe, altany), zamieszkiwanie w lokalach substandardowych i skrajnie przeludnionych (ETHOS 2022)

Sytuacja życiowa osób doświadczających bezdomności

W rozważaniach na temat przyczyn bezdomności widoczny jest dychotomiczny podział na czynniki wynikające z ogólnej sytuacji społeczno-ekonomicznej (czynniki społeczne, makrospołeczne, endogenne) oraz związane z poszczególnymi osobami bezdomnymi (czynniki jednostkowe, psychologiczne, mikrospołeczne, egzogenne). Przyczyny bezdomności mają cztery główne źródła:

- indywidualne (m.in. uzależnienia, niepełnosprawność, zaburzenia psychiczne);
- społeczne (m.in. konflikty rodzinne, przemoc domowa, problemy w relacjach);
- instytucjonalne (pobyty w więzieniu, uchodźstwo);
- strukturalne (ubóstwo, bezrobocie, problemy mieszkaniowe) (Lech 2007, s. 84–92).

Dla zjawiska bezdomności charakterystyczna jest sekwencja zdarzeń do niej prowadzących. Wyróżnia się pięć etapów wchodzenia w stan bezdomności (tzw. syndrom bezdomności). Pierwszy etap (wstępny), trwający do dwóch lat, charakteryzuje się załamaniem programu życiowego w wyniku rozpadu związku uczuciowego, utraty pracy i źródła dochodu. Osoba nocuje u znajomych, na klatkach schodowych, w opuszczonych altanach na działkach, ale nie spostrzega swojej sytuacji w kategorii bycia bezdomnym. Stan ten traktuje jako przejściowy. Drugi etap (ostrzegawczy), utrzymujący się od dwóch do czterech lat, to czas pogłębiającego się ubóstwa. Zanikają kontakty z rodziną, bezdomny asymiluje się z innymi osobami z tego kręgu i współdzieli ich uzależnienia, odczuwa postępującą marginalizację społeczną. W okresie zimowym korzysta ze schronisk, próbuje podejmować działania na rzecz wyjścia z bezdomności, ale bez rezultatu. Jednak swój stan nadal traktuje jako przejściowy. Trzeci etap (adaptacyjny) obejmuje okres od czterech do sześciu lat, to stan akceptacji i uświadomienia sobie bycia bezdomnym oraz nabywania umiejętności i cech osób z tego środowiska (żebractwo, zbieractwo, włóczęgostwo, brak higieny osobistej, unikanie kontaktów z innymi ludźmi, uzależnianie się od instytucji pomocowych). Czwarty etap, tzw. chroniczny, trwa od sześciu do ośmiu lat i polega na przystosowaniu się do stanu bezdomności, podejmowaniu dorywczo pracy, by móc zapłacić za pobyt w schronisku. Kontakty z rodziną są zerwane lub sporadyczne.

Pogarsza się stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Wyjście z bezdomności na tym etapie udaje się osiągnąć niewielu osobom. Po 10 latach rozpoczyna się piąty etap, tzw. bezdomność właściwa, trwała. Powstaje tożsamość osoby bezdomnej, która utraciła samodzielność, poczucie sprawczości i kontroli nad życiem, a także motywację do wyjścia z bezdomności (Stankiewicz 2002, s. 42–44; Jażdżikowski 2000, s. 64–67).

Zjawisko bezdomności polega na kumulacji negatywnych cech położenia z różnych sfer życia. Osoby w kryzysie bezdomności charakteryzuje wykluczenie społeczne:

- na poziomie ekonomicznym (niski poziom wykształcenia, wykonywanie nisko opłacanej pracy, bezrobocie, ubóstwo, utrata prawa do zamieszkiwania lokalu);
- na poziomie społecznym (deficyty socjalizacyjne: brak więzi z rodziną pochodzenia oraz brak kontaktu z grupami odniesienia);
- na poziomie indywidualnym (deficyty emocjonalne: niska samoocena, brak zaufania do samego siebie, poczucie bezradności, brak dbałości o własną kondycję psychofizyczną, obojętność, apatia);
- na poziomie instytucjonalnym (deficyt poznawczy: brak wiedzy o możliwości uzyskania pomocy zarówno instytucjonalnej, jak i nieformalnej ze strony społeczeństwa) (Oliwa-Ciesielska 2006).

Ostatnie ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych przeprowadzone w nocy z 13 na 14 lutego 2019 roku podaje 30 330 osób doświadczających bezdomności. Wśród nich 83,6% stanowili mężczyźni, a 16,4% kobiety. Dla porównania w 2017 roku populacja bezdomnych liczyła 33 408, a w 2015 – 36 131 osób (Sprawozdanie MRPiPS 2015, 2017; Raport MRPiPS 2019).

Najczęstszymi deklarowanymi przyczynami bezdomności są konflikty w rodzinie (32,2%), uzależnienia (28%), eksmisje oraz wymeldowania (26,3% – które podczas poprzedniego badania uznawane były za główną przyczynę bezdomności), rozpad związku (18,4%), a także w mniejszej skali zadłużenie, bezrobocie, zły stan zdrowia. W 2019 roku najwięcej osób bezdomnych zdiagnozowano w przedziale wiekowym 41–60 lat. Około 80% to osoby rozwiedzione, owdowiałe, w separacji. Większość ma wykształcenie zawodowe lub podstawowe. Osoby bezdomne zwykle są bezrobotne, a jeżeli pracują, nie mają na ogół umowy o pracę. Po raz kolejny najczęściej podawanym przez osoby objęte badaniem źródłem dochodu był zasiłek z pomocy społecznej (38%). W drugiej kolejności podawano jednak emeryturę / rentę (15,8%), a nie, jak w 2017 roku, zbieractwo, które obecnie jest trzecim najczęściej deklarovany źródłem utrzymania (11,6%). Wciąż dość liczną grupę stanowią osoby, które utrzymują, że w ogóle nie mają dochodu (17,8%) (Sprawozdanie MRPiPS 2017; Raport MRPiPS 2019).

Najliczniejszą grupę stanowią obecnie osoby pozostające w kryzysie bezdomności od 5 do 10 lat (27,8%). Kolejna grupa to osoby bezdomne do 2 lat (23,4%). Okres pozostawania w bezdomności dla mężczyzn wynosi około 7 lat, dla kobiet około 5 lat, z tendencją rosnącą. Najmniej liczną grupą są osoby bezdomne od ponad 20 lat.

Bezdomne kobiety o wiele częściej znajdują się we wstępnej fazie bezdomności (41,8%) niż mężczyźni (28,8%). Mężczyźni częściej niż kobiety znajdują się w fazie długotrwałej i chronicznej (Raport MRPiPS 2019).

Bezdomni rzadko pozostają na stałe w jednym miejscu, osiedlają się na ogół w dużych miastach, gdzie znajduje się najwięcej placówek udzielających im pomocy, w okresie wiosenno-letnim migrują w poszukiwaniu prac sezonowych do małych miejscowości. 80,2% badanych osób przebywało w różnego typu placówkach, a 19,8% – poza placówkami, tj. w miejscach niemieszkalnych, lub zamieszkiwało tymczasowo, bez meldunku i nie z własnej woli u znajomych lub rodziny (Sprawozdanie MRPiPS 2017). Dane zebrane podczas badań to jedynie wartości szacunkowe. Liczba osób przebywających poza placówkami jest prawdopodobnie zdecydowanie wyższa. Wyniki ogólnopolskich badań z lat 2017 i 2019 ukazują systematyczny spadek liczby osób w kryzysie bezdomności, jednak nie sposób określić, w jakiej mierze stan ten jest efektem działań jednostek powołanych do realizacji zadań dotyczących bezdomności, a w jakiej wynika na przykład ze wzrostu liczby zgonów w tej grupie (Raport NIK 2020).

Bezdomność jest przykładem wielowymiarowego wykluczenia społecznego jednostki i grupy. Badacze zwracają uwagę na duży dystans i brak zaufania wobec siebie członków społeczności bezdomnych. W zdecydowanej większości należą do niej z przymusu i najczęściej odrzucają się wzajemnie (Przymeński 2001). Osobom doświadczającym bezdomności przypisuje się niemal wyłącznie cechy negatywne, tj. nieuczciwość, brak higieny, brak umiejętności współżycia społecznego, skłonność do nadużywania alkoholu i narkotyków, przestępczość. Tak skonstruowany obraz bezdomnego budzi niechęć i dezaprobatę (Nóżka 2006).

Zadania w zakresie pomocy społecznej na rzecz osób w kryzysie bezdomności

Głównymi narzędziami pomocy świadczonej osobom bezdomnym są praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne oraz instytucjonalne drogi dochodzenia do wyjścia z bezdomności, a także partnerstwo instytucji z innymi podmiotami w ramach wspólnych, innowacyjnych inicjatyw, których celem jest likwidacja barier przy rozwiązywaniu problemu bezdomności. Praca z osobami doświadczającymi bezdomności w dużej mierze spoczywa na jednostkach samorządu terytorialnego (tabela 1).

Na mocy ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2003, nr 96, poz. 873) organy administracji publicznej mają obowiązek współpracy ze wszystkimi organizacjami pozarządowymi na zasadach pomocniczości, suwerenności, partnerstwa, efektywności, uczciwej konkurencji i jawności. Punktem wyjścia jest strategia rozwoju samorządu oraz programy operacjonalizujące, zwłaszcza program rozwiązywania problemu bezdomności i program rozwiązywania problemów alkoholowych. Szacuje się, że 80–90% usług skierowanych do osób bezdomnych jest

Tabela 1. Zadania przypisane w ustawie o pomocy społecznej z 2004 r. trzem szczeblom administracji publicznej w zakresie pomocy społecznej na rzecz osób w kryzysie bezdomności

Podmioty administracji publicznej	Zadania
Gmina	<ul style="list-style-type: none"> • udzielenie schronienia, zapewnienie posiłku i odpowiedniej odzieży; • opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne; • praca socjalna; • pomoc osobom wychodzącym z zakładu karnego; • prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych; • prowadzenie i zapewnienie miejsc w DPS i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki; • ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w DPS; • przyznawanie i wypłacanie / udzielanie zasiłków (stałych, okresowych, celowych, także w formie biletu kredytowanego), zasiłku i pożyczki na usamodzielnienie ekonomiczne; • sprawienie pogrzebu. (Ustawa o pomocy społecznej, art. 17, 18)
Powiat	<ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie powiatowych ośrodków interwencji kryzysowej; • prowadzenie specjalistycznego poradnictwa i udzielanie informacji; • prowadzenie mieszkań chronionych oraz ośrodków wsparcia, w tym domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży; • prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym i umieszczanie w nich skierowanych tam osób; • opracowywanie i realizacja powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych; • tworzenie i utrzymywanie powiatowej infrastruktury pomocy społecznej. (Ustawa o pomocy społecznej, art. 19)
Województwo	<ul style="list-style-type: none"> • opracowywanie regionalnych programów pomocy społecznej wspierających samorządy lokalne w działaniach na rzecz ograniczania ubóstwa; • opracowywanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, obejmującej programy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej i profilaktyki, rozwiązywania problemów alkoholowych oraz współpracy z gminami i powiatami; • organizowanie i utrzymywanie regionalnej infrastruktury pomocy społecznej. (Ustawa o pomocy społecznej, art. 21)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przepisów ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2014, nr 64, poz. 593 ze zm.).

realizowanych przez organizacje pozarządowe (Stenka, Olech, Browarczyk 2014). Fundacje, stowarzyszenia, towarzystwa o charakterze świeckim, kościelnym i zgromadzenia zakonne są kluczowymi partnerami w rozwiązywaniu problemu bezdomności.

Większość z nich ma rodowód katolicki lub protestancki, między innymi Caritas Polska; Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta; Wspólnota Katolicka „Chleb Życia”; Zgromadzenie Sióstr Misjonek Miłosierdzia; Zgromadzenie Sióstr Matki

Bożej Miłosierdzia; Fundacja Kapucyńska im. bł. Aniceta Koplńskiego; Kamiliańska Misja Pomocy Społecznej; Kościół Boży w Chrystusie; Kościół Uliczny. Do najbardziej znanych organizacji świeckich non profit działających na rzecz osób bezdomnych należą: Stowarzyszenie Pomocy Bezdomnym; Fundacja Pomocy Wzajemnej „Barka”; Ogólnopolski System Pomocy Bezdomnym „Markot”; Stowarzyszenie Monar – Młodzieżowy Ruch na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii; Stowarzyszenie Pomocy „Ludzie Ludziom”; Stowarzyszenie Otwarte Drzwi; Stowarzyszenie „Lekarze Nadziei”; Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej „Agape”; Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności (partnerstwo publiczno-społeczne zrzeszające 41 podmiotów). Organizacje zarówno kościelne, jak i świeckie w ramach swojej działalności statutowej świadczą pomoc doraźną i stacjonarną lub częściowo stacjonarną. Prowadzą jadalnie, schroniska, noclegownie, domy samotnej matki, świetlice dla ofiar przemocy, biura interwencji dla osób bezdomnych. Realizują także kompleksowe programy wychodzenia z bezdomności, prowadzą działalność edukacyjną: wydają informatory, broszury, inicjują kampanie społeczne uwrażliwiające na sytuację osób doświadczających bezdomności.

Praktyki pomocowe w placówkach

Obowiązkowym zadaniem każdej gminy jest udzielenie schronienia w placówkach specjalnie do tego celu przeznaczonych. Do pierwszej grupy należą placówki udzielające tymczasowego schronienia, w tym ogrzewalnie z miejscami siedzącymi; noclegownie; schroniska dla osób bezdomnych z ofertą całodobowego schronienia w warunkach mieszkalnych; schroniska z usługami opiekuńczymi dla osób bezdomnych, które wymagają częściowej pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych i higienicznych. Istnieje standard schroniska profilowanego dla osób bezdomnych: schronisko dla kobiet i dzieci, mężczyzn z dziećmi, osób starszych, rodzin z dziećmi itp. Nadal jednak brakuje schronisk, w których mogą przebywać całe rodziny lub wyłącznie młodzież i młodzi dorośli (Stenka, Olech, Browarczyk 2014, s. 176–179). W ramach działalności takich placówek bez postępowania administracyjnego nie tylko udzielane jest schronienie, ale także jest możliwe otrzymanie posiłku i niezbędnej odzieży. Jest to pomoc niskoprogramowa, adresowana przede wszystkim do osób nie korzystających z instytucjonalnej opieki mieszkaniowej lub w uzasadnionych przypadkach funkcjonująca jako jej uzupełnienie, ma także wymiar prewencyjny w obszarze ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych, zwłaszcza w okresie zimowym.

W ogrzewalni, noclegowni czy schronisku mogą przebywać osoby zdolne do samoobsługi, których stan zdrowia nie zagraża życiu i zdrowiu innych. W noclegowni i schronisku nie mogą się znajdować osoby będące pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Dla wielu osób bezdomnych wsparcie to jest niemożliwe do uzyskania, ponieważ obowiązujący system wymusza na nich bezwzględność

abstynencję. Czynne uzależnienie jest jedną z głównych barier w dostępie do noclegowni i schronisk, a zarazem jest jednym z powodów wejścia w trajektorię bezdomności. Im wyższy jest standard oferowanych w placówce usług, tym wymóg abstynencji jest bardziej rygorystycznie egzekwowany. W pierwszej grupie znajdują się także placówki, w odniesieniu do których bezdomność nie jest główną przesłanką warunkującą przyznanie pobytu, jednak osoby doświadczające bezdomności również mogą skorzystać ze schronienia w tych miejscach. Są to między innymi domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, ośrodki interwencji kryzysowej oraz specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. W 2020 roku funkcjonowało 567 placówek udzielających tymczasowego schronienia osobom doświadczającym bezdomności, a jednostki te dysponowały 19 098 miejscami (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

Do drugiej grupy placówek udzielających pomocy osobom doświadczającym bezdomności zaliczane są tzw. placówki pomocy doraźnej, których usługi mają najczęściej charakter interwencyjny. Są to punkty pomocy doraźnej, tj. jadłodajnie, łaźnie, pralnie, punkty wydawania żywności, punkty wydawania odzieży, świetlice dla osób bezdomnych, punkty konsultacyjno-informacyjne, mobilne punkty poradnictwa, punkty pomocy medycznej, świetlice dla osób bezdomnych. Popyt na usługi tych placówek w dużej mierze charakteryzuje sezonowość i korzystanie z nich tylko w sytuacji zagrożenia życia. W 2020 roku funkcjonowało łącznie 1109 placówek udzielających doraźnego wsparcia osobom bezdomnym. Liczba ta wzrosła w porównaniu do roku 2018 (977 punktów pomocy doraźnej). Podobnie jak w latach ubiegłych, przeważającą grupę stanowiły punkty wydawania żywności – 354 (blisko 32%) oraz jadłodajnie – 243 (niemal 22%), a także punkty wydawania odzieży – 185 (16,7%). Najmniejsza skala działalności dotyczy niezmiennie świetlic dla osób bezdomnych – jedynie 24 (nieco ponad 2%) placówek w całym kraju (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

W 2020 roku gminy i powiaty ze wszystkich województw opłaciły pobyt w placówkach udzielających tymczasowego schronienia 23 086 osobom doświadczającym bezdomności (3241 kobiet i 19 845 mężczyzn). Nadal dominującą liczebnie grupę w obszarze świadczenia pomocy doraźnej stanowią placówki prowadzone przez podmioty niepubliczne, realizujące zadania na zlecenie samorządów i przy ich wsparciu finansowym – 424 placówki (ponad 38%). Z kolei placówek prowadzonych przez podmioty niepubliczne, których działalność nie była finansowana przez samorządy, było w 2020 roku 354 (niespełna 32%). Niewiele mniej, bo 331 placówek wsparcia doraźnego prowadziły bezpośrednio gminy lub powiaty (niemalże 30%) (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

Praktyki pomocowe w środowisku

W procesie wsparcia osób doświadczających bezdomności istotną rolę odgrywa idea deinstytucjonalizacji oparta na stopniowym ograniczaniu opieki w placówkach na

rzecz udostępniania i rozwijania pomocy w społecznościach lokalnych, co pozwala na upodmiotowienie odbiorców tej pomocy, spersonalizowanie, czyli sformatowanie pomocy do potrzeb osoby bezdomnej i jej uspołecznienie. Jedną ze środowiskowych praktyk pomocowych jest streetworking, czyli socjalna praca uliczna z osobą w kryzysie bezdomności, pozostającą poza systemem pomocy instytucjonalnej i/lub przebywającą w miejscach niemieszkalnych. Działania oparte na tej metodzie podejmują głównie organizacje pozarządowe. Mogą być realizowane przez profesjonalistów³ (osoby z odpowiednim specjalistycznym przeszkoleniem), w nurcie samopomocowym przez osoby z doświadczeniem bezdomności lub w nurcie mieszanym (praca zespołów co najmniej dwuosobowych, w których jeden streetworker odpowiada nurtowi samopomocowemu, a drugi zawodowemu). Punktem wyjścia jest wypracowany wspólnie z osobą bezdomną plan. Streetworking odgrywa dużą rolę w profilaktyce zjawiska bezdomności, umożliwia utrzymanie ciągłego kontaktu z osobami bezdomnymi, monitorowanie ich środowiska lokalnego, nadzór i kontrolę ich sytuacji życiowej (Dębski, Michalska 2012). Usługa streetworkingu obejmuje przede wszystkim: motywację do zmiany miejsca pobytu na placówkę dla bezdomnych, motywację do podjęcia leczenia odwykowego i do współpracy z pracownikiem socjalnym, możliwość przetransportowania do placówki dla osób bezdomnych lub w inne wskazane miejsce, w razie potrzeby wezwanie pogotowia. W 2020 roku z osobami doświadczającymi bezdomności pracowało 146 zawodowych streetworkerów, najwięcej w województwie mazowieckim (51 osób) oraz w województwie wielkopolskim (20 osób) (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

Zadaniem asystenta, podobnie jak streetworkera, jest budowanie sieci wsparcia osoby bezdomnej oparte na bezpiecznej relacji. Metoda indywidualnego asystowania jako środowiskowa praktyka pomocowa jest ważnym elementem realizacji procesu integracyjnego. Asystentura jest skierowana zarówno do osób bezdomnych realizujących Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności (IPWzB), jak i do osób zagrożonych bezdomnością w ramach działań profilaktycznych⁴. Asystent podpisuje z osobą bezdomną Indywidualny Plan Rozwoju, kontrakt określający zasady współpracy zgodnie z obraną przez nią drogą dochodzenia do celu w czasie, jakiego ta osoba potrzebuje. Asystent ma kontakt z instytucjami, pracuje w środowisku osoby bezdomnej, dociera do ważnych dla niej miejsc i osób, towarzyszy w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego, dopinguje do podejmowania działań mających na celu poprawę i zmianę sytuacji socjalno-bytowej, zdrowotnej, psychicznej i społecznej oraz monitoruje postępy w realizacji kontraktu socjalnego czy IPWzB.

³ Formalnie zawód streetworkera nie istnieje, tzn. nie figuruje w Klasyfikacji Zawodów i Specjalności.

⁴ Objęcie wsparciem osobistego asystenta osób bezdomnych zostało wdrożone jako standard przez Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta – Koło Gdańskie w ramach projektu „Agenda Bezdomności – Standard Aktywnego Powrotu na Rynek Pracy” w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL.

Prowadzenie indywidualnego wsparcia pozwala dostosować adekwatną pomoc do potrzeb i możliwości poszczególnych osób (Dębska-Cenian 2008; Truchanowicz, Walczewska 2017).

Inną propozycją uśrodkowania praktyk pomocowych są mieszkania chronione, których rolą są usamodzielnienie osób tam przebywających, godne samodzielne zamieszkiwanie, wsparcie i opieka, rehabilitacja społeczna, integracja ze środowiskiem, samorealizacja. Mieszkania chronione, definiowane w ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku, są przyznawane osobom, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę wymagają wsparcia w codziennym życiu. Często jednak przepisy utrudniają dostęp do nich i korzystanie z nich przez osoby w kryzysie bezdomności. Mogą być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego jako mieszkanie chronione treningowe (etap tymczasowy, przejściowy do samodzielnego zamieszkiwania) lub mieszkanie chronione wspierane (nieokreślona w czasie pomoc w codziennym funkcjonowaniu). W mieszkaniu treningowym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną. Z kolei w mieszkaniu wspieranym (readaptacyjnym) według tzw. standardów usług społecznych przebywają osoby będące w procesie wychodzenia z bezdomności, przygotowujące się pod opieką specjalistów do samodzielnego życia. Mieszkania wspierane zespolone to forma placówki (budynek zawierający same mieszkania wspierane), ale pozbawiona elementów tzw. kultury instytucjonalnej. Mieszkania wspierane rozproszone realizują zasadę włączenia społecznego, braku izolacji, są bowiem ulokowane w różnych częściach miasta, a ich liczba nie przekracza 20% ogólnej liczby mieszkań w budynku / bloku. Umożliwiają one czasowy, zależnie od zdiagnozowanych potrzeb mieszkańców od kilkunastu godzin dziennie do kilku godzin miesięcznie, lub stały całodobowy pobyt, z jednoczesnym zapewnieniem specjalistycznego wsparcia (Stenka, Olech, Browarczyk 2014, s. 182–185; Marciniak-Madejska, Stenka, Weiner 2016, s. 27–31). Mieszkanie wspomagane to odmienna od mieszkania chronionego praktyka pomocowa. Przygotowuje pod opieką specjalistów do prowadzenia samodzielnego życia, oferując bardziej elastyczne, kompleksowe podejście i może stanowić alternatywę dla pobytu w placówce zapewniającej opiekę całodobową (Wytyczne MliR 2019). Planowane są zmiany legislacyjne, w wyniku których obecne mieszkania chronione wspierane i treningowe zostaną przekształcone w mieszkania wspomagane z koszykiem usług określanym każdorazowo ze względu na potrzeby osób objętych tą formą wsparcia.

Mieszkania ze wsparciem są tworzone najczęściej w ramach pilotaży prowadzonych w ramach programów finansowanych ze środków unijnych bądź są oparte na lokalnych programach przeciwdziałania bezdomności we współpracy samorządów z organizacjami pozarządowymi. Lokale przeznaczane do realizacji działań w tym zakresie pozyskiwane są zarówno z zasobów samorządów, jak i z komercyjnego rynku najmu. W 2020 roku przyznano świadczenie w formie wsparcia w mieszkaniach

chronionych 675 osobom, w tym 211 kobietom i 464 mężczyznom. To oznacza ponad 40% wzrost w stosunku do 2018 roku. Liczba osób w kryzysie bezdomności objętych wsparciem w innych niż mieszkanie chronione formach środowiskowych to 736, w tym 205 kobiet i 531 mężczyzn (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

Mieszkania chronione mają instytucjonalne cechy ograniczające swobodę decyzji jednostki, narzucają stosunkowo sztywne ramy organizacyjne i wyraźnie zaznaczone standardy techniczne. Często nie są nawet mieszkaniami, ale wydzielonymi częściami budynków zakwaterowania zbiorowego czy innych budynków o funkcji użytkowej. Mieszkalnictwo wspierane, jako propozycja zindywidualizowanych form zakwaterowania dla osób bezdomnych, bliższe jest idei deinstytucjonalizacji, skupia się bowiem na realizacji rzeczywistych potrzeb osób, dostosowując swoją formę i zakres wsparcia do aktualnych możliwości mieszkańca (Marciniak-Madejska, Stenka, Weiner 2016). Mieszkania wspierane to nadal jednak formy zakładowe, stanowią uzupełnienie oferty na rynku stacjonarnych usług opiekuńczych. Doprecyzowania wymaga maksymalna liczba przebywających w nich osób. W programach deinstytucjonalizacji w innych krajach zaleca się, aby ta liczba nie była większa niż cztery (Szarfenberg 2017).

Narzędzia aktywizujące osoby doświadczające bezdomności

Deinstytucjonalizacja oparta na indywidualizacji świadczonej pomocy zakłada aktywne uczestnictwo samej osoby bezdomnej w procesie wsparcia. Indywidualny Program Wychodzenia z Bezdomności (IPWzB) ma po części charakter usamodzielniający, po części integracyjny. Ustawodawca dopuszcza wszelkie dostępne formy wsparcia bezdomnym osobom / rodzinom, które mają minimalne zasoby w postaci stabilnej sytuacji zdrowotnej i stałego dochodu, a także motywację do zmiany. Inicjatywa opracowania programu może wyjść od osoby bezdomnej, może z nią wystąpić również placówka pomocy społecznej. IPWzB obejmuje analizę sytuacji beneficjenta, przyczyn jego bezdomności, motywów jego postępowania oraz planowane do realizacji zadania wraz z ich harmonogramem oraz wykazem podmiotów i osób uczestniczących w realizacji programu (art. 49 ustawy o pomocy społecznej z 2004 r.). Pomoc opiera się na wsparciu między innymi w znalezieniu pracy, przekwalifikowaniu się czy też uzupełnieniu wykształcenia, odnowieniu więzi rodzinnych, partycypowaniu w kosztach wynajmu mieszkania czy pokoju. Realizatorem programu jest na ogół ośrodek pomocy społecznej, schronisko, dom dla bezdomnych lub organizacja pozarządowa. Nie jest to jednak zadanie gminy i w praktyce opracowywanie i realizacja takich programów zostały pozostawione uznaniu podmiotów pomocy społecznej (Mędrzycki 2017).

Kontrakt socjalny to narzędzie, którego realizacja ma wzmacniać aktywność i samodzielność życiową, zawodową oraz przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu. Narzędzie to stosuje się w znacznie większym zakresie do aktywizacji osób doświadczających bezdomności w porównaniu do IPWzB. Do udziału w kontraktach po-

winno się typować osoby wykazujące co najmniej minimalne chęci do jego realizacji. Od 2016 roku warunkiem udzielenia schronienia w schronisku dla osób bezdomnych jest zawarcie kontraktu socjalnego. Podpisywanie kontraktu niejako pod przymusem jest przejawem zinstytucjonalizowanego modelu wsparcia, sprzecznego z zasadą wyboru, samostanowienia i decyzyjności osoby bezdomnej. Warunki kontraktu powinny być wynegocjowane i możliwe do spełnienia przez obie strony. Pracownik socjalny potrzebuje czasu na diagnozę sytuacji beneficjenta, którą przeprowadza na podstawie wywiadu środowiskowego. Z raportu Najwyższej Izby Kontroli (Raport NIK 2020) wynika, że niektóre schroniska świadcząc usługi nie współpracowały z ośrodkami pomocy społecznej, które zawierały kontrakty socjalne z osobami bezdomnymi, co mogło ograniczać skuteczność udzielanej pomocy. Nie można było bowiem stwierdzić, czy działania schronisk były zbieżne z celami i działaniami ujętymi w kontraktach socjalnych. Jedynie w przypadku schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi osoba bezdomna nie musi podpisywać kontraktu, aby zostać do niego skierowana (Wytyczne MRPiPS 2018).

W 2020 roku kontrakt socjalny zastosowano wobec 14 593 osób, 3696 osób realizowało IPWzB. Liczba osób w kryzysie bezdomności objętych zarówno kontraktem socjalnym, jak i IPWzB utrzymuje się na stałym poziomie w porównaniu do roku 2018 (Sprawozdanie MRiPS 2021b). W 2020 roku gminy wykazały, że samodzielność życiową osiągnęły 2643 osoby doświadczające bezdomności, w tym 566 kobiet oraz 2077 mężczyzn. Istotną rolę w procesie usamodzielniania osób w kryzysie bezdomności, zwłaszcza w zakresie ich powrotu na otwarty rynek pracy, mają Centra Integracji Społecznej (CIS), działające na rzecz reintegracji społeczno-zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. W 2020 roku skierowano do CIS 829 osób doświadczających bezdomności, w tym 103 kobiety i 726 mężczyzn (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

Modele wsparcia osób w kryzysie bezdomności i zagrożonych bezdomnością

W polskim systemie wsparcia osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością można wyróżnić zinstytucjonalizowany model drabinkowy, oparty na ofercie praktyk pomocowych świadczonych w placówkach, oraz wywodzący się z idei deinstytucjonalizacji model mieszkaniowy, oparty na praktykach pomocowych świadczonych w środowisku. Między jednym i drugim podejściem w pracy z osobami w kryzysie bezdomności lokują się formy hybrydowe: model wspólnotowy oraz model palety.

Model drabinkowy

Najbardziej powszechny w Polsce „schodkowy”, „drabinkowy” charakter świadczonej pomocy (*staircase of transition*) zakłada linearny, rozciągnięty w czasie proces

przejścia przez poszczególne formy zinstytucjonalizowanej pomocy. Są to „szczeble drabiny” od streetworkingu poprzez ogrzewalnię, noclegownię, schronisko, mieszkanie treningowe aż do uzyskania stałego mieszkania. Metoda ta nazywana jest także *treatment first*, czyli najpierw leczenie, co oznacza, że osoba musi pokonać problemy związane z doświadczaną bezdomnością, zanim osiągnie „gotowość mieszkaniową” przez postęp w terapii, zachowanie abstynencji, naprawienie stosunków z rodziną, utrzymanie pracy, a więc stopniowo rozwiązując problemy, które doprowadziły do bezdomności, podróżując jednak w odwrotnym kierunku – ku pełnemu usamodzielnieniu. Jednym z argumentów strategii drabinki jest procesualny charakter bezdomności, z której powinno się wychodzić etapami, tak jak się do niej wchodziło. W trajektorii wychodzenia pojawiają się kolejne placówki, a dopiero na końcu mieszkanie. Możliwość awansu w systemie wystandaryzowanych usług od najmniej „komfortowej” ogrzewalni do schroniska, który ostatecznie może zaowocować pobytem w mieszkaniu treningowym, to główny czynnik mający motywować do wyjścia z bezdomności. Jednak naruszenie dyscypliny bądź rezygnacja z dalszego współdziałania oznacza powrót do podstawowych form pomocy, czyli noclegowni lub ogrzewalni (Wilczek 2017). Te osoby, które z wielu przyczyn, głównie zdrowotnych i wiekowych, nie mają szansy na mieszkanie, strategia drabinki ma motywować do brania odpowiedzialności za jakość własnego życia i rodzaj decyzji dotyczących pobytu w placówce, wyboru między samostanowieniem, prywatnością a izolacją i separacją (Olech 2022).

Model drabinkowy został ugruntowany w 2018 roku rozwiązaniami ustawowymi o standardach usług wykonywanych w ramach przeciwdziałania bezdomności (Wytyczne MRPiPS 2018). Standardy te są rezultatem realizacji projektu systemowego z udziałem organizacji pozarządowych współtworzących Koalicję na Rzecz Wychodzenia z Bezdomności. Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności określa rodzaje i zakres praktyk pomocowych, które samorząd każdej gminy musi zapewnić w obszarach partnerstwa lokalnego, pracy socjalnej, mieszkalnictwa i pomocy doraźnej, zatrudnienia i edukacji, zdrowia, streetworkingu (Stenka, Olech, Browarczyk 2014).

Drabinkowe podejście do rozwiązywania problemów osób bezdomnych w Polsce potęguje ich izolację, podkreśla ich bezwartościowość, a także silnie uzależnia (Oliwa-Ciesielska 2006, s. 86). Placówki wieloosobowego całodobowego pobytu i opieki realizują założenia kultury instytucjonalnej, między innymi brak indywidualnego traktowania, sztywne procedury, brak osobistego charakteru przestrzeni, ograniczanie decyzyjności i wyboru, izolowanie od społeczności i zmuszanie do mieszkania z innymi osobami, brak niezależności i kontaktu z osobami znaczącymi, pierwszeństwo wymagań placówki ponad potrzebami mieszkańców (Olech 2022). W części placówek w regulaminach pojawiają się zapisy mówiące o tym, że pomoc jest ograniczona w czasie, w praktyce jednak nie przestrzega się tej zasady i wiele osób bezdomnych zamieszkuje placówki latami lub przemieszcza się między nimi. Pogłębia to wykluczenie społeczne, na przykład w zakresie braku konieczności podejmowania

odpowiedzialności za własne życie. Mimo rosnącej liczby miejsc w placówkach liczba trwałych usamodzielnień osób bezdomnych jest znacznie mniejsza od oczekiwań (Raport NIK 2020). Nieindywidualizowany charakter pomocy jest nieadekwatny wobec konkretnych potrzeb osób bezdomnych, które chociaż wiedzą, czego naprawdę potrzebują od usługodawców, nie uczestniczą w dyskusji dotyczącej kształtu praktyk pomocowych, z jakich korzystają, i sprawowanej nad nimi opieki. Różnica między ofertą pomocową narzuconą z góry a rzeczywistymi potrzebami osób bezdomnych obniża efektywność udzielanej pomocy, tym samym utrudnia wychodzenie z bezdomności. Schroniska, noclegownie nie mają ciał doradczych, składających się z beneficjentów. Wyjątkowym przykładem włączania osób bezdomnych w procesy zarządzania organizacją jest Monar, który powołał w ramach swoich struktur Parlament Pacjentów.

Model mieszkaniowy

W opozycji do obowiązującego w Polsce modelu drabinkowego powstał proponowany przez Komisję Europejską model mieszkaniowy (*housing led*), który promuje dostęp do stałych mieszkań dla osób bezdomnych w możliwie jak najkrótszym czasie oraz zapewnienie usług wspierających zorientowanych na potrzeby osób dawniej bezdomnych oraz zagrożonych bezdomnością (Stenka, Olech, Browarczyk 2014, s. 167). W podejściu tym, opartym na idei deinstytucjonalizacji, proponuje się odchodzenie od wsparcia w placówkach na rzecz wsparcia w środowisku, czyli w mieszkaniach. Jest to proces wymagający z jednej strony rozwoju praktyk pomocowych w społeczności lokalnej, z drugiej stopniowego ograniczania i/lub eliminowania usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczeniu osób w placówkach (Szadura-Urbańska, Olech 2022). Kluczowe jest natychmiastowe zapewnienie osobie bezdomnej właściwego zakwaterowania wraz z potrzebnym wsparciem i zagwarantowaną możliwością przedłużenia okresu najmu. Kolejność udzielanej pomocy jest odwrotna niż w modelu drabinkowym. Poczucie bezpieczeństwa uzyskane dzięki samodzielnemu zamieszkaniu ma być pierwszym etapem do wyjścia z bezdomności.

Metoda Najpierw Mieszkanie

Jednym z głównych przykładów modelu mieszkaniowego jest metoda Najpierw Mieszkanie (*Housing First*). To profesjonalna praktyka pomocowa kierowana do osób od lat korzystających z tradycyjnych usług z tytułu bezdomności i mimo to nadal pozostających bez domu: cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych lub uzależnień, czyli z tzw. podwójną diagnozą, i doświadczających długotrwałej bezdomności. W pierwszej kolejności buduje się relację z osobą bezdomną, a następnie proponuje przeniesienie do samodzielnego mieszkania, które w miarę możliwości finansowych (osoby i programu) spełnia jej oczekiwania, i dopiero potem, na bazie motywacji wynikającej z posiadania „swojego” mieszkania, rozpoczyna się pracę

w „normalnych” warunkach mieszkaniowych nad problemami związanymi z zaburzeniami psychicznymi, relacjami społecznymi, umiejętnościami interpersonalnymi, uzależnieniem. Pobytowi w lokalu towarzyszy dostępność specjalistów przez 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Najważniejsze założenia programu to: brak wymagań gotowości mieszkaniowej, możliwość wyboru, redukcja szkód, zindywidualizowane wsparcie, integracja społeczna (Wygnańska 2022).

W Polsce nadal w stosunkowo niewielkim zakresie wsparcie osób w kryzysie bezdomności związane jest z efektywną pomocą mieszkaniową. Podstawowym problemem jest brak tanich mieszkań na wynajem dla osób zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym i brak mieszkań umożliwiających reintegrację osób już wykluczonych, w tym bezdomnych. Zmiany w prawie lokatorskim spowodowały systemowe ułatwienie w pozbywaniu się odpowiedzialności za sytuację mieszkaniową najslabszych. Obecnie pozwala ono gminom, przy braku lokali socjalnych, po pewnym czasie wskazać osobom z wyrokiem eksmisyjnym pomieszczenie tymczasowe lub noclegownię. Jest to rozłożona w czasie eksmisja na bruk. W 2020 roku osobom w kryzysie bezdomności przyznano łącznie 899 lokali mieszkalnych, co stanowi spadek w stosunku do roku 2018 (1044 mieszkania), z czego 573 stanowiły lokale przyznane w ramach najmu socjalnego, a 282 to lokale w ramach najmu komunalnego. Pozostałe lokale są innego rodzaju, na przykład do remontu lub wynajęte na rynku komercyjnym (Sprawozdanie MRiPS 2021b).

Upowszechniającą się innowacją w sferze usług mieszkaniowych są społeczne agencje najmu (SAN), które mogą działać w formie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółek akcyjnych, w których gmina dysponuje udziałem większościowym, fundacji, stowarzyszeń, spółdzielni socjalnych⁵. Działalność SAN ma polegać na dzierżawie lokali lub jednorodzinnych budynków mieszkalnych od ich właścicieli oraz wynajmowaniu ich osobom fizycznym wskazanym przez gminę. Różne modele SAN we współpracy z samorządami gminnymi realizowano między innymi w Poznaniu i w Warszawie. Działania nakierowane są na poprawę dostępu do mieszkań przystępnych cenowo dla różnych grup odbiorców, którzy nie są w stanie pokryć kosztów najmu na zasadach rynkowych. Kluczową rolę odgrywają specjaliści do spraw najmu społecznego, którzy utrzymują bezpośredni, indywidualny kontakt z każdym klientem i opiekują się mieszkaniami. Model najmu społecznego popularyzowany był dotąd głównie przez fundację Habitat for Humanity Poland⁶, również z wykorzystaniem środków EFS. Fundacja tworzy koalicję ponad 20 organizacji pozarządowych, ekspertów, społeczników zajmujących się na co dzień problematyką bezdomności, wykluczenia mieszkaniowego i ubóstwa. Wspólnie z nimi

⁵ SAN działają na podstawie przepisów wprowadzonych ustawą z 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2021, poz. 1243).

⁶ W 2021 r. fundacja Habitat for Humanity Poland zmieniła nazwę na Program Najmu Społecznego.

buduje i remontuje lokale mieszkalne, między innymi dla osób w kryzysie bezdomności⁷.

Zastąpienie modelu opartego na warunkowej i subiektywnej dobroczynności modelem opartym na prawach i samostanowieniu osób korzystających ze wsparcia może nie tylko być skuteczniejsze w obszarze trwałego rozwiązania problemu bezdomności osób cierpiących wskutek zaburzeń psychicznych lub głębokiego uzależnienia, ale także w dłuższym okresie generować mniej kosztów ponoszonych ze źródeł publicznych. Wyzwaniem pozostaje przełamanie społecznych uprzedzeń i stereotypów związanych z pomocą mieszkaniową osobom bezdomnym w Polsce.

Model wspólnotowy

Model może być realizowany na poziomie schronisk, schronisk profilowanych i mieszkań wspieranych zespolonych. Główne koncepcje pracy opierają się na nurcie samopomocowym przy założeniu jednocześnie dużej autonomiczności, niezależności i samowystarczalności placówek, często rozszerzających swoje struktury o podmioty ekonomii społecznej (spółdzielnie socjalne, przedsiębiorstwa społeczne). Domy wspólnotowe to alternatywa dla tych osób bezdomnych, które w procesie reintegracji potrzebują silnego wsparcia i oddziaływania ze strony grupy. Liderami są mieszkańcy, którzy pokonali kryzysy życiowe i na podstawie swoich doświadczeń pomagają innym w rozwoju moralnym, społecznym, duchowym i zawodowym. Główne zasady obowiązujące we wspólnotach to solidaryzm i pomoc innym w potrzebie, praca na rzecz wspólnoty, utrzymanie trzeźwości, współpraca z lokalną społecznością, edukacja ustawiczna. Podczas pobytu tymczasowego lub długoterminowego podopieczni mogą korzystać z wielu usług dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb i możliwości w zakresie pracy socjalnej, programów terapeutycznych oraz reintegracji zawodowej i społecznej.

W domach wspólnotowych nie ma podziału na pracowników i klientów korzystających z praktyk pomocowych. Zatrudnieni specjaliści, wykwalifikowani do pracy z osobami bezdomnymi, tworzą z podopiecznymi jedną społeczność, przygotowując ich do wzięcia odpowiedzialności za swoje życie, a zarazem grupę, w której funkcjonują lub będą w przyszłości funkcjonować. Placówki prowadzone metodą wspólnotową sytuują się zarówno w modelu drabinkowym, jak i w modelu palety (Olech 2011). Grupy samopomocowe i wspólnoty osób bezdomnych są ważnym krokiem w kierunku deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych, jednak sposób ich organizacji nie zawsze sprzyja usamodzielnieniu mieszkańców, przebywanie w nich może prowadzić do izolacji, a nie inkluzji społecznej.

Model palety

Paleta jest bliska idei deinstytucjonalizacji dzięki próbie sformatowania różnych praktyk pomocowych dostępnych w gminie do potrzeb doświadczających bezdomności

⁷ <https://habitat.pl/spoleczna-agencja-najmu/>.

osób, które mogą zgłosić się bezpośrednio po pomoc, jakiej potrzebują. W modelu tym wyraźnie podkreśla się adekwatność zakresu podmiotowego, przedmiotowego i przestrzennego usług oraz zróżnicowanie podejmowanych działań w placówkach i w środowisku ze względu na specyfikę problemów osób bezdomnych. Indywidualnie dla konkretnej osoby są wybierane dostępne w gminie usługi z obszaru mieszkalnictwa i pomocy doraźnej. Plan pomocy jest oparty na palecie usług, które dają największe szanse na poprawę sytuacji osoby bezdomnej. Ma ona duży wpływ na wybór odpowiedniej praktyki pomocowej, jednak zależnie od jej profilu musi dostosować się do określonych zasad, a przede wszystkim zadeklarować chęć aktywności na rzecz zmiany swojej sytuacji życiowej. W ramach palety realizowane są programy w nurcie redukcji szkód – w tym programy outreachowe (np. streetworking, uzupełniony ofertą stacjonarnego, niskoprogowego drop-in center). Model palety może w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb lokalnych wdrażać z jednej strony strategię drabinki, z drugiej strony rozwiązania mieszkaniowe z dostępem do usług środowiskowych. Organizowanie tego rodzaju systemu powinno być poprzedzone przygotowaniem diagnozy dotyczącej bezdomności na danym terenie, aby dopasować ofertę do lokalnej specyfiki problemu. Gmina może zorganizować placówkę interwencyjną, na przykład ogrzewalnię dla grupy osób bezdomnych niechętnie współpracujących z instytucjami pomocowymi i doraźnie korzystających z tego rodzaju usług. Jednocześnie grupie bezdomnych podejmujących aktywność na rzecz zmiany swojej sytuacji gmina może zapewnić schronienie w mieszkaniach wspieranych zespolonych i rozproszonych, zapewniając wsparcie pracownika socjalnego, asystenta, a także innych specjalistów. Pobyt w mieszkaniu, w przeciwieństwie do założeń modelu drabinkowego, nie musi być poprzedzony pobytem w noclegowni i schronisku, dającym przepustkę do samodzielnego mieszkania. W tym wypadku pobyt w mieszkaniu może zastępować wszystkie te etapy jednocześnie (Stenka, Olech, Browarczyk 2014, s. 163–165).

W drodze do deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób doświadczających bezdomności

„Strategia rozwoju usług społecznych” oraz „Krajowy program przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu” (2021; Sprawozdanie MRiPS 2021b, 2022) określają kierunek deinstytucjonalizacji usług w Polsce do lat 30. XXI wieku. Realizacja tych planów to na razie odległa perspektywa. Szczególną rolę w procesie deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysie bezdomności od wielu lat odgrywają organizacje pozarządowe, wprowadzając nowatorskie środowiskowe rozwiązania wychodzenia z bezdomności, zwłaszcza z zakresu programów mieszkaniowych oraz usług dla osób pozostających poza systemem wsparcia, takich jak streetworking. W 2008 roku Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta powołało Rzecznika Osób Bezdomnych. Procesowi upodmiotawiania osób doświadczających bezdomności i personalizowania skierowanych do nich praktyk pomocowych powinna

towarzyszyć wymiana wiedzy, zasobów i kompetencji skutkująca ulepszeniem istniejących lub projektowaniem nowych rozwiązań w obszarze profilaktyki oraz przeciwdziałania bezdomności. Taka koprodukcja usług umożliwiłaby pełniejsze uczestnictwo osób bezdomnych w społeczności lokalnej zgodnie z ideą współdziałania i solidarności społecznej. Obecnie w niewielkim stopniu osoby te stają się aktywnymi aktorami społecznymi, przyczyniającymi się do rozwoju zbiorowości, w której funkcjonują.

Przykładem urzeczywistnienia idei partycypacji są spółdzielnie socjalne, świadczące między innymi usługi sprzątające, remonty, catering. Osoby bezdomne uczestniczą w procesie konceptualizacji i projektowania usług na ich rzecz. Jedną z praktyk popularyzujących głos osób bezdomnych w debacie publicznej są organizowane od 2001 roku Europejskie Spotkania Osób Doświadczających Ubóstwa (tzw. *PeP meeting*), których założeniem jest „korzystanie z doświadczeń płynących z biedy, bezdomności czy niepełnosprawności do wypracowania rekomendacji w zakresie stanowionego prawa” (Czapnik 2018, s. 4). Osoby w kryzysie bezdomności rzadko jednak biorą udział w pracach samorządów i zespołów ekspertów przez doświadczenie (*peer workers, experts by experience*). W Gdańsku w 2020 roku wprowadzono Karty Praw Osób Doświadczających Bezdomności. Organizacje pracujące z osobami bezdomnymi są niezbędne do opracowania lokalnej wersji Karty, ale zasadnicze znaczenie ma także zaangażowanie tych osób w obronę własnych praw. W 2015 roku z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich powstała Komisja Ekspertów ds. Przeciwdziałania Bezdomności, do której weszli przedstawiciele organizacji pozarządowych, naukowcy i prawnicy. W jej składzie nie znalazła się niestety żadna osoba doświadczająca deprivacji mieszkaniowej.

Deinstytucjonalizacja to innowacja społeczna, która ma charakter prewencyjny, ograniczający konieczność opieki w placówkach. Ukierunkowanie na środowiskowe formy pomocy nie oznacza likwidacji form placówkowych, pod warunkiem że zbliżają się one do deinstytucjonalizacji przez próby ich uspołecznienia. Wsparciu instytucjonalnemu towarzyszy wzrastająca liczba inicjatyw aktywistów lokalnych, na przykład „Jadłodzielnie” – punkty, które od 2016 roku służą nieodpłatnej wymianie żywności – czy zainicjowana w 2017 roku ogólnopolska akcja z zakresu ekonomii współdzielenia (*sharing economy*) „Wymiana Ciepła”, czyli sieć punktów, gdzie można zostawić ciepłe ubrania, które umożliwiają osobom bezdomnym przetrwanie okresu zimowego.

Stacjonarne placówki całodobowe wymagają zmiany na poziomie ich organizacji, zmniejszenia liczby miejsc oraz nastawienia zatrudnionego tam personelu, a tym samym zmiany podejścia do sytuacji osób bezdomnych. Proces deinstytucjonalizacji zakłada rozwój zindywidualizowanych środowiskowych praktyk pomocowych przez transfer zasobów będących w dyspozycji placówek i wykorzystanie istniejącej infrastruktury jako interwencyjnego miejsca wsparcia, otwartego na środowisko lokalne lub przekształcającego placówki w mieszkania z dostępem do usług środowiskowych. W Finlandii, przywoływanej w kontekście skuteczności rozwiązywania

problemu bezdomności, zlikwidowano schroniska i na ich miejsce powstały w tych budynkach zespoły mieszkań wspomaganych (Olech 2022, s. 33).

Idea deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób bezdomnych, której celem jest dobrostan odbiorców wsparcia, wymaga akceptacji społecznej, kreowania odpowiednich warunków i przygotowania społeczności na przyjęcie grup słabszych, by zmniejszyć ryzyko wtórnej marginalizacji. Priorytetem w tym procesie jest podmiotowe podejście do osób bezdomnych, poszanowanie ich godności i wolności osobistej. Zdeinstytucjonalizowana formuła wsparcia wymaga również profesjonalizacji usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych, umocowania prawnego i systemowego, a w konsekwencji podniesienia prestiżu pracy streetworkerów i asystentów, głównych rzeczników i realizatorów tego podejścia, pracujących w środowisku osób bezdomnych na ich zasadach i w ich tempie oraz na podstawie planu, który zaakceptowały.

Proces deinstytucjonalizacji praktyk skierowanych do osób w kryzysie bezdomności jest bardziej złożony niż w przypadku innych grup odbiorców pomocy ze względu na aktualny silnie zinstytucjonalizowany, dominujący model pomocy, odmienną jakość i standardy realizacji praktyk pomocowych, inne cele i priorytety wsparcia. Nie bez znaczenia jest również wysoki poziom powszechnej stygmatyzacji i stereotypów dotyczących osób doświadczających bezdomności (Olech 2022, s. 37). Wielość i zróżnicowanie rozwiązań na continuum dostępnych praktyk sprawiają, że trudno wyznaczyć wyraźne granice między modelem instytucjonalnym i środowiskowym, co widać na przykład w pracy asystenta czy streetworkera, którzy w środowisku są pomostem między osobą bezdomną a placówkami. Z kolei regulamin mieszkań wspomaganych może być postrzegany jako odtwarzanie kultury instytucjonalnej w warunkach środowiskowych. Hybrydowe rozwiązania i odpowiadające im proponowane koszyki praktyk oscylują między modelem drabinkowym i mieszkaniowym, dlatego trudno niekiedy określić, czy mamy do czynienia jeszcze z do-
różnym ratownictwem, czy już z próbą integracji z lokalną społecznością. To właśnie przenikanie się praktyk w palecie usług może tworzyć podatny grunt do rozwoju deinstytucjonalizacji systemu pomocy osobom doświadczającym bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego.



Wspieranie seniorów. Rosnące potrzeby i nowe wyzwania

Wstęp

We współczesnych społeczeństwach obserwujemy przekształcanie się tradycyjnych instytucji społecznych, w tym rodziny, która tradycyjnie stanowiła podstawowy system wsparcia dla seniorów. Sieci społeczne i struktury społeczne podlegają sukcesywnej reorientacji wskutek zmian społecznych wynikających – w kontekście seniorów – z przekształcania się modeli rodziny z wielopokoleniowych na nuklearne, kontraktowe itp. Takie rodziny nie wypełniają, a dokładniej nie są zdolne wypełniać tradycyjnych ról, związanych między innymi z wymiarem materialnym, opiekuńczym, zabezpieczającym. Zaowocowało to jednak restytucją i wykorzystaniem potencjału lokalnego (Zych 2017, s. 334), a także profesjonalizacją zawodów pomocowych, rozwojem mniej lub bardziej wyspecjalizowanych organizacji pozarządowych ukierunkowanych na wsparcie określonych grup i środowisk wsparcia potrzebujących. Wspomniane działania stwarzają bowiem możliwości formułowania praktyk i strategii łączących, a zarazem pomocnych w kontekście pojawiających się problemów społecznych związanych między innymi ze starością (Zych 2017). Łączenie potencjału lokalnego, siły społecznej o charakterze „aterytorialnym” (Zych 2017) konkretyzuje się w procesie deinstytucjonalizacji.

Deinstytucjonalizację najogólniej można rozumieć jako „działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (również zdrowotnych) w środowisku mającym na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej oraz możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych” (Krzyszowski 2018, s. 45). W takim ujęciu deinstytucjonalizacja ma walory zarówno ekonomiczne, jak i społeczne. Pozwala bowiem na obniżenie kosztów związanych z pomocą

¹ Ewa Stachowska, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0003-2432-319X.

i opieką stacjonarną, a także umożliwia uwzględnienie preferencji odbiorców pomocy (Krzyszowski 2018). Innymi słowy, deinstytucjonalizacja ukierunkowana jest – jak podaje Jerzy Krzyszowski – na sukcesywną ewolucję zindywidualizowanych usług społecznych oferowanych w środowisku lokalnym, przy jednoczesnym ograniczaniu form instytucjonalnych, odwołujących się do modeli zakładowych (Krzyszowski 2018, s. 46). Deinstytucjonalizacja zatem nie tylko pozwala na spersonalizowanie czy raczej zindywidualizowanie wsparcia, ale przede wszystkim tworzy warunki do zapewnienia społecznego „osadzenia” odbiorców wspomnianego wsparcia, a nie ich społecznego odizolowania w ramach form zakładowych (Krzyszowski 2018).

W dalszych rozważaniach deinstytucjonalizacja ujmowana będzie 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”². Mówiąc inaczej, jest to proces zmierzający do poprawy dobrostanu odbiorców wsparcia³.

W kontekście seniorów deinstytucjonalizacja jawi się – w świetle zasygnalizowanych przemian społecznych – jako proces istotny i raczej pilny. Przygotowanie i rozwinięcie oferty usług społecznych i wsparcia dla seniorów warunkuje bowiem nie tylko kondycję samych seniorów, ale również kondycję całego społeczeństwa.

Ramy konstytuowania oferty deinstytucjonalizacji w odniesieniu do seniorów we współczesnych, rozwiniętych społeczeństwach, w tym także w Polsce, są wyznaczone przez tendencje demograficzne, które należą do głównych wyzwań. Starzenie się społeczeństw implikuje bowiem wielowymiarowe zmiany, między innymi w płaszczyźnie ekonomicznej, społecznej i kulturowej czy mentalnościowo-kulturowej, co kieruje uwagę na skalę wspomnianych wyzwań i rosnących potrzeb w zakresie kształtowania adresowanych do osób starszych działań, które w niniejszym opracowaniu zostaną jedynie zasygnalizowane.

Starość identyfikowana jest najczęściej jako określona faza czy określony etap życia (Zych 2017, s. 330), który oprócz wymiaru biologicznego ma odniesienia społeczne i prawne, wyznaczające początek tego czasu w życiu człowieka. Czas ten lokowany jest najczęściej w wieku 60 lub 65 lat (Bogusz 2013, s. 137; Szukalski 2011, s. 13). W systemie prawnym istnieje kilka odniesień co do tego, jak kategoria starości, a dokładniej osoby starszej jest definiowana, a także jakie obowiązki spoczywają na instytucjach państwowych wobec tej grupy społecznej. Obowiązek pomocy seniorom ma charakter konstytucyjny, o czym mówi art. 68 ust. 3 Konstytucji, wedle którego obowiązek ten jest związany z zapewnieniem opieki zdrowotnej i spoczywa na władzy publicznej⁴. Bardziej szczegółowe odniesienie do seniorów znajduje się

² Marek Rymsza, rozdział 1 w tym tomie, s. 7.

³ Tamże. Uznanie dobrostanu osób wspieranych za cel i zarazem zasadę wyznaczającą ramy wdrażania polityki deinstytucjonalizacji charakteryzuje podejście przyjęte w pracach UODI.

⁴ Tamże.

w ustawie z 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015, poz. 1705). W ustawie poza obowiązkiem wielowymiarowego monitorowania sytuacji seniorów uwzględnia się również definicję osoby starszej, która identyfikowana jest jako ta, która ukończyła 60 rok życia. Precyzyjna cezura czasowa, choć przyjęta w ustawie, jest dość trudna do ustalenia, chociażby z uwagi na odniesienie do aktualnie obowiązujących przepisów dotyczących systemu emerytalnego w Polsce, który różnicuje wiek emerytalny kobiet i mężczyzn. Ponadto w statystykach publicznych funkcjonują dwie cezury wiekowe (60 i 65 lat). Analogiczną zasadę przyjęto w niniejszym opracowaniu.

Kontekst demograficzny

Procesy uspołeczniania usług adresowanych do seniorów należy rozpatrywać – co już zauważono – na tle zachodzących w Polsce zmian demograficznych, które najogólniej sytuowane są w kontekście starzenia się społeczeństwa. One bowiem pokazują skalę potrzeb, a także ewentualnych wyzwań w tym zakresie. Tendencje demograficzne w Polsce są zbliżone do tych pojawiających się w Europie, gdzie mamy do czynienia między innymi ze zmniejszającą się liczbą urodzeń, poszerzającą się grupą osób w wieku 65+ oraz wydłużającym się czasem trwania życia.

Skalę wyzwań i zmian demograficznych mogą zobrazować dane Eurostatu, zgodnie z którymi w 2020 roku liczba mieszkańców Polski wynosiła 37 mln 941 tys. Na bazie prognoz demograficznych w 2025 roku mieszkańców Polski będzie 37 mln 567 tys., a w 2030 – 37 mln 18 tys. W kolejnych dekadach zauważalne jest sukcesywne zmniejszanie się liczebności Polaków, gdyż w 2040 roku będzie ona wynosiła – wedle tej prognozy – 35 mln 662 tys., w 2050 – 34 mln 102 tys., w 2060 – 32 520 tys., w 2070 – 30 mln 891 tys., w 2080 – niespełna 29 mln 300 tys., w 2090 – 28 mln 185 tys., a w 2100 – 27 mln 655 tys. Tendencja związana z ograniczeniem liczebności populacji widoczna jest w wielu krajach Unii Europejskiej, choć nie we wszystkich jest tak względnie jednorodna, jak ta, która jest zauważalna w Polsce.

Zmniejszanie się populacji Polski łączy się ze wspomnianą wcześniej tendencją, a mianowicie wydłużaniem się czasu trwania życia, co w konsekwencji prowadzi do wzrostu udziału osób w wieku 65+. Tendencję tę ponownie mogą zobrazować dane Eurostatu, zgodnie z którymi w 2020 roku udział osób w wieku 65+ wynosił w Polsce 18,2%; w 2030 będzie to 22,7%; w 2040 – 25,3%; w 2050 – 30,1%; w 2060 – 33,9%; 2075 – 34,1%; 2100 – 34%. Dane te najogólniej pokazują, że w drugiej dekadzie XXI wieku co piąty mieszkaniec Polski był seniorem, a w 2100 roku będzie to już co trzeci mieszkaniec. Plasując te dane na tle danych z krajów Unii Europejskiej, można zauważyć, że zachodzące procesy, związane z jednej strony z malejącą dzietnością, a zarazem zmniejszającą się populacją, a z drugiej z wydłużaniem się trwania życia, wpisują się w bardziej uniwersalną tendencję. Na bazie danych Eurostatu dostrzeżemy pewne różnice w krajach Unii, jednak nie zmieniają one ogólnej perspektywy.

Dodatковым elementem wpływającym na skalę wyzwań w kontekście demograficznym jest tendencja podwójnego starzenia się społeczeństw (Szukalski 2011), związana z poszerzaniem się zbiorowości osób wieku 80 lat i więcej.

Zjawiska te rodzą określone skutki o charakterze społeczno-ekonomicznym i kulturowym, które wiążą się między innymi – jak zaznacza Piotr Szukalski – z poszerzaniem się zbiorowości nieaktywnej zawodowo, wymagającej zwiększonych nakładów na opiekę zdrowotną i świadczenia emerytalne, a zarazem ukształtowania określonych wzorów czy też przemian w płaszczyźnie mentalnościowo-kulturowej (Szukalski 2011, s. 12–13). Rosnąca liczba seniorów w społeczeństwie nie tylko łączy się ze zwiększonymi nakładami ze środków publicznych, które jednak mogą być częściowo rekompensowane zmniejszającymi się w takich warunkach demograficznych wydatkami przewidzianymi na opiekę nad młodszymi pokoleniami i na ich edukację, ale również oznacza swoistą konfrontację międzygeneracyjną, związaną ze zderzeniem kultury młodości z kulturą seniorów (Szukalski 2011, s. 14).

Sytuacja i potrzeby seniorów w Polsce

Sytuację seniorów w Polsce w kontekstach ekonomicznym i społecznym, w tym partycypacji społeczno-kulturowej, które zarazem wyznaczają ich ewentualne potrzeby, mogą zobrazować dane GUS. Zgodnie z danymi GUS z 2021 roku liczba emerytów i rencistów w Polsce wynosiła niemal 9,3 mln, w tym około 76,5% stanowili emeryci, pozostali to renciści, wśród których osób z niezdolnością do pracy było 9,1%, a korzystających z rent rodzinnych – 14,4% (Raport GUS 2022a). Emerytów w 2021 roku było 7,1 mln (Raport GUS 2022a, s. 14). Patrząc na dane historyczne odnoszące się do liczby emerytów, można dostrzec efekty sygnalizowanych wcześniej zmian demograficznych – wszak grupa ta sukcesywnie się powiększa. Nie ma to wprawdzie charakteru jednorodnego, liniowego, niemniej widać powiększanie się tej zbiorowości. Dla przykładu w 2000 roku liczba emerytów wynosiła – zgodnie z danymi GUS – 4,6 mln. Oznacza to, że w 2000 roku emeryci stanowili 12% społeczeństwa, a w 2021 roku – był to już co piąty Polak (18,7%). Regionami, które w Polsce mają największy udział tej grupy, są województwa: śląskie, łódzkie i świętokrzyskie (Raport GUS 2022a, s. 15). Wymiar ten ujawnia rosnącą skalę potrzeb w zakresie ukierunkowania ofert usług społecznych na tę grupę adresatów.

Dopełnieniem tego obrazu mogą być dane dotyczące wymiaru ekonomicznego, a dokładniej świadczeń emerytalnych. W 2021 roku – wedle danych GUS – pobierało te świadczenia 7,1 mln, w tym z systemu pozarolniczego niemal 6,3 mln (Raport GUS 2022a, s. 16). Uwzględnienie struktury ze względu na wiek ujawnia, że największy udział w zbiorowości emerytów mają seniorzy w wieku 65–69 lat (29,9%). Na kolejnym miejscu plasują się seniorzy w wieku 75 lat i więcej (27,1%) oraz 70–74 lat (23,7%) (Raport GUS 2022a, s. 16). Wysokość średniej emerytury z ZUS po rewa-

loryzacji w 2021 roku wyniosła – zgodnie z danymi GUS – nieco ponad 2,5 tys. zł (2544,54 zł), a mediana kształtowała się na poziomie 2244,56 zł (Raport GUS 2022a, s. 19). Warto zaznaczyć, że 5,6% osób otrzymywało emerytury niższe niż połowa medialny, czyli wynosiły one mniej niż 1122,28 zł, natomiast co piąty emeryt (19,9%) otrzymywał świadczenie, które kształtowało się powyżej 150% wartości mediany. Przekraczało ono bowiem 3366,84 zł (Raport GUS 2022a, s. 19). Warto zaznaczyć, że potencjał nabywczy wydaje się zmniejszać, na początku XXI wieku stosunek emerytury pochodzącej z ZUS do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej wynosił bowiem 66%, a w 2021 – 55%. W przypadku emerytury z KRUS udział ten wygląda następująco: w 2000 roku 40%, a w 2021 – 29%.

Korzystanie ze świadczeń społecznych, emerytalnych jest jednym z wymiarów, które nakreślają sytuację ekonomiczną seniorów. Pewnym uzupełnieniem może być zakres ich aktywności zawodowej. Spośród osób w wieku 60 lat i więcej zdecydowana większość (85,5%) w 2020 roku nie była aktywna zawodowo (Raport GUS 2021, s. 26). Nieznacznie wyższy udział biernych zawodowo seniorów jest na wsi, gdyż w 2020 roku wyniósł on 86,3%, w miastach zaś 85,1% (Raport GUS 2021, s. 26). U zdecydowanej większości seniorów czynnikiem warunkującym ich bierną postawę w wymiarze zawodowym jest pobieranie emerytury (90%). W odniesieniu do 6,5% bierność zawodowa spowodowana jest chorobami i niepełnosprawnością. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że mimo poszerzającej się zbiorowości seniorów udział biernych zawodowo osób w wieku 60 lat i więcej na przestrzeni lat nieznacznie maleje. Jednakże rośnie odsetek osób, które nie podejmują aktywności zawodowej z powodu chorób i niepełnosprawności (Raport GUS 2021, s. 26). Dochody gospodarstw domowych składających się wyłącznie z seniorów w wieku 60 lat i więcej opierają się głównie na świadczeniach społecznych (84,7%). W dalszej kolejności źródłem dochodów jest praca najemna (9,9%), praca na własny rachunek (2,4) i finanse z gospodarstwa rolnego (0,4%) (Raport GUS 2021, s. 33). Dopełnieniem obrazu sytuacji ekonomicznej seniorów mogą być dane dotyczące subiektywnej oceny sytuacji materialnej gospodarstw domowych. Zdecydowana większość seniorów ocenia swoją sytuację materialną jako przeciętną (51,6%), a jako raczej złą i złą 8,5%. Bardziej optymistyczna ocena sytuacji materialnej wyrażana jest w większym zakresie przez seniorów z miast, gdyż sytuację swoją jako dobrą i raczej dobrą oceniło 42,5% z nich, a w przypadku seniorów mieszkających na wsi pozytywną ocenę swojej sytuacji materialnej wyraził co trzeci senior (32,3%) (Raport GUS 2021, s. 42). Zestawiając te dane ze zbiorowością seniorów do 60 roku życia, można zauważyć, że z wiekiem sytuacja ta się pogarsza, wszak osoby młodsze częściej oceniają swoją sytuację materialną pozytywnie (59,5%). W przypadku rozróżnienia na miasto i wieś wśród osób do 60 roku życia dane te kształtują się odpowiednio: 61,8% i 54,4% (Raport GUS 2021, s. 42).

Patrząc zaś na opiekę zdrowotną, to w 2020 roku z wszystkich porad udzielonych Polakom w ramach opieki podstawowej jedna trzecia (36%) skierowana była do osób w wieku 65+ (Raport GUS 2021, s. 44). Podobnie kształtowało się to w przypadku

opieki specjalistycznej (29,3%) (Raport GUS 2021, s. 44). W kontekście zdrowia seniorów warto przytoczyć dane dotyczące poradni geriatrycznych, których liczba w 2020 roku wynosiła 151. Spośród nich najwięcej było w województwie śląskim (30), a najmniej w podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (po 2). W odniesieniu zaś do liczby seniorów przypadających na jedną placówkę najkorzystniej kształtowała się ona w województwie pomorskim, w którym na „1 poradnię przypadało 37,6 tys.” seniorów w wieku 60 lat i więcej, a najmniej optymistycznie pod tym względem wypada województwo podkarpackie. W nim bowiem na jedną przychodnię przypada ponad ćwierć miliona seniorów (254,3 tys.) (Raport GUS 2021, s. 45)⁵. Dopelnieniem obrazu specjalistycznej opieki adresowanej do seniorów mogą być dane dotyczące oddziałów geriatrycznych, których liczba w Polsce powoli rośnie. W 2020 roku było ich w Polsce 51, a dekadę wcześniej ich liczba wynosiła 21 (Raport GUS 2021, s. 46)⁶. Największa liczba tych oddziałów jest w województwie śląskim (13), a najmniejsza w podlaskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim (po 1) (Raport GUS 2021, s. 47).

Oprócz usług medycznych, w tym porad świadczonych w ramach opieki zdrowotnej zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej oraz geriatrycznej, wymiarem dookreślającym sytuację seniorów jest pomoc społeczna. Zgodnie z danymi GUS w 2020 roku działało w Polsce 1851 stacjonarnych placówek pomocy społecznej, z których 871 to domy pomocy społecznej, a 408 to placówki zapewniające całodobową opiekę. Placówki te łącznie dysponowały blisko 120 tys. miejsc, z których 82,7 tys. oferowano w domach pomocy społecznej, a 15,6 tys. w ośrodkach z całodobową opieką (Raport GUS 2021, s. 53–54)⁷.

Dane te najogólniej pokazują, że zinstytucjonalizowane formy pomocy skierowanej do seniorów – choć nie tylko – ulegają powoli poszerzeniu w odpowiedzi na potrzeby wynikające z tendencji demograficznych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że profil seniora wymagającego opieki zdrowotnej oferowanej instytucjonalnie będzie ulegał zmianom, wszak propagowany od kilku lat model profilaktyki zdrowia, uwzględniający konieczność podejmowania aktywności fizycznej, badań profilaktycznych, będzie implikował lepszą kondycję zdrowotną seniorów w przyszłości. Próba ukazania zaplecza instytucjonalnego związanego z liczbą placówek czy miejsc w placówkach zdrowotnych bądź w placówkach pomocy bazuje na modelu myślenia o zdrowiu w kategoriach naprawczych. Przeorientowanie mentalności na projekty i działania zorientowane na zapobieganie wydaje się czynnikiem, który zmieni strukturę potrzeb seniorów w tym zakresie.

⁵ Przywołując dane z kolejnego raportu GUS dotyczącego sytuacji osób starszych w Polsce z 2021 r., zauważa się nieznaczne poszerzenie dostępności geriatrycznych usług lekarskich, gdyż w roku tym liczba poradni wynosiła 156. Zwiększenie liczby placówek wpływa na zwiększenie dostępności tych porad w poszczególnych województwach. Szerzej zob. Raport GUS 2022b, s. 44.

⁶ W 2021 r. była taka sama liczba tych placówek co w 2020 r. – por. Raport GUS 2022b, s. 45.

⁷ W 2021 r. zwiększyła się liczba wspomnianych placówek, gdyż było ich łącznie 1615 i oferowały one 127,2 tys. miejsc (Raport GUS 2021, s. 52–53).

Pewne próby przeorientowania świadomości społecznej, w tym również – czy przede wszystkim – seniorów, pokazują dane GUS na podstawie badania „Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej”, które było realizowane od 1 października 2020 roku do 30 września 2021. W badaniu tym co trzeci senior w wieku 60 lat i więcej ocenił swoją sprawność fizyczną jako bardzo dobrą i dobrą (28,8%), a jako złą lub bardzo złą – co piąty (21%). Zestawiając te wyniki z danymi z 2015 roku, można zauważyć ogólną poprawę subiektywnej oceny kondycji fizycznej. W 2015 roku swoją kondycję fizyczną jako bardzo dobrą i dobrą uznało bowiem 18,1%, a jako bardzo złą i złą 36,1%. W tym kontekście widać znaczące przesunięcie subiektywnych ocen kondycji zdrowotnej seniorów (Raport GUS 2022b, s. 52–53). Jednocześnie warto dodać, że w ramach gospodarstw domowych składających się z osób w wieku 60 lat i więcej aktywność fizyczna i rekreacyjna jest wyraźnie obecna. Co drugi senior z tej grupy jeździ na rowerze, a inne zajęcia ruchowe podejmuje 41,6% seniorów. Jogging, nordic walking wybiera co trzeci senior (31%), pływanie co piąty (18,5%), a aerobik, fitness i gimnastykę podejmuje 14,6% (Raport GUS 2022b, s. 58).

Obok aktywności fizycznej szczególnie istotna dla tej grupy jest sieć kontaktów społecznych, które z wiekiem ulegają zredukowaniu. Zgodnie z danymi GUS z 2015 roku w grupie wiekowej 65–74 lat spotkania z rodziną i krewnymi przynajmniej raz w tygodniu miał co czwarty senior (25,6%), w grupie wiekowej 75 lat i więcej spotkania te miał co trzeci senior (31,3%). Całkowity brak spotkań rodzinnych na przestrzeni 12 miesięcy w przypadku seniorów w wieku 65–74 lat wystąpił u niespełna 1% seniorów. W starszej grupie odsetek ten był nieco wyższy i wynosił 2,3. Dla porównania, w krajach Unii spotkania co najmniej raz w tygodniu z rodziną i krewnymi miało w grupie wiekowej 65–74 lat 53,6%, a w starszej (75 lat i więcej) 56,1%. Brak kontaktów w ostatnich 12 miesiącach odnotowano odpowiednio: 2,4% (65–74 lat) i 3,1% (75 lat i więcej) (Raport GUS 2020, s. 154). Częstotliwość spotkań seniorów w Polsce z przyjaciółmi kształtuje się na niższym poziomie aniżeli w przypadku utrzymywania bezpośrednich relacji z rodziną i krewnymi. W grupie wiekowej 65–74 lat spotkania z przyjaciółmi i znajomymi przynajmniej raz w tygodniu miał co piąty senior (19,8%), a w starszej grupie wiekowej (75 lat i więcej) odsetek ten wynosił 17,5. Brak natomiast wspomnianych spotkań w ciągu ostatnich 12 miesięcy kształtował się odpowiednio: 4,1% (65–74 lat) i 9% (75 lat i więcej) (Raport GUS 2020, s. 154). Ponownie przywołując dane dotyczące Unii, można zauważyć nieco niższy poziom usieciowienia społecznego seniorów w Polsce. W krajach Unii spotkania z przyjaciółmi i znajomymi przynajmniej raz w tygodniu miało 48,9% seniorów w wieku 65–74 lat, a w przypadku starszej zbiorowości odsetek ten wynosił 44,9. Wspomniany brak spotkań kształtował się na analogicznym poziomie w obydwu zbiorowościach seniorów (Raport GUS 2020, s. 154).

Dodajmy do tego obrazu aspekt łączący się ze współczesnym postępem technologicznym, a mianowicie korzystanie z Internetu. W 2019 roku z Internetu korzystało w ciągu ostatnich 3 miesięcy 40% seniorów w wieku 65–74 lat. Dla porównania

w krajach Unii odsetek ten wynosił 63. Codzienne z tego medium korzysta co czwarty (24%) senior w Polsce w wieku 65–74 lat, w krajach Unii zaś blisko połowa (47%). Podobnie kształtuje się korzystanie z poczty elektronicznej pozwalającej na komunikację, z której w Polsce korzysta 23% seniorów w wieku 65–74 lat, w krajach Unii zaś 47%. Z rozmów telefonicznych z wykorzystaniem Internetu lub wideo korzysta odpowiednio: 16% seniorów w Polsce i 25% w krajach Unii.

Z przywołanych zestawień dotyczących sieci kontaktów i korzystania z rozwiązań technologicznych, pozwalających nie tylko na pozyskiwanie informacji, ale również na podtrzymywanie relacji z innymi, widać wyraźnie ograniczenia w przypadku rodzimych seniorów, którzy w większym zakresie narażeni są na osamotnienie.

Potrzeby seniorów w Polsce związane są zatem między innymi z kwestiami materialnymi, kontaktami społecznymi, aktywnością fizyczną, partycypacją społeczną, wykluczeniem cyfrowym, które przynajmniej częściowo ukierunkowują konieczność projektowania i przygotowania dla nich ofert wsparcia w tych zakresach.

Programy adresowane do seniorów

Zarysowany wyżej wymiary zaledwie sygnalizuje skalę wyzwań, a zarazem potrzeb kształtowania form pomocy i wsparcia dla seniorów. Istniejące rozwiązania w Polsce przebiegają na kilku poziomach, w tym aktywizacji, uspołeczniania, podniesienia umiejętności, tworząc ofertę względnie komplementarną, a zarazem wpisującą się – przynajmniej częściowo – w pojawiające się potrzeby.

Istotnym elementem działań adresowanych obecnie w Polsce do seniorów są takie programy, jak: „Senior +” i „Aktywni+”. Pierwszy z programów, „Senior+”, realizowany jest na podstawie Uchwały nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 (MP 2021, poz. 10)⁸. Program ten ma na celu poszerzenie „aktywnego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym poprzez dofinansowanie rozbudowy infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w ośrodkach wsparcia «Senior+», tj. wsparcie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów «Senior+» i Klubów «Senior+»” (Załącznik do Uchwały nr 191 RM, s. 5). Program ten umożliwi tworzenie ofert dla seniorów, które wspierają aktywność społeczną i ruchową, a także umożliwi realizację przedsięwzięć związanych między innymi z edukacją, rekreacją, formami opieki (Załącznik do Uchwały nr 191 RM, s. 5).

⁸ Należy w tym miejscu zaznaczyć, że program był realizowany także w latach wcześniejszych (2016–2020) pod tą samą nazwą jako kontynuacja programu Senior-WIGOR – por. Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020, MP 2016, poz. 1254.

Wspomnianych placówek, czyli Dziennych Domów „Senior+” oraz Klubów „Senior+” było w Polsce w 2022 roku 1144, wśród których Dziennych Domów było 341, a klubów 803⁹. Łączna liczba miejsc w tych placówkach wynosiła 27 441, z których 8799 oferowanych było w Dziennych Domach „Senior+”, a w Klubach „Senior+” 18 642¹⁰. Należy zaznaczyć, że ta infrastruktura sukcesywnie ulega zwiększeniu. Dla przykładu, w roku 2021 ogólna liczba wspomnianych placówek wynosiła 1059, w tym Dziennych Domów „Senior+” było 326, a klubów 733 (Sprawozdanie MRiPS 2021c, s. 16). Placówki te oferowały łącznie 25 670 miejsc (Sprawozdanie MRiPS 2021c, s. 16). Jednocześnie w 2021 roku liczba seniorów, którzy skorzystali z oferty tych podmiotów, wyniosła 28 432 (Sprawozdanie MRiPS 2021c, s. 17) (szerzej – por. tabela 1).

Tabela 1. Liczba ośrodków, miejsc w ośrodkach oraz osób korzystających z usług ośrodków

Liczba ośrodków, miejsc i osób korzystających	2019	2020	2021	2022
Liczba ośrodków programu „Senior+”	771	966	1 059	1144
Liczba miejsc w ośrodkach działających w ramach programu „Senior+”	19 151	23 398	25 670	27 441
Liczba seniorów, którzy skorzystali z usług ośrodków	19 082	25 073	28 432	–

Źródło: Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015–2020. Edycja 2019, https://senior.gov.pl/program_senior_plus/strona/81; Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015–2020. Edycja 2020, https://senior.gov.pl/program_senior_plus/strona/81; Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025. Edycja 2021, https://senior.gov.pl/program_senior_plus/strona/81; Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025. Edycja 2022, https://senior.gov.pl/program_senior_plus/strona/81.

Kolejny program, „Aktywni+”, został powołany w 2020 roku Uchwałą nr 167 Rady Ministrów z 16 listopada 2020 roku w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025 (MP 2020, poz. 1125). Jego celem jest „zwiększenie uczestnictwa osób starszych we wszystkich dziedzinach życia społecznego poprzez wspieranie aktywności organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów” (Załącznik do Uchwały RM nr 1125, s. 19). Program ukierunkowany jest na stymulację działań NGO adresowanych do seniorów w czterech obszarach: aktywność społeczna, partycypacja społeczna, włączenie cyfrowe i przygotowanie do starości. Pierwszy z tych obszarów koncentruje się na budowaniu i rozszerzaniu kontaktów społecznych seniorów, zwłaszcza przez wzbogacenie form spędzania czasu wolnego. Drugi obszar ogniskuje się na zwiększeniu partycypacji seniorów w życiu publicznym. Trzeci ukierunkowany jest na rozwijanie ich kompetencji cyfrowych, a czwarty promuje inicjatywy oddziałujące na świadomość

⁹ Wykaz otwartych placówek „Senior+”, źródło: https://senior.gov.pl/program_senior_plus/strona/83 (dostęp: 20.12.2022).

¹⁰ Tamże.

społeczną w zakresie kształtowania pozytywnego wizerunku osób starszych (Załącznik do Uchwały nr 1125 RM, s. 19). Z inicjatyw powstałych w ramach tego programu w 2021 roku skorzystało łącznie 37 844 seniorów, z których największa liczba skorzystała z ofert tworzonych w ramach obszaru „aktywność społeczna” (16 007). W najmniejszym zakresie seniorzy skorzystali z ofert związanych z „przygotowaniem do starości” (5671) (Sprawozdanie MRiPS 2022, s. 17) (szerzej – por. tabela 2). Liczba natomiast organizacji, które uzyskały dofinansowanie w ramach tego programu, wyniosła 317. Najwięcej projektów powstało w obszarze dotyczącym aktywizacji społecznej, najmniej zaś dotyczyło partycypacji społecznej (szerzej – tabela 3) (Załącznik do Uchwały nr 1125 RM, s. 24–27). Wspomniane programy były realizowane przede wszystkim przez stowarzyszenia (158) i fundacje (122). Pozostałe inicjatywy były realizowane przez Kościoły i związki wyznaniowe (13 ofert), spółdzielnie socjalne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (po 3 oferty), a także klub sportowy oraz inne podmioty (Załącznik do Uchwały nr 1125 RM, s. 20).

Łączna pula środków przeznaczona na ten program wynosiła – zgodnie ze sprawozdaniem z realizacji tego programu w 2021 roku – 40 mln zł, z których 38 822 458,68 zł zostało wydanych na dotacje, a pozostałą kwotę przeznaczono na pomoc techniczną. Oznacza to zatem, że średnio na 1 uczestnika tego programu wydano 1025 zł (Załącznik do Uchwały nr 1125 RM, s. 21).

Tabela 2. Liczba uczestników projektów w programie „Aktywni+” w 2021 roku

Nazwa obszaru	Liczba uczestników
Aktywność społeczna	16 007
Partycypacja społeczna	6 244
Włączenie cyfrowe	9 921
Przygotowanie do starości	5 671
Ogółem	37 843

Źródło: Sprawozdanie MRiPS 2022, s. 17.

Tabela 3. Liczba projektów w programie „Aktywni+” w 2021 roku

Nazwa obszaru	Liczba projektów
Aktywność społeczna	131
Partycypacja społeczna	45
Włączenie cyfrowe	82
Przygotowanie do starości	59
Ogółem	317

Źródło: Sprawozdanie MRiPS 2022, s. 17.

Uniwersytety Trzeciego Wieku

Kolejnym rozwiązaniem ukierunkowanym na aktywizację seniorów są Uniwersytety Trzeciego Wieku (dalej UTW). Zgodnie z danymi GUS w 2018 roku działało 640 UTW, które miały zróżnicowaną formę organizacyjno-prawną. Większość z nich była prowadzona przez stowarzyszenia (268), dla których prowadzenie UTW było podstawową działalnością. Znacząca liczba UTW była prowadzona również przez uczenie wyższe (129), domy lub ośrodki kultury (106), a także organizacje pozarządowe (63) (szerzej – tabela 4). Patrząc na rok rozpoczęcia działalności podmiotu realizującego tę formę działalności, można zauważyć, że kumulacja w zakresie jej kształtowania nastąpiła w 2010 roku. Wówczas bowiem liczba UTW wynosiła 300. Pięć lat wcześniej, w 2005 roku, UTW było 100, a dekadę wcześniej, w 1995 roku, 19 (szerzej – tabela 5).

Najwięcej UTW działa w województwie mazowieckim (85), śląskim (70) i kujawsko-pomorskim (65). W najmniejszym zakresie ta forma wsparcia dla seniorów rozwinięta jest pod względem liczebnym w województwie świętokrzyskim, lubelskim i opolskim (po 17) (szerzej – tabela 6).

Z oferty UTW w roku akademickim 2017/2018 korzystało 113 193 słuchaczy, z których zdecydowaną większość stanowiły kobiety (84,3%). Patrząc na strukturę wieku, można zauważyć, że dominującą grupą byli słuchacze w wieku 61–75 lat (70,3%). Uczestników do 60 roku życia było 11,3%, a w wieku 76 lat i więcej 16% (Raport GUS 2019). Jeśli chodzi o strukturę wykształcenia, zauważalne jest, że dominującą grupą wśród słuchaczy UTW były osoby z wykształceniem średnim (50,5%). Uczestników z wykształceniem wyższym było 37,9%, z niższym zaś, czyli zasadniczym zawodowym i podstawowym, odpowiednio: 9% i 2,6% (Raport GUS 2019).

Tabela 4. Formy organizacyjno-prawne Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce w 2018 roku

Forma organizacyjno-prawna	Liczba UTW
Stowarzyszenie, dla którego główną formą działalności był UTW	268
Fundacja, dla której główną formą działalności był UTW	5
Organizacja pozarządowa (np. stowarzyszenie lub fundacja), której główna forma działalności była inna niż UTW	63
Szkoła wyższa	129
Centrum kształcenia ustawicznego	6
Dom / ośrodek kultury	106
Biblioteka	6
Instytucja pomocy społecznej	5
Inna jednostka powołana przez urząd gminy / miasta	5
Inna forma	6

Źródło: Formy organizacyjno-prawne Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce, w: Raport GUS 2019.

Tabela 5. Rok rozpoczęcia działalności podmiotów prowadzących Uniwersytety Trzeciego Wieku

Forma organizacyjno-prawna	Lata								
	1975	1985	1995	2005	2010	2015	2016	2017	2018
Stowarzyszenie, dla którego główną formą działalności był UTW	1	6	12	51	157	239	254	265	268
Fundacja, dla której główną formą działalności był UTW	-	-	-	-	1	4	5	5	5
Organizacja pozarządowa, której główną formą działalności była inna niż UTW	-	-	1	13	36	58	59	63	63
Szkoła wyższa	-	3	6	16	60	114	123	128	129
Centrum kształcenia ustawicznego	-	-	-	1	6	6	6	6	6
Dom / ośrodek kultury	-	-	-	15	61	98	102	106	106
Biblioteka	-	-	-	-	2	6	6	6	6
Instytucja pomocy społecznej	-	-	-	1	3	5	5	5	5
Inna jednostka powołana przez urząd gminy / miasta	-	-	-	1	5	5	5	5	5
Inna forma	-	-	-	2	5	6	6	6	6
Ogółem	1	9	19	100	336	541	571	595	599

Źródło: Uniwersytety Trzeciego Wieku według roku rozpoczęcia działalności, formy organizacyjno-prawnej i województw, w: Raport GUS 2019.

Tabela 6. Uniwersytety Trzeciego Wieku w województwach w 2018 roku

Województwa	Liczba UTW
Dolnośląskie	48
Kujawsko-pomorskie	65
Lubelskie	17
Lubuskie	22
Łódzkie	34
Małopolskie	48
Mazowieckie	85
Opolskie	17
Podkarpackie	20
Podlaskie	19
Pomorskie	40
Śląskie	70
Świętokrzyskie	16
Warmińsko-mazurskie	36
Wielkopolskie	63
Zachodniopomorskie	40

Źródło: Uniwersytety trzeciego wieku w Polsce w 2018 r., mapa 1, w: Raport GUS 2019.

Przywołane w tabelach 4–6 dane pokazują, że oferta UTW jest sukcesywnie poszerzana, co świadczy – przynajmniej częściowo – o zainteresowaniu seniorów taką propozycją ich aktywizacji. Należy jednak zaznaczyć, że propozycja ta, choć jest adresowana do szerokiego grona, wybierana jest przede wszystkim – co ukazuje struktura wykształcenia uczestników – przez określone grupy, a dokładniej przez osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Warto w tym miejscu przywołać strukturę wykształcenia seniorów. Zgodnie z danymi GUS ze spisu powszechnego z 2011 roku¹¹ wśród osób w wieku 65+ dominującym wykształceniem było wykształcenie podstawowe (45,9%). W dalszej kolejności średnie i policealne (24%), zasadnicze zawodowe (13,5%), wyższe (9,5%) oraz brak wykształcenia i niepełne podstawowe (2,1%) (Raport GUS 2014, s. 9). Zróżnicowanie wykształcenia seniorów (65+) jest szczególnie widoczne w odniesieniu do podziału na miasto i wieś. Najogólniej można powiedzieć, że senior mieszkający na wsi to niemal w 70% osoba z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (pozostali: zawodowe 10%, średnie 9% i wyższe 2,8%). Senior z miasta to osoba również z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym (36,5%), a dalej średnim (33%), zawodowym (15%); wyższym (13,5%). Zestawiając propozycję aktywizacji seniorów oferowaną przez UTW z danymi dotyczącymi struktury ich wykształcenia, można zauważyć, że propozycja ta wydaje się ukierunkowana na dwie grupy senioralne (z wykształceniem wyższym i średnim).

Opieka nad seniorami

Istotnym wymiarem inicjatyw i pomocy skierowanych do omawianej grupy – które można rozpatrywać w perspektywie deinstytucjonalizacji – są usługi związane z opieką nad seniorami wraz z tymi o charakterze specjalistycznym, obejmującymi wiele działań wspierających członków tej grupy społecznej. Wsparcie to jest realizowane na różnych poziomach i w rozmaitych formach, świadczone jest bowiem w formie finansowej lub niefinansowej, w miejscu zamieszkania bądź przez instytucje, jak chociażby rodzinne domy pomocy, dzienne domy pomocy, mieszkania chronione czy domy pomocy społecznej (dalej: DPS), w tym zwłaszcza placówki dla osób w podeszłym wieku jako oferta kierowana do precyzyjnie określonej grupy. Każda z wymienionych instytucji oferuje określone formy pomocy. Dla przykładu mieszkania chronione ukierunkowane są na wsparcie osób, które nie wymagają całodobowej opieki, a zarazem potrzebują pomocy w działaniach związanych z samodzielnym życiem i utrzymaniem kontaktów społecznych (Informacja o sytuacji 2016, s. 30–31). Pomoc ta udzielana jest między innymi przez asystentów, pracowników socjalnych, psychologów, terapeutów (Informacja o sytuacji 2016). W 2015 roku placówek takich było 660 i oferowały one 2605 miejsc, z których skorzystały 2593 osoby (Informacja o sytuacji 2016). Pięć lat później, w 2020 roku, mieszkań takich było 1348, zapewniały

¹¹ Dane dotyczące wykształcenia ze Spisu Powszechnego z 2021 r. nie są jeszcze dostępne.

one 4098 miejsc, a skorzystały z nich 3664 osoby (Informacja o sytuacji 2021, s. 34). Rodzinne domy pomocy społecznej są natomiast placówkami zapewniającymi wsparcie seniorom w zakresie, który nie jest możliwy do realizacji w miejscu ich zamieszkania (Informacja o sytuacji 2016). W 2015 roku domów takich było 26 i oferowały one 166 miejsc, a przebywało w tych placówkach 241 osób (Informacja o sytuacji 2016). W 2020 roku było 47 takich domów, w których mogły przebywać 354 osoby, skorzystało z tej formy 343 seniorów (Informacja o sytuacji 2021). Przywołane dane pozwalają zauważyć sukcesywne powiększanie się tego sektora usług, chociaż widoczna jest zróżnicowana popularność wskazanych form, które plastycznie wpisują się w rozwiązania deinstytucjonalizacyjne.

Nieco inaczej kwestia ta kształtuje się w odniesieniu do DPS-ów, co uwypukliła ostatnia nowelizacja ustawy o pomocy społecznej (Ustawa z dnia 28 lipca 2023 o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw¹²), która wywołała głosy sprzeciwu płynące z różnym natężeniem z różnych środowisk, wśród których istotne – w analizowanym kontekście – wydają się postulaty artykułowane przez środowisko pracowników DPS-ów. Ponadto sama formuła organizacyjna może się jawić jako niekoherentna z założeniami deinstytucjonalizacji, albowiem DPS-y, z uwagi między innymi na formy i zakres stosowanej kontroli, przypominają swoisty panopticon lub instytucję totalną (Grabusińska 2013, s. 43; Goffman 2011).

DPS-y są instytucjami ukierunkowanymi na świadczenie profesjonalnych usług, związanych między innymi z opieką, pomocą, rehabilitacją i aktywizacją (Iwański 2019, s. 40–45; Grabusińska 2013, s. 40–43), które powinny mieć charakter zindywidualizowanych przedsięwzięć wsparcia dla poszczególnych mieszkańców (Grabusińska 2013, s. 42). Proces starzenia się powoduje sukcesywne ograniczanie samodzielności, implikując niejednokrotnie pasywność osób przebywających w tych placówkach, a zarazem konieczność poszerzania form opieki i pielęgnacji (Grabusińska 2013, s. 42–43). DPS-y są zatem integralnym elementem skierowanych głównie do osób niesamodzielnych działań pomocowych, których realizacja przypisana jest instytucjom publicznym, choć również podmiotom niepublicznym (Grabusińska 2013, s. 40).

Wymiar infrastrukturalny, choć również organizacyjny DPS-ów dla osób w podeszłym wieku mogą zobrazować dane Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (dalej MRiPS). Zgodnie z tymi danymi w ostatniej dekadzie można zaobserwować zmniejszanie się sektora adresowanego do osób w podeszłym wieku. W 2010 roku było bowiem zarejestrowanych 131 placówek o tym profilu, które oferowały nieco ponad 9,5 tys. miejsc, a przebywało w nich niespełna 9,3 tys. osób. Pięć lat później, w 2015 roku, były 92 zarejestrowane placówki z oferowaną liczbą miejsc nieco ponad 6,2 tys. i liczbą podopiecznych wynoszącą ponad 6,6 tys. W 2020 roku natomiast liczba wspomnianych, zarejestrowanych jednostek wynosiła 86 z oferowaną liczbą nieco ponad 6,1 tys. miejsc, z których wykorzystanych zostało 5,2 tys. (szerzej – tabela 7).

¹² Ustawa została podpisana przez Prezydenta RP 4 sierpnia 2023 r. Jej zapisy mają obowiązywać 2 miesiące od daty jej ogłoszenia, przy czym część przepisów wejdzie w życie 1 stycznia 2024 r.

Tabela 7. Domy pomocy społecznej (ponadgminne) dla osób starszych w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010			2015			2020					
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań
Dolnośląskie	6	6	528	524	5	5	399	398	5	5	405	371
Kujawsko-pomorskie	9	9	634	629	8	8	593	589	8	8	522	466
Lubelskie	5	6	378	344	2	3	101	72	2	2	61	52
Lubuskie	2	2	140	132	1	1	58	53	0	0	0	0
Łódzkie	10	10	961	910	8	8	613	584	7	7	495	388
Małopolskie	16	16	1 078	1 065	14	14	1 016	983	11	11	766	689
Mazowieckie	15	16	1 156	1 110	12	12	888	851	12	12	868	684
Opolskie	7	8	426	423	5	5	317	307	4	4	221	205
Podkarpackie	7	7	432	415	2	2	70	64	1	1	73	55
Podlaskie	3	3	83	87	3	3	85	84	2	2	55	49
Pomorskie	6	9	348	353					0	0	0	0
Śląskie	23	23	1 970	1 926	20	20	1 765	1 741	21	21	1 848	1 636
Świętokrzyskie	1	1	35	35	1	1	35	32	1	1	35	34
Warmińsko-mazurskie	7	7	424	399	3	3	120	116	2	2	81	66
Wielkopolskie	13	13	939	861	11	11	756	719	10	4	685	559
Zachodniopomorskie	1	1	60	59	1	1	60	60	0	0	0	0
Ogółem	131	137	9 592	9 272	96	97	6 876	6 653	86	80	6 115	5 254

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010; Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPiPS-05 za 2020 r.

Zarysowana tendencja kurczenia się sektora DPS-ów przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku ma charakter jednolity na terenie całego kraju, widoczna jest również – co względnie oczywiste – w odniesieniu do placówek zarówno samorządów powiatowych, jak i prowadzonych przez podmioty niepubliczne (szerzej – tabele 8 i 9).

Dopełnieniem zarysowanego obrazu DPS-ów dla osób w podeszłym wieku mogą być dane dotyczące liczby miejsc w DPS-ach dla tych osób oraz osób przewlekle somatycznie chorych, a także dla osób niepełnosprawnych fizycznie. W 2010 roku zarejestrowanych placówek dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych było 64, w 2015 roku podmiotów tych było 95, a w 2020 – 10. Oferowały one następującą liczbę miejsc: w 2010 roku 6461, w 2015 – 9132, w 2020 – 606. Osób przebywających w tych ośrodkach było: 6320 (2010), 8923 (2015) i 532 (2020). W przypadku DPS-ów dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie dane dotyczące liczby zarejestrowanych podmiotów były następujące: 12 (2010), 15 (2015), 5 (2020). Podmioty te oferowały w 2010 roku 1261 miejsc, w 2015 – 1602, a w 2020 – 191. Mieszkańców zaś tych ośrodków w 2010 roku było 1191, w 2015 – 1498, a w 2020 – 126 (Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010, 2015, 2020). Przywołane dane pokazują, że liczba jednostek przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku ulega sukcesywnemu zmniejszaniu w ciągu omawianych lat.

Patrząc natomiast na cały sektor DPS-ów ponadgminnych, widzimy jego względną stabilność w wymiarze liczby placówek, gdyż w 2010 roku jednostek zarejestrowanych było 792, a w 2020 – 790 (Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010, 2020). Podobnie, choć z zarysowującą się tendencją wzrostową, kształtuje się liczba oferowanych miejsc, których w 2020 roku było nieco ponad 77 tys., w 2015 prawie 78,2 tys., a w 2020 niemal 79,5 tys. Zauważalne jest jednak nieznaczne zmniejszenie się liczby osób przebywających w omawianych podmiotach, gdyż w 2010 roku osób przebywających w DPS-ach o różnym profilu było 75,7 tys., w 2015 niespełna 77 tys., a w 2020 – 73,8 tys. (szerzej – tabela 10). Analizując natomiast strukturę wieku mieszkańców tych podmiotów, zauważamy zwiększanie się udziału osób w wieku 61 lat i więcej, gdyż w 2010 roku było ich 52,17% (Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010), w 2015 – 56 % (Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015, s. 6), a w 2020 – 58,8% (Sprawozdanie MPiPS-05 za 2020). Nieznacznie zmniejsza się grupa sędziwych seniorów powyżej 74 roku życia. Zgodnie bowiem z danymi MRiPS w 2010 roku było ich 29,24%, w 2015 – 29,3%, a w 2020 – 27,6%.

Przywołane dane – zwłaszcza odnoszące się do placówek przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku – ujawniają pewną antynomie związaną z trendami demograficznymi: zwiększa się odsetek seniorów w społeczeństwach, a zarazem kurczy liczba placówek sprofilowanych na potrzeby tej grupy. Można jednak próbować interpretować „przesunięcia” w infrastrukturze lepszą kondycją zdrowotną „statystycznego” seniora i jego większą sprawnością, co może opóźniać moment trafiań seniorów do tego sektora pomocy. Sytuacja ta tworzy warunki – przynajmniej potencjalnie – do bardziej zindywidualizowanego podejścia, między innymi z uwagi na mniejszą liczbę podopiecznych. Z danych dotyczących liczby pracowników w omawianych

Tabela 8. Domy pomocy społecznej (ponadgminne) podmiotów niepublicznych dla osób starszych w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań
Dolnośląskie	2	2	140	139	2	2	144	143	2	2	150	128
Kujawsko-pomorskie	1	1	85	83	1	1	49	47	1	1	49	43
Lubelskie	2	2	61	46	2	2	61	61	2	2	61	52
Lubuskie									0	0	0	0
Łódzkie									0	0	0	0
Małopolskie	6	6	310	297	6	6	312	296	5	5	242	230
Mazowieckie	2	2	65	59	2	2	65	57	2	2	60	44
Opolskie	2	2	92	93	1	1	42	42	1	0	42	27
Podkarpackie	4	4	153	143	2	2	70	64	1	1	73	55
Podlaskie	2	2	53	55	2	2	55	54	1	1	25	20
Pomorskie	3	6	88	87					0	0	0	0
Śląskie	10	10	691	661	10	10	750	730	11	11	833	750
Świętokrzyskie	1	1	35	35	1	1	35	32	1	1	35	34
Warmińsko-mazurskie	3	3	161	141	1	1	31	30	2	2	81	66
Wielkopolskie	3	3	162	147	3	3	162	156	2	1	88	70
Zachodniopomorskie									0	0	0	0
Ogółem	41	44	2 096	1 986	33	33	1 776	1 712	31	29	1 739	1 519

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPIPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2020 r.

Tabela 9. Domy pomocy społecznej (ponadgminne) samorządów powiatowych dla osób starszych w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
Dolnośląskie	4	4	388	385	3	3	255	255	3	3	255	243
Kujawsko-pomorskie	8	8	549	546	7	7	544	542	7	7	473	423
Lubelskie	3	4	317	298	-	1	40	11	0	0	0	0
Lubuskie	2	2	140	132	1	1	58	53	0	0	0	0
Łódzkie	10	10	961	910	8	8	613	584	7	7	495	388
Małopolskie	10	10	768	768	8	8	704	687	6	6	524	459
Mazowieckie	13	14	1 091	1 051	10	10	823	794	10	10	808	640
Opolskie	5	6	334	330	4	4	275	265	3	4	179	178
Podkarpackie	3	3	279	272					0	0	0	0
Podlaskie	1	1	30	32	1	1	30	30	1	1	30	29
Pomorskie	3	3	260	266					0	0	0	0
Śląskie	13	13	1 279	1 265	10	10	1 015	1 011	10	10	1 015	886
Świętokrzyskie									0	0	0	0
Warmińsko-mazurskie	4	4	263	258	2	2	89	86	0	0	0	0
Wielkopolskie	10	10	777	714	8	8	594	563	8	3	597	489
Zachodniopomorskie	1	1	60	59	1	1	60	60	0	0	0	0
Ogółem	90	93	7 496	7 286	63	64	5 100	4 941	55	51	4 376	3 735

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPiPS-05 za 2020 r.

Tabela 10. Domy pomocy społecznej (ponadgminne) w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańcańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańcańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańcańców
	Dolnośląskie	55	55 (55)	5 546	5 421	55	57	5 642	5 610	54	X	5 589
Kujawsko-pomorskie	48	48 (48)	4 026	3 872	46	46	3 932	3 912	46	X	4 004	3 827
Lubelskie	44	44 (55)	4 436	4 351	44	55	4 461	4 312	45	X	4 522	4 053
Lubuskie	24	24 (24)	2 356	2 350	23	23	2 340	2 342	23	X	2 337	2 113
Łódzkie	58	58 (58)	6 187	6 057	56	56	6 207	6 125	55	X	6 218	5 635
Małopolskie	85	85 (86)	7 374	7 260	87	89	7 748	7 608	86	X	7 918	7 405
Mazowieckie	87	87 (92)	9 092	8 930	89	89	9 272	9 084	91	X	9 429	8 741
Opolskie	30	30 (40)	2 794	2 765	27	31	2 992	2 946	28	X	3 035	2 894
Podkarpackie	48	48 (50)	4 524	4 366	47	47	4 665	4 510	47	X	4 785	4 335
Podlaskie	21	21 (21)	2 287	2 270	21	21	2 325	2 306	21	X	2 337	2 209
Pomorskie	40	40 (48)	3 822	3 802	39	60	3 918	3 911	39	X	3 960	3 750
Śląskie	85	85 (85)	7 811	7 727	85	86	7 890	7 843	89	X	8 220	7 720
Świętokrzyskie	31	31 (31)	3 233	3 217	31	31	3 145	3 074	32	X	3 205	2 987
Warmińsko-mazurskie	40	40 (40)	3 576	3 453	39	40	3 550	3 487	41	X	3 695	3 447
Wielkopolskie	65	65 (68)	6 286	6 165	63	65	6 295	6 188	62	X	6 375	5 910
Zachodniopomorskie	31	31 (31)	3 743	3 732	31	31	3 772	3 731	31	X	3 797	3 520
Ogółem	792	792 (832)	77 093	75 738	783	827	78 154	76 989	790	X	79 426	73 818

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPIPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2020 r.

jednostkach wynika, że choć następuje redukcja zaplecza infrastrukturalnego, potencjał kadrowy nieznacznie się poszerza. Dla przykładu w 2015 roku łącznie było zatrudnionych w ponadgminnych DPS-ach nieco ponad 54,2 tys. osób, a w 2020 niemal 55,7 tys., przy czym zmniejszyła się liczba osób sprawujących funkcje kierownicze, gdyż w 2015 roku kierowników lub dyrektorów było 907, a w 2020 – 830.

Przywołane zestawienie można interpretować dychotomicznie. Z jednej strony pokazuje ono istniejące znaczące zaplecze w tym sektorze, które jest profesjonalizowane w zakresie specjalistycznego wsparcia seniorów. Z drugiej strony sektor ten jest redukowany w zakresie wsparcia adresowanego do seniorów, co ujawnia – za-sygnalizowaną już wcześniej – antynomię w odniesieniu do tendencji demograficznych. Tendencje te można potraktować jako implementację rozwiązań deinstytucjonalizacyjnych na bazie decyzji legislacyjnych, administracyjnych, form strukturalnych, które przez redukcję specjalistycznych podmiotów wymuszają formy aktywności i działalności spójne ze wspomnianym projektem deinstytucjonalizacji. Taki nurt interpretacji wydaje się egzemplifikować – wspomniane już – rozwiązanie legislacyjne, które choć wprowadza wiele środków istotnych z perspektywy osób i grup wymagających wsparcia, w tym między innymi świadczenia wspierające, to jednak wyklucza z możliwości korzystania z tej formy pomocy osoby przebywające między innymi w DPS-ach. Innymi słowy, idea deinstytucjonalizacji jest współczesnym projektem, którego walory przyczyniają się do coraz szerszego adaptowania go w różnych przestrzeniach społecznych. Jednakże chęć włączenia zdeinstytucjonalizowanych rozwiązań w struktury społeczne może się przyczyniać do osłabiania istniejących rozwiązań instytucjonalnych, może także przysłańać rzeczywiste potrzeby.

DPS-y są podmiotami silnie zinstytucjonalizowanymi, które jawią się – w zewnętrznym oglądzie – jako odbiegające, by nie rzec niekoherentne, od projektu deinstytucjonalizacji, lecz przyjęcie takiej perspektywy uwypukla obawy przed zmianami, które jeśli są wprowadzane odgórnymi uregulowaniami, to niejednokrotnie gaszą i niwelują ewentualną otwartość na rozwiązania i inicjatywy społeczne emanujące humanizmem, a tym samym przyjazne dla człowieka.

Zamiast podsumowania

Przywołany obraz sytuacji seniorów w Polsce w kontekście wyzwań, przede wszystkim demograficznych, pokazuje dwie główne tendencje. Pierwsza jest związana z próbą dostosowania rozwiązań instytucjonalnych do rosnącej skali potrzeb wynikających z poszerzającej się zbiorowości seniorów. Druga dotyczy coraz wyraźniejszego formowania się sektora usług społecznych opartych na rozwiązaniach lokalnych i oferowanych przez organizacje pozarządowe, które wpisują się w rozwiązania

deinstytucjonalizacyjne. Uśrodkowanie wsparcia jest ukierunkowane bardziej na seniorów, którzy są aktywni. Mówiąc inaczej, kondycja seniorów czyni te usługi bardziej widocznymi. Wydaje się, że można to łączyć ze skalą potrzeb wyznaczanych statystykami, a dokładniej z udziałem nieaktywnych seniorów. Ponadto dostrzegalny jest w tym wymiarze czynnik kulturowy promujący młodość i zdrowie, a z umiarkowania konstytuuje tabu, co uwypukla swoistą antynomię współczesnej kultury, która immanentny element ludzkiej egzystencji zasadniczo wypiera z publicznej obecności.

Jednocześnie czynnikiem o charakterze prognostycznym, również powiązaniem z tendencjami demograficznymi, jest statystyczny senior, dla którego oferta usług oparta jest na jego dzisiejszym profilu socjo-demograficznym. Otwarte pozostaje pytanie, w jakim zakresie segment usług społecznych wpisany w deinstytucjonalizację uwzględnia profil seniora za jedną czy dwie dekady. Przestrzenią, która jawi się jako wymagająca wsparcia, jest próba kształtowania także świadomości seniorów, którzy nie tyle powinni emigrować z przestrzeni zawodowej, ile w niej pozostać, ale to również trend przyszłościowy.

Powiązane z powyższym wymiarem – czyli pozostawaniem w przestrzeni publicznej, utrzymywaniem aktywności, między innymi zawodowej, społecznej – jest zjawisko samotności, które w znaczącym zakresie dotyka omawianą grupę społeczną, co jest naturalnym procesem zachodzącym w życiu każdej jednostki, lecz współcześnie jawi się jako specyficzny emblemat sygnujący różne grupy społeczne w różnym zakresie. Niemniej skalę problemu w odniesieniu do seniorów znacząco uwypuklił czas pandemii COVID-19, a zwłaszcza lockdownu, który potencjalnie jedynie czasowo „zamroził” ich codzienną, rutynową aktywność, lecz w rzeczywistości spowodował izolację seniorów, potęgując demotywyację do aktywności i stając się przez to akceleratorem ich pasywności i zamknięcia¹³. Kwestia ta uwypukla pilność i konieczność wprowadzania zmian opartych na deinstytucjonalizacji, by zaadaptować rozwiązania i wypracować procedury działania, które ograniczą izolację seniorów, a tym samym skutki zawężania się ich kręgów towarzyskich czy, szerzej, społecznych. Istniejące programy i projekty ukierunkowane na tę grupę społeczną można identyfikować jako inspirujący początek zachodzących zmian, których efektywność zostanie społecznie oceniona za kilka dekad. Zapewne trendem przyszłościowym jest zaszczepienie rozwiązań i formuł deinstytucjonalizacji w sektorze zinstytucjonalizowanych podmiotów oferujących wielowymiarowe wsparcie seniorom z uwagi na konieczność jej oswojenia, a niewykluczone, że emancypacji myślenia ze znanych schematów instytucjonalnych.

¹³ Na podstawie wywiadu zrealizowanego w ramach międzynarodowego projektu RECOVIRA.

Tabela II. Domy pomocy społecznej (ponadgminne) niepubliczne w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
Dolnośląskie	15	15	814	815	17	17	937	936	18	X	979	915
Kujawsko-pomorskie	7	7	447	436	7	7	449	442	7	X	456	446
Lubelskie	7	7	364	346	7	7	369	352	8	X	399	345
Lubuskie	2	2	112	112	2	2	112	108	2	X	112	112
Łódzkie	7	7	273	277	8	8	519	508	7	X	478	438
Małopolskie	30	30	1 528	1 497	34	34	1 742	1 686	33	X	1 774	1 653
Mazowieckie	18	18	1 164	1 146	19	19	1 224	1 174	20	X	1 258	1 153
Opolskie	12	12	872	877	12	12	890	889	13	X	941	913
Podkarpackie	17	18	1 081	1 024	17	17	1 126	1 077	17	X	1 184	1 072
Podlaskie	6	6	431	430	6	6	459	453	6	X	461	442
Pomorskie	9	13	548	541	8	13	566	557	8	X	590	575
Śląskie	38	38	2 902	2 851	39	39	3 000	2 964	43	X	3 298	3 120
Świętokrzyskie	7	7	386	383	7	7	382	370	7	X	386	322
Warmińsko-mazurskie	12	12	653	621	10	10	617	604	12	X	759	709
Wielkopolskie	11	14	1 042	1 011	11	13	1 042	1 006	11	X	1 046	943
Zachodniopomorskie	7	7	634	633	8	8	727	714	6	X	563	531
Ogółem	205	213	13 251	13 000	212	219	14 161	13 840	218	X	14 684	13 689

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPiPS-05 za 2020 r.

Tabela 12. Domy pomocy społecznej (ponadgminne) samorządów powiatowych w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańcańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańcańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańcańców
Dolnośląskie	40	40	4 732	4 606	38	40	4 705	4 674	36	X	4 610	4 357
Kujawsko-pomorskie	41	41	3 579	3 436	39	39	3 483	3 470	39	X	3 548	3 381
Lubelskie	37	48	4 072	4 005	37	48	4 092	3 960	37	X	4 123	3 708
Lubuskie	22	22	2 244	2 238	21	21	2 228	2 234	21	X	2 225	2 001
Łódzkie	51	51	5 914	5 780	48	48	5 688	5 617	48	X	5 740	5 197
Małopolskie	55	56	5 846	5 763	53	55	6 006	5 922	53	X	6 144	5 752
Mazowieckie	69	74	7 928	7 784	70	70	8 048	7 910	71	X	8 171	7 588
Opolskie	18	28	1 922	1 888	15	19	2 102	2 057	15	X	2 094	1 981
Podkarpackie	31	32	3 443	3 342	30	30	3 539	3 433	30	X	3 601	3 263
Podlaskie	15	15	1 856	1 840	15	15	1 866	1 853	15	X	1 876	1 767
Pomorskie	31	35	3 274	3 261	31	47	3 352	3 354	31	X	3 370	3 175
Śląskie	47	47	4 909	4 876	46	47	4 890	4 879	46	X	4 922	4 600
Świętokrzyskie	24	24	2 847	2 834	24	24	2 763	2 704	25	X	2 819	2 665
Warmińsko-mazurskie	28	28	2 923	2 832	29	30	2 933	2 883	29	X	2 936	2 738
Wielkopolskie	54	54	5 244	5 154	52	52	5 253	5 182	51	X	5 329	4 967
Zachodniopomorskie	24	24	3 109	3 099	23	23	3 045	3 017	25	X	3 234	2 989
Ogółem	587	587 (619)	63 842	62 738	571	608	63 993	63 149	572	X	64 742	60 129

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPIPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2020 r.

Tabela 13. Gminne domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
Dolnośląskie	1	1	88	86					2	2	136	128
Kujawsko-pomorskie									0	0	0	0
Lubelskie									0	0	0	0
Lubuskie									0	0	0	0
Łódzkie									0	0	0	0
Małopolskie									1	1	10	7
Mazowieckie	2	2	57	57					1	1	23	19
Opolskie	1	1	44	44					1	0	47	37
Podkarpackie									2	2	20	15
Podlaskie									1	1	25	24
Pomorskie	1	1	64	63					0	0	0	0
Śląskie	6	6	264	240					7	7	295	235
Świętokrzyskie									0	0	0	0
Warmińsko-mazurskie									0	0	0	0
Wielkopolskie									0	0	0	0
Zachodniopomorskie									0	0	0	0
Ogółem	11	11	517	490	13	13	550	533	15	14	556	465

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPIPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2020 r.

Tabela 14. Gminne domy pomocy społecznej w podziale na województwa w latach 2010, 2015 i 2020^a

Województwo	2010				2015				2020			
	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań	Domy zarejestrowane	Rzeczywista liczba domów	Liczba miejsc	Liczba mieszkań
Dolnośląskie	2	2	123	119					5	X	221	185
Kujawsko-pomorskie									0	X	0	0
Lubelskie									1	X	30	19
Lubuskie									0	X	0	0
Łódzkie									0	X	0	0
Małopolskie									5	X	227	170
Mazowieckie	2	2	57	57					2	X	57	50
Opolskie	1	1	44	44					1	X	47	37
Podkarpackie									3	X	48	41
Podlaskie									2	X	41	26
Pomorskie	4	4	236	182					3	X	191	165
Śląskie	8	8	440	417					9	X	471	398
Świętokrzyskie									2	X	107	91
Warmińsko-mazurskie									1	X	19	18
Wielkopolskie									1	X	30	30
Zachodniopomorskie									1	X	89	85
Ogółem	17	17	900	819	24	X	1 195	1 149	36	X	1 578	1 315

^aZestawienie obejmuje dane w poszczególnych latach na 31 grudnia każdego roku.

Źródło: Sprawozdanie MPIPS-05 za 2010 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2015 r.; Sprawozdanie MPIPS-05 za 2020 r.

CZĘŚĆ II

Polityka deinstytucjonalizacji w Unii Europejskiej



Deinstytucjonalizacja w obszarze pomocy społecznej. Uwarunkowania, założenia i ewaluacja polityki w Unii Europejskiej

Wprowadzenie

Społeczeństwa europejskie stają przed wieloma wyzwaniami. Następujące po sobie kryzysy gospodarcze, starzenie się ludności, fale migracji, cyfryzacja, kryzys klimatyczny, pandemia koronawirusa bądź zagrożenia wywołane wojną w Ukrainie to tylko niektóre z problemów wpływających na jakość życia w państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE). Działające w nich systemy pomocy społecznej uwarunkowane są różnymi obciążeniami wynikającymi z narastających potrzeb społecznych. Powstałe negatywne skutki są szczególnie odczuwane przez osoby wymagające opieki, które stale przebywają w placówkach pomocowych. Odpowiedzią na zaistniałą sytuację (przynajmniej w założeniu) jest inicjatywa na szczycie UE, idąca w kierunku deinstytucjonalizacji tradycyjnego systemu pomocy społecznej, jaki funkcjonuje w większości państw członkowskich Unii.

Celem tego opracowania jest znalezienie odpowiedzi na pytania dotyczące genezy, interpretacji i kontekstu narodzin oraz ewolucji polityki UE w obszarze deinstytucjonalizacji pomocy społecznej. Podjęte zostaną zagadnienia założeń tej polityki, miejsca, jakie zajmuje ona w priorytetach UE, a także instrumentów jej realizacji. Kolejne kwestie dotyczą sposobu wytyczania deinstytucjonalizacji pomocy społecznej, określenia głównych interesariuszy tej polityki oraz oceny jej implementacji. Poszukując odpowiedzi na takie pytania, poddaliśmy przede wszystkim analizie materiały znajdujące się na oficjalnych stronach internetowych Komisji Europejskiej dedykowane polityce deinstytucjonalizacji oraz na stronach tematycznie powiązanych,

¹ Agnieszka Vetulani-Cęgiel, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, nr ORCID: 0000-0002-4986-6388.

² Krzysztof Jasiński, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0003-0433-9194.

wzięliśmy także pod uwagę strategiczne i ramowe opracowania związane z tą problematyką³.

Rozważania teoretyczne

*Geneza idei i jej interpretacje*⁴

Idea podejmowana w UE pod hasłem deinstytucjonalizacji ma swoje korzenie sięgające przełomu XVIII i XIX wieku. Powstawały wówczas nowoczesne instytucje opieki społecznej, takie jak domy dla obłąkanych, azyle, szpitale psychiatryczne, zakłady wychowawcze, przytułki i sierocińce, w których odosobniano ludzi nie-poczytalnych, bezdomnych i biednych. Stosowano wobec nich ścisłe procedury nadzoru i kontroli. Krytyka działań tego rodzaju instytucji wynikała początkowo z przesłanek moralnych i filozoficznych. Później także z przekonania, że budzą one istotne wątpliwości ze względu na przyjęcie kontrowersyjnych lub błędnych założeń, takich jak przekonanie o konieczności izolacji podopiecznych, bądź stosowanie wobec nich niehumanitarnych praktyk leczniczych. Stosunkowo najwcześniej krytyka takich form instytucjonalizacji pomocy pojawiła się w obszarze psychiatrii, gdzie zwracano uwagę także na ich negatywne aspekty.

Obrazowym przejawem znaczącego wpływu krytyki stało się między innymi przejście od umieszczania „szaleńców” i „obłąkanych” w zakładach odosobnienia bądź ścisłej izolacji przez tworzenie zakładów psychiatrycznych i specjalistycznych szpitali mających leczyć chorych umysłowo pod ścisłym nadzorem personelu medycznego aż do rozmaitych form zerwania ze starymi modelami leczenia, eksponującymi aspekty instytucjonalne i opiekuńcze w kierunku opieki środowiskowej, metod terapeutycznych i farmakologicznych rozpatrujących wiele problemów psychiatrycznych w kategoriach „upośledzenia” lub „niepełnosprawności”. Po drugiej wojnie światowej, jak podkreślał Michel Foucault, pojęcie choroby psychicznej jako przedmiotu psychiatrii ukonstytuowane jest nade wszystko w wyniku przemian kulturowych, które odgrywają kluczową rolę w określaniu statusu patologii mentalnych. Problemem psychiatrii jest wyizolowanie tej nauki z refleksji humanistycznej,

³ W dalszej części artykułu odwołujemy się do różnych dokumentów, począwszy od międzynarodowych konwencji przez ramowe strategie UE aż do unijnych opracowań dotyczących stricte obszaru deinstytucjonalizacji. Podkreślimy, że wśród tych ostatnich znajdują się różne opracowania, mające jednak charakter ekspercki i doradczy (nie są to dokumenty wiążące, ale raczej wytyczne). Ogólnie rzecz biorąc można je podzielić na: 1) raporty, które mają na celu wytyczenie kierunków i celów polityki UE w zakresie deinstytucjonalizacji; 2) wytyczne w zakresie zasad wykorzystania funduszy unijnych skierowane do państw członkowskich UE; 3) dokumenty dotyczące wykorzystywania środków finansowych skierowane do przedstawicieli Komisji Europejskiej; 4) opracowania odnoszące się do implementacji polityki deinstytucjonalizacji w państwach członkowskich UE.

⁴ W tym fragmencie opracowania odwołujemy się do opracowania Rakusa-Suszczewski 2022.

czego przewyższenie wymaga głębokiej rewizji pojęć „norma” i „patologia” (Foucault 1987; Goffman 2006, s. 316–335). U podstaw takiego sposobu myślenia leżało zakwestionowanie podstaw psychiatrii głównego nurtu, którą charakteryzowano jako represywną i kontrolującą, stosującą metody o małej skuteczności i dużej szkodliwości (np. elektrowstrząsy). W efekcie leczenie psychiatryczne, zwłaszcza hospitalizacja w szpitalach zamkniętych, nazbyt często nie było pomocne pacjentom, narażając ich na depersonalizację, reifikację, a nawet praktyki przemocowe.

Krytycy psychiatrii głównego nurtu domagali się zmiany modelu współpracy lekarzy z chorym, zwiększenia zainteresowania pacjentem, poszanowania jego autonomii, dowartościowania relacji międzyludzkich, w tym zwłaszcza czynników duchowych i emocjonalnych, a także zmian organizacyjno-prawnych w lecznictwie. Realizacja tych postulatów zmodyfikowała relacje między świadczeniodawcami a pacjentami i wpłynęła korzystnie na podnoszenie standardów opieki medycznej i bezpieczeństwo pacjentów. Konsekwencją nowego podejścia do pacjentów stało się między innymi ograniczenie możliwości leczenia wbrew ich woli. Stopniowo rozwój badań naukowych w tej dziedzinie, nacisk reformatorów i inicjatywy społeczne znalazły odzwierciedlenie w tworzeniu bardziej otwartych i demokratycznych instytucji opiekuńczych, zmieniających relacje między pacjentami i lekarzami przez prewencję hospitalizacji, terapię grupową, społeczności terapeutyczne itd.

Apogeum krytyki opieki instytucjonalnej w różnych obszarach życia społecznego przypadło na lata 60. XX wieku. Na fali radykalnego przełomu kulturowego o charakterze demokratycznym, antytechnokratycznym i antykapitalistycznym krytkowano rozmaite formy opresji i wykluczenia. Ruchy praw obywatelskich i praw człowieka wraz z kulturą indywidualizmu i nową wrażliwością intelektualną wniesioną przez wybitnych socjologów, takich jak Erving Goffman i Michel Foucault, a także lekarzy: Ernesta M. Gruenberga, Thomasa Szasa bądź RONALDA D. LAINGA, zwracały uwagę na nowe formy myślenia i terapii w sferze psychiatrii, niepełnosprawności intelektualnej i fizycznej, bezdomności, ubóstwa czy sieroctwa. Pod wpływem takich impulsów zaczęto zmieniać utrwalone praktyki instytucjonalne. Wprowadzono krótkie urlopy (pozwalające na oderwanie się od rutyny codzienności), domową pomoc pielęgniarstwa i asystencką, programy wspierające nawiązywanie znajomości i poszukiwanie pracy, poradnictwo i wsparcie w sytuacjach kryzysowych, domy pobytu dające możliwość podjęcia próby samodzielnego życia poza nadzorem, spółdzielnie pracy, opiekę zastępczą przypominającą opiekę rodzinną itd. Deinstytucjonalizacja zaczynała także stopniowo przechodzić od nowatorskich praktyk społecznych do legislacji, a zmiany regulacyjne stawały się nowym, ważnym elementem polityki społecznej zarówno w prawodawstwie państwowym, jak i w dokumentach międzynarodowych, Organizacji Narodów Zjednoczonych, Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej i in.

Jak często dzieje się z ruchami społecznymi, działania na rzecz deinstytucjonalizacji zostały ukształtowane przez odmienne orientacje ideologiczne i formy artykulacji. Zwłaszcza że taka działalność, chociaż miała i ma nadal charakter transnarodowy,

na poziomie krajowym była od początku określana przez różne modele kapitalizmu i polityki społecznej, specyficzne trajektorie ich rozwoju oraz odmienne wzory kulturowe (Golinowska 2018; Esping-Andersen 2010; Amable 2003). Rywalizują tu także różne koncepcje, wrażliwości i interesy. Wśród nich zdecydowanie wyróżniają się trzy zasadnicze siły społeczne i związane z nimi interpretacje procesu deinstytucjonalizacji:

- postoświeceniowa, liberalna, etyczna i humanitarna filozofia uniwersalnych praw człowieka, pozytywnie odnosząca się do wszelkiego typu odmienności, wolności, sprawiedliwości, równości, godności i samostanowienia każdego człowieka;
- neoliberalna i wolnorynkowa kalkulacja opłacalności deinstytucjonalizacji, motywowana niewydolnością państwa opiekuńczego, ze względów ekonomicznych popierana często także przez konserwatystów;
- komunitarystyczna, uznająca za najbardziej sprzyjające sprawczości i integracji ludzi (z różnych powodów wykluczonych) ich wspólnotowe współdziałania z rodzinami, przyjaciółmi, grupami sąsiedzkimi oraz innymi środowiskami lokalnymi.

W różnych zmieniających się proporcjach wszystkie trzy sposoby interpretowania procesu deinstytucjonalizacji są obecne także w działaniach podejmowanych przez UE i państwa członkowskie. Można jednak sformułować pogląd, że długotrwała dominacja koncepcji neoliberalnych w polityce społecznej, a także rozmaite kryzysy dotyczące państwa członkowskie i UE w ostatnich latach sprzyjały zwłaszcza rozpatrywaniu deinstytucjonalizacji w kategoriach opłacalności rynkowej. Obecna sytuacja w Europie, najtrudniejsza gospodarczo po drugiej wojnie światowej i z wielu powodów niezwykle kryzysogenna, tworzy niebezpieczeństwo kontynuacji tego podejścia, między innymi ze względu na rosnące deficyty budżetowe w wielu państwach UE.

Kwestie terminologiczne

Analizując politykę UE w zakresie deinstytucjonalizacji systemu pomocy społecznej, należy zwrócić uwagę na kwestie terminologiczne. Pojęcie **instytucji** w naukach społecznych ma wiele znaczeń. Nie istnieje też jedna, powszechnie przyjęta definicja tego pojęcia. Powstaje zatem pytanie, w jaki sposób rozumiana jest deinstytucjonalizacja, będąca jednym z wymiarów procesu zmiany systemowej, w tym rozwoju instytucjonalnego. W socjologii instytucja jest traktowana trojako: jako podstawa porządku społecznego, zorganizowany typ działalności bądź w węższym znaczeniu, na przykład instytucji totalnych, jako forma organizacji społecznej charakteryzująca się podporządkowaniem zachowań ludzi szczególnym rygorom (Skąpska, Ziółkowski 1998, s. 317–318). Zgodnie z jedną z najczęściej przywoływanych definicji historyka gospodarki Douglassa Northa

instytucje to wymyślone przez ludzi ograniczenia, które strukturyzują ludzkie interakcje. Składają się z ograniczeń formalnych (np. reguł, praw, konstytucji), z ograniczeń nieformalnych (np. norm zachowania, konwencji, narzuconych sobie kodów postępowania) i z ich charakterystycznych sposobów zabezpieczenia. Razem określa to strukturę bodźców w społeczeństwach, w szczególności w gospodarkach (North 1994, s. 360).

Instytucje umożliwiają przewidywanie zachowań ludzi i organizacji oraz zapewniają im motywację, legitymację działań i integrację społeczną. Ich powstanie i ewolucja są częścią kilku równoległych procesów: 1) rozwoju instytucjonalnego, tj. pogłębiania bądź rozszerzania reguł, które istniały wcześniej; 2) deinstytucjonalizacji, polegającej na zmniejszeniu prerogatyw, zanikaniu pewnych reguł gry; 3) reinstytucjonalizacji, zamieniającej jedne reguły na inne; oraz 4) tworzenia nowych instytucji (Morawski 1998, s. 17–18). W perspektywie podejmowanej w niniejszym artykule problematyki terminologia unijna traktuje pojęcie **instytucji** stosunkowo wąsko, przede wszystkim jako pewną formę organizacji społecznej.

W takiej interpretacji widoczne jest wyraźne nawiązanie do koncepcji instytucji totalnej Ervinga Goffmana (2006). Zgodnie z tą koncepcją rozmaite zakłady i placówki opieki społecznej tworzą zbiorowości ludzkie fizycznie izolowane od normalnego biegu czynności życiowych i traktowane biurokratycznie według ściśle obowiązujących restrykcyjnych reguł, co często prowadzi do deprywacji osobowości. Koncepcja Goffmana ma charakter krytyczny i emancypacyjny, charakteryzuje znaczące różnice między instytucjami totalnymi i obowiązujące w nich systemy przywilejów i techniki adaptacyjne pensjonariuszy lub rezydentów (wycofanie, bunt, zadomowienie, kalkulację itd.). Stanowi użyteczną inspirację dla analiz instytucji utożsamianej z placówką, w której przebywają ludzie wymagający stałej opieki „nadzorców” – niepełnosprawni, seniorzy, dzieci itd. Taki sposób myślenia, chociaż nie jest przywoływany bezpośrednio w dokumentach unijnych, jest wyraźnie obecny przy rozpatrywaniu procesu deinstytucjonalizacji w kategoriach „przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki lokalnej” (zob. stronę internetową Komisji Europejskiej dotyczącą omawianej w artykule polityki⁵, a także raporty opracowane przez ekspertów powołanych przez KE). Przez „deinstytucjonalizację” rozumie się zatem celowe odchodzenie od korzystania z tradycyjnych ośrodków opieki, czyli rezygnację z systemu placówek⁶.

⁵ Strona KE dotycząca deinstytucjonalizacji: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/desinsttit, dostęp: 14.07.2022.

⁶ Termin „deinstytucjonalizacja” pojawia się także w amerykańskiej terminologii pracy socjalnej, gdzie jest ona określana jako proces: 1) zapobiegania niepotrzebnemu umieszczaniu i przetrzymywaniu w instytucjach; 2) znajdowania i tworzenia alternatyw w społeczności lokalnej dla kwaterowania, terapii, szkolenia, edukacji i rehabilitacji osób, które nie muszą przebywać w instytucjach; oraz 3) poprawy warunków życia i terapii osób potrzebujących opieki instytucjonalnej. Zgodnie z tym podejściem ludzie mają prawo przebywać w środowisku, w którym można prowadzić życie tak normalne i niezależne, jak tylko jest to możliwe (Zbyrad 2012, s. 66–67).

W ujęciu socjologicznym należałoby uznać, że przejście od systemu opartego na ośrodkach pomocy społecznej do innego rodzaju systemu, polegającego na wsparciu środowiskowym, jest zmianą reguł gry (czyli zmianą instytucjonalną), a nie rezygnacją z instytucji w ogóle. Właściwsze byłoby zatem posługiwanie się pojęciem **reinstytucjonalizacji** zmieniającej jedne reguły na inne, zamiast pojęcia **deinstytucjonalizacji** jako zanikania pewnych reguł gry. Uzasadnione jest również charakteryzowanie takich działań programowych UE w kategoriach stymulowania tworzenia nowych instytucji polityk publicznych. W takim kontekście sformułowania sugerujące, że usługi oparte na społecznościach lokalnych w zakresie pomocy społecznej nie mają charakteru instytucjonalnego, są mylące lub błędne.

Abstrahując od powyższych dyskusji terminologicznych, należy podkreślić, że przy opracowywaniu koncepcji zmiany polityki UE w zakresie systemu pomocy społecznej zarówno eksperci, jak i Komisja w dokumentach używają terminu **instytucja** w znaczeniu **ośrodek pomocy społecznej** (lub **placówka**). Stosowane są także terminy **opieka instytucjonalna** i **opieka lokalna**. W języku polskim zamiast terminu **opieka instytucjonalna** stosowany jest termin **opieka w społecznościach lokalnych**. Z kolei odpowiednikiem angielskiego sformułowania *community-based care* jest pojęcie **opieka środowiskowa**. Również w tym wypadku można się pokusić o zaproponowanie terminu **pomoc środowiskowa** (lub **opieka środowiskowa**) zamiast **opieka lokalna**. Termin **lokalny** skłania bowiem do interpretacji związanej z zasięgiem geograficznym (regionalnym, krajowym itd.). Natomiast w omawianym przypadku chodzi o przejście do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i środowiskowych⁷.

Deinstytucjonalizacja a priorytety i obszary polityczne UE

Administrowana przez Komisję Europejską strona internetowa poświęcona polityce deinstytucjonalizacji w obszarze pomocy społecznej⁸ sytuuje tę politykę w szerokich ramach unijnej polityki regionalnej oraz polityki spójności, informując również, że wpisuje się ona w konkretny obszar „włączenia społecznego” (*social inclusion*). Można jednak odnieść wrażenie, że zawarte tam dane dotyczą tylko działań zaplanowanych do realizacji na lata 2014–2020. Brak informacji na temat inicjatyw podejmowanych we wcześniejszych okresach finansowania (2007–2013) oraz w okresie obecnym (2021–2027). Innym mankamentem tej strony jest brak aktualizacji danych. Obecnie znajdują się na niej jedynie odwołania do dokumentów ramowych

⁷ Wśród polskich organizacji obywatelskich i przedstawicieli samorządów terytorialnych biorących udział w konsultacjach z administracją rządową pojawiła się propozycja określenia procesu deinstytucjonalizacji mianem udomowienia usług społecznych i zdrowotnych na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia.

⁸ Strona KE dotycząca deinstytucjonalizacji: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/desinstit, dostęp: 14.07.2022.

UE, które odnoszą się do początkowego okresu poprzedniej perspektywy finansowej (tj. lat 2014–2020)⁹.

Dotarcie do informacji na temat polityki UE dotyczącej deinstytucjonalizacji jest w zasadzie niemożliwe, jeśli korzysta się z danych strony internetowej KE dotyczących polityki w zakresie włączenia społecznego¹⁰ lub ze stron odwołujących się do realizacji polityki spójności w okresie 2021–2027¹¹ oraz polityki regionalnej¹². Polityka regionalna Unii Europejskiej odnosi się do spójności gospodarczej, spójności społecznej oraz spójności terytorialnej. Jednym z jej pięciu kluczowych obszarów jest „inwestowanie w ludzi poprzez wspieranie dostępu do zatrudnienia, edukacji i włączenia społecznego”¹³. O polityce włączenia społecznego mówi się jednak zarówno na stronie poświęconej tematowi polityki regionalnej, jak i na tej, która dotyczy zatrudnienia i spraw społecznych¹⁴. Ponadto, mimo że problematyka deinstytucjonalizacji wpisuje się w ramy polityki regionalnej¹⁵, Dyrekcją Generalną (DG) odpowiedzialną za politykę w tym zakresie jest DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL), a nie DG ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG REGIO)¹⁶.

Polityka deinstytucjonalizacji, podobnie jak polityka regionalna UE czy polityka społeczna, należy do kompetencji dzielonych UE. Oznacza to, że zarówno UE, jak i państwa członkowskie mogą stanowić prawo i przyjmować wiążące akty prawne. (W obszarach, w których UE nie narzuca rozwiązań, kraje członkowskie wykorzystują własne kompetencje¹⁷). Ta polityka unijna jest realizowana za pośrednictwem funduszy strukturalnych, przy czym projekty mające na celu inwestowanie w ludzi, w tym w szczególności ukierunkowane na włączenie społeczne, są finansowane głównie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). W obecnej

⁹ Wyjątkiem jest odwołanie do aktualnego, 8. raportu na temat spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej. Dokument ma jednak charakter ramowy i nie dotyczy wprost problematyki deinstytucjonalizacji.

¹⁰ Strona KE dotycząca włączenia społecznego: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/.

¹¹ Strona KE dotycząca polityki spójności w latach 2021–2027: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/2021_2027/.

¹² Strona KE dotycząca polityki regionalnej: https://ec.europa.eu/regional_policy/index.cfm/pl/.

¹³ Zob. portal dotyczący polityki regionalnej UE: https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/regional-policy_pl, dostęp: 15.07.2022.

¹⁴ Zob. na stronie KE dotyczącej polityki regionalnej: https://ec.europa.eu/info/topics/regional-policy_pl oraz dotyczącej zatrudnienia i spraw społecznych: https://ec.europa.eu/info/topics/employment-and-social-affairs_pl, dostęp: 15.07.2022.

¹⁵ Strona KE dotycząca deinstytucjonalizacji zorganizowana jest następująco: Komisja Europejska → Rozwój regionów i miast UE → Polityka regionalna → Polityka → Tematy → > Włączenie społeczne.

¹⁶ O tym jednak dowiadujemy się dopiero z przeglądu dokumentów opracowywanych przez Europejską Grupę Ekspertką zajmującą się deinstytucjonalizacją (szerzej w dalszej części artykułu).

¹⁷ Szerzej na temat podziału kompetencji UE: <https://eur-lex.europa.eu/PL/legal-content/summary/division-of-competences-within-the-european-union.html>, dostęp: 15.07.2022.

perspektywie finansowej (2021–2027) EFS został przekształcony w Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+), który zdaniem KE jest przejrzysty i ma bardziej zintegrowaną formę¹⁸. Politykę włączenia społecznego¹⁹ prowadzi się z myślą o osobach narażonych na wykluczenie, takich jak osoby niepełnosprawne, pracownicy w młodym i starszym wieku, kobiety na rynku pracy, pracownicy o niskich kwalifikacjach, migranci, mniejszości etniczne i osoby zagrożone ubóstwem.

W okresie 2014–2020 polityka ta stanowiła jeden z jedenastu priorytetów polityki spójności UE (cel tematyczny 9)²⁰ i była realizowana w ramach pakietu inwestycji społecznych²¹, przeznaczonych na przeprowadzenie reform w państwach członkowskich w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych i umiejętności pracowników. Obecnie, tj. w perspektywie 2021–2027, polityka włączenia społecznego nie jest kontynuowana, lecz znalazła się pośród pięciu głównych obszarów priorytetowych polityki spójności UE²². Wyróżnia się w niej podobszary zorientowane na bardziej szczegółowe działania, mające na celu zapobieganie wykluczeniu społecznemu określonych grup. Jednym z takich obszarów jest zmiana systemu pomocy społecznej.

Polityka UE w obszarze deinstytucjonalizacji

Koncepcja KE

Na stronie internetowej poświęconej deinstytucjonalizacji²³ Komisja Europejska przedstawia jedynie pokrótce problemy związane z instytucjonalnym systemem pomocy społecznej. Stwierdza, że osoby pozostające w placówkach są odizolowane od życia społecznego, a instytucje, które z założenia mają zapewniać im opiekę, nie są w stanie sprostać wyznaczonemu zadaniu, ponieważ nie dają wsparcia gwarantującego pełne włączenie ich do życia społecznego. Tym samym nie są skoncentrowane na dobru podopiecznych. Deinstytucjonalizacja w obszarze pomocy społecznej miałyby polegać na odchodzeniu od opieki zorganizowanej w dużych placówkach

¹⁸ Zob. informacje na stronie internetowej KE dotyczącej tematu: Zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne, a ściślej finansowania: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=86&langId=pl>, dostęp: 15.07.2022.

¹⁹ Szerzej na stronie internetowej KE dotyczącej włączenia społecznego: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/, dostęp: 14.07.2022.

²⁰ Zob. stronę internetową KE dotyczącą priorytetów polityki regionalnej na lata 2014–2020: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/how/priorities/2014-2020/, dostęp: 14.07.2022.

²¹ Zob. stronę internetową KE dotyczącą pakietu inwestycji społecznych w latach 2014–2020: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1044&newsId=1807&furtherNews=yes>, dostęp: 14.07.2022.

²² Zob. stronę internetową KE dotyczącą priorytetów polityki regionalnej na lata 2021–2027: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/how/priorities/, dostęp: 14.07.2022.

²³ Strona KE dotycząca deinstytucjonalizacji: https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/desinstit, dostęp: 14.07.2022.

i przechodzeniu do opieki opartej na pomocy środowiskowej. Ma to skutkować stopniowym włączaniem izolowanych grup w coraz pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym. W tym kontekście mówi się przede wszystkim o osobach niepełnosprawnych, osobach w podeszłym wieku oraz o dzieciach; jednak KE widzi ten problem szerzej i włącza w tematykę inkluzji również społeczność romską. W ten sposób chce walczyć z marginalizacją niektórych grup²⁴.

Zgodnie z deklaracjami KE przechodzenie z systemu zinstytucjonalizowanej pomocy społecznej do pomocy środowiskowej motywowane jest wspólnymi wartościami europejskimi, takimi jak godność, równość i poszanowanie praw człowieka; są one gwarantowane postanowieniami międzynarodowych konwencji, tj. Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (KPON), Konwencją ONZ o prawach dziecka oraz Europejską Konwencją Praw Człowieka. Komisja odwołuje się także do Europejskiej Strategii w sprawie niepełnosprawności 2010–2020. Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier (Komunikat KE 2010), która, podobnie jak kolejna strategia poświęcona osobom niepełnosprawnym na lata 2021–2030 (Komunikat KE 2021), przewiduje możliwość finansowania zmian idących w kierunku deinstytucjonalizacji w obszarze pomocy społecznej. Głównym instrumentem w tym obszarze jest obecnie EFS+. Zakłada się też, że niektóre działania będą finansowane z innych źródeł. Środki z europejskich funduszy strukturalnych mogą wspierać jedynie działania idące w kierunku odchodzenia od tradycyjnego systemu pomocy społecznej opartego na funkcjonowaniu placówek (ośrodków pomocy społecznej). Nie wolno ich wykorzystywać na budowę bądź remonty placówek pobytu długookresowego.

Prace ramowe nad polityką w obszarze deinstytucjonalizacji

Początki polityki UE w zakresie deinstytucjonalizacji sięgają pierwszej dekady XXI wieku i dotyczą sytuacji osób niepełnosprawnych pozostających w różnych placówkach odosobnienia. W wyniku badań zainicjowanych w 2003 roku w ramach projektu finansowanego przez Komisję Europejską „Included in Society” powstały dwa opracowania, które stanowiły podłoże unijnej polityki deinstytucjonalizacji²⁵. Badania były prowadzone przez konsorcjum złożone z przedstawicieli środowiska naukowego oraz europejskich grup reprezentujących osoby niepełnosprawne.

Od 2009 roku prace koncepcyjne nad rozwojem polityki deinstytucjonalizacji zostały scedowane na ekspertów. Komisarz ds. zatrudnienia i spraw społecznych Vladimír Špidla powołał Doraźną Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności (Ad Hoc

²⁴ Zob. stronę internetową KE dotyczącą działań finansowanych z EFS w celu walki z marginalizacją społeczną: <https://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=63&langId=pl>, dostęp: 15.07.2022.

²⁵ Zob. Raport *Included in Society* (Freyhoff i in. 2004) oraz *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs* (Mansell i in. 2007).

Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care). Jeszcze w tym samym roku powołana Grupa opublikowała Raport (Ad Hoc Expert Group 2009) przedstawiający główne wyzwania i zasady deinstytucjonalizacji w obszarze pomocy społecznej. Znalazły się w nim uzasadnienie dla konieczności dokonania zmian oraz wskazówki, jak osiągnąć wyznaczone cele (Grupa kierowała się doświadczeniami państw członkowskich, w których reformy zostały już przeprowadzone). Raport zawierał także rekomendacje dla państw członkowskich UE dotyczące sposobu przeprowadzania deinstytucjonalizacji oraz wytyczne dla Komisji Europejskiej w odniesieniu do dalszego rozwoju przedmiotowej polityki. W szczególności zalecano wbudowanie zasad związanych z deinstytucjonalizacją w odpowiednie polityki UE, w tym w kolejną unijną strategię dotyczącą niepełnosprawności (od 2010 r.)²⁶.

Chodziło o promowanie prawa wszystkich osób niepełnosprawnych do niezależnego życia i włączenia ich do funkcjonowania w społeczeństwie. Tuż po powołaniu Grupy można było zaobserwować rozszerzenie zakresu polityki deinstytucjonalizacji; zaczęto mówić o deinstytucjonalizacji pomocy społecznej również w odniesieniu do przebywających w placówkach osób starszych oraz dzieci. Doraźną Grupę tworzyli bowiem eksperci reprezentujący organizacje działające na rzecz wyżej wymienionych kategorii²⁷. Kolejnym ważnym krokiem w rozwoju polityki deinstytucjonalizacji były opublikowane z 2012 roku „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”²⁸. Dokument ten został opracowany przez Europejską Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care), która zastąpiła Doraźną Grupę i pracowała w składzie rozszerzonym w stosunku do poprzedniego²⁹.

²⁶ Raport podkreślał następujące zasady: poszanowanie praw beneficjentów, w tym włączenie ich do procesów decyzyjnych; zapobieganie umieszczeniu w placówkach i zamykanie ich; tworzenie usług opartych na społeczności z odpowiednim wsparciem dla rodzin; obostrzenia w zakresie inwestowania w istniejące placówki; rozwój wykwalifikowanej kadry w zakresie zapewnienia opieki opartej na społeczności; optymalizacja wydatków i kontrola jakości usług; podejście holistyczne, rozszerzające podobne reguły na inne obszary polityki społecznej; podnoszenie świadomości społecznej w zakresie tej problematyki.

²⁷ Doraźną Grupę tworzyli reprezentanci następujących organizacji: Children’s High Level Group, European Older People’s Platform (AGE), Konfederacji Organizacji Rodzinnych w Unii Europejskiej (COFACE), Europejskiego Stowarzyszenia Świadczeniodawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych (EASPD), Europejskiej Koalicji na rzecz Mieszkalnictwa w Otwartym Środowisku (ECCL), Europejskiego Forum Osób Niepełnosprawnych (EDF), Inclusion Europe, Europejskiej Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Zob. Raport: https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/11/report-fo-the-ad-hoc_2009.pdf, dostęp: 18.07.2022 r.

²⁸ Zob. Wytyczne: https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_polish-version.pdf, dostęp: 18.07.2022; polska wersja dokumentu – Europejska Grupa Ekspertów 2012.

²⁹ W skład Europejskiej Grupy Ekspertów wchodziłi reprezentanci następujących organizacji: Konfederacji Organizacji Rodzinnych w Unii Europejskiej (COFACE), Eurochild, Europejskiego

„Ogólnoeuropejskie Wytyczne” zostały skierowane do decydentów oraz polityków z państw UE i krajów sąsiadujących, odpowiedzialnych za świadczenie usług w zakresie pomocy społecznej dla dzieci, osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz osób z problemami zdrowia psychicznego i osób starszych. Wyjaśniały treści używanych terminów, a także omawiały bieżące problemy wynikające z tradycyjnego systemu pomocy społecznej oraz przesłanek formalnych działań w zakresie deinstytucjonalizacji (w tym międzynarodowych przepisów prawnych i dokumentów ramowych UE dotyczących poszczególnych kategorii osób wymagających stałej opieki). Zawierały wiele wskazówek na temat wdrażania procesu zmiany systemu pomocy społecznej w państwach członkowskich. Dotyczyły między innymi tworzenia strategii i planu działania w zakresie deinstytucjonalizacji, ustanawiania odpowiednich ram prawnych, rozwoju usług środowiskowych, przydziału zasobów finansowych, materialnych i ludzkich, opracowywania indywidualnych planów opieki i wsparcia, tworzenia standardów w zakresie jakości wprowadzanych usług środowiskowych, monitorowania i oceny jakości wprowadzanych rozwiązań, a także rozwoju personelu.

Dokumentem towarzyszącym Wytycznym był „zestaw narzędzi”³⁰, zawierający informacje praktyczne na temat wykorzystania funduszy UE przy realizacji reform mających na celu przechodzenie od systemu zinstytucjonalizowanej pomocy społecznej do pomocy środowiskowej. Intencją autorów było wyjaśnienie, w jaki sposób fundusze strukturalne i inwestycyjne mogą być wsparciem dla władz krajowych, regionalnych i lokalnych w projektowaniu i wdrażaniu reform, których zwieńczeniem miał być rozwój wysokiej jakości rodzinnych i środowiskowych alternatyw dla obecnego modelu zinstytucjonalizowanej pomocy społecznej. W latach 2014–2021 zostało również opublikowanych kilka opracowań³¹ adresowanych do urzędników Komisji Europejskiej, które miały na celu zapewnienie, że środki przeznaczane na finansowanie konkretnych działań są zbieżne z dokumentami ramowymi dotyczącymi deinstytucjonalizacji. W szczególności podano w nich podstawę prawną i kategorie

Stowarzyszenia Świadczeniodawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych, Europejskiego Forum Osób Niepełnosprawnych, Europejskiej Sieci na rzecz Niezależnego Życia / Europejskiej Koalicji na rzecz Mieszkalnictwa w Otwartym Środowisku, Europejskiej Sieci Społecznej, Inclusion Europe, Lumos, Europejskiej Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego, Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF).

³⁰ Pełna nazwa dokumentu to „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”, zob. https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/eeg-toolkit_polish.pdf, dostęp: 18.07.2022.

³¹ Opracowania, o których mowa, to: „Przegląd odpowiednich przepisów rozporządzeń w sprawie funduszy inwestycyjnych i strukturalnych na okres 2014–2020, stanowiący Załącznik 1 do „Zestawu narzędzi”, dostęp: 19.07.2022; <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2015/03/annex-1-pl.pdf>; „Draft Thematic Guidance Fiche For Desk Officers, Version 2 – 27/1/2014, https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/guidance_deinstitutionalisation.pdf, dostęp: 19.07.2022; „EU funds Checklist to promote independent living and deinstitutionalisation”, wyd. 1 listopada 2019, wyd. popr. maj 2021, <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2021/07/updated-checklist-new-eeg-logo.pdf>, dostęp: 19.07.2022.

działań podlegających finansowaniu z funduszy strukturalnych. Zawierały przegląd przepisów i rozporządzeń w sprawie europejskich funduszy inwestycyjnych i strukturalnych na lata 2014–2020, a następnie na lata 2021–2027.

Warto zwrócić uwagę na kierowany do urzędników unijnych dokument „EU Funds Checklist” z 2021 roku (EU Funds Checklist 2021), który dotyczy sprawdzania zbieżności podejmowanych działań z ramami prawnymi i politycznymi w następujących obszarach: 1) przejście od usług zinstytucjonalizowanych do rodzinnych i środowiskowych dla dzieci, osób niepełnosprawnych, osób z problemami psychicznymi i osób starszych; 2) rozwój wysokiej jakości usług rodzinnych i środowiskowych; 3) zapobieganie oddzielaniu dzieci, w tym niepełnosprawnych, od ich rodzin; 4) zapobieganie segregacji i instytucjonalizacji pomocy dla dzieci, osób niepełnosprawnych, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób starszych i bezdomnych, niezależnie od statusu zamieszkania.

Ewaluacja deinstytucjonalizacji w państwach UE

Ważnym dokumentem podsumowującym dekadę współpracy programowej jest Raport opracowany dla Europejskiej Grupy Eksperckiej (Šiška, Beadle-Brown 2020), w którym autorzy dokonują ewaluacji procesu przechodzenia od zinstytucjonalizowanego systemu pomocy społecznej do systemu pomocy środowiskowej lub rodzinnej w państwach członkowskich UE. Raport szeroko przedstawia sytuację, rozwiązania i trendy zachodzące w tym procesie, a także pokazuje życie w społecznościach lokalnych w państwach UE. Obejmuje pięć kategorii podopiecznych: dzieci (w tym dzieci migrantów bez opieki lub dzieci odseparowane), dzieci z niepełnosprawnością, dorosłych z niepełnosprawnością, dorosłych z problemami zdrowia psychicznego oraz seniorów.

Raport zwraca uwagę na rozmaite negatywne aspekty zinstytucjonalizowanego systemu opieki społecznej, czego późniejszym dramatycznym potwierdzeniem stał się przebieg pandemii koronawirusa, który przyczynił się do wysokiej zachorowalności i dużej śmiertelności na przykład w senioralnych domach pomocy społecznej. Autorzy publikacji zasadnie podkreślali, że takie aspekty instytucjonalizacji dotyczą zwłaszcza podopiecznych wymagających codziennej opieki, a słabe systemy wsparcia są rezultatem strukturalnego niedoinwestowania, występującego szczególnie dotkliwie od czasu kryzysu euro. Raport zwraca uwagę na różne inne bariery polityki deinstytucjonalizacji, takie jak między innymi kultura organizacyjna i interesy środowiskowe, ograniczenia informacji (łącznie z oficjalnymi statystykami bądź badaniami naukowymi) oraz trudności w ustalaniu wspólnych pojęć czy definicji utrudniające porównywanie danych międzykrajowych.

Na użytek Raportu przyjęto, że jego przedmiotem jest wszelka opieka stacjonarna, w której rezydenci lub pensjonariusze są odizolowani od szerszej społeczności i zmuszeni do wspólnego życia; nie mają oni wystarczającej kontroli nad swoim życiem

i decyzjami, które ich dotyczą, a wymagania samej organizacji mają pierwszeństwo przed ich indywidualnymi potrzebami (Šiška, Beadle-Brown 2020, s. 6). Państwa członkowskie znajdują się na różnych etapach rozwoju i transformacji polityki społecznej, co powoduje, że porównywanie wszelkich danych i wskaźników wymaga dużej ostrożności interpretacyjnej w poszczególnych obszarach monitoringu oraz ewaluacji³². We Wstępie zatytułowanym wymownie „Krok do przodu, dwa kroki do tyłu?” autorzy charakteryzują kilka głównych tendencji:

- W systemie instytucjonalnym państw UE mieszkało około 1,5 mln osób, a ich łączna liczba w placówkach i zakładach opiekuńczych nie zmieniła się znacząco przez dekadę³³. Zmieniła się natomiast struktura rezydentów: ubywa dzieci i przybywa seniorów.
- Liczebność dzieci w zakładach opiekuńczych spadła wraz z przeprowadzką do nowych rodzin, otrzymaniem opieki zastępczej, adopcją lub osiągnięciem pełnoletności i tym samym opuszczeniem placówek opieki stacjonarnej.
- Ludzie potrzebujący wsparcia mieszkają przede wszystkim w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, przy czym niewiele osób przebywa w rodzinach zakorzenionych w społecznościach lokalnych. Usługi stacjonarne niewielkiej skali (obejmujące sześć lub mniej osób) stanowią mniejszość placówek opieki w państwach UE-27. Przeważają nadal duże instytucje gromadzące i segregujące rezydentów lub pensjonariuszy.
- Część małych placówek opiekuńczych nadal przyjmuje duże grupy rezydentów, co utrudnia możliwości indywidualizacji wsparcia i włączenia poszczególnych osób do społeczności lokalnych, a tym samym utrwała kulturę segregacji.
- W niemal wszystkich państwach UE brakuje niedrogich mieszkań socjalnych, co stanowi główną barierę dla procesu deinstytucjonalizacji, w tym redukcji bezdomności.
- W niektórych krajach ludzie przebywali w więzieniach i szpitalach dłużej niż to konieczne z powodu deficytu mieszkań, a w innych system instytucjonalny tworzył głównie placówki opieki nad dziećmi bez opieki rodzicielskiej.
- W wielu państwach Europy Środkowej i Wschodniej (EŚW), z opóźnieniem wchodzących w proces deinstytucjonalizacji, osoby z niepełnosprawnością bądź zaburzeniami intelektualnymi utrudniają komunikację (np. autyzm) oraz inwalidztwem mogą nadal przebywać w przeludnionych placówkach i zakładach opiekuńczych.

³² Raport zawiera profile deinstytucjonalizacji wszystkich państw członkowskich UE-27. W przypadku Polski wyszczególnia sytuację niepełnosprawnych dorosłych, dzieci (z włączeniem dzieci z niepełnosprawnością oraz dzieci migranckich pozbawionych opieki lub odseparowanych), bezdomnych i seniorów, w tym również z problemami natury psychicznej. Odnotowywano brak całościowej strategii deinstytucjonalizacji w Polsce (Šiška, Beadle-Brown, 2020, s. 101).

³³ Raport został opracowany przed pandemią koronawirusa i wojną w Ukrainie, które powodują, że połączenie ich następstw może istotnie pogarszać przedstawianą sytuację. Jego autorzy zaznaczają m.in., że już wtedy mogli istotnie (*substantial*) nie doszacować liczby dzieci migrantów, często znajdujących się poza systemem placówek lub zakładów opiekuńczych.

- W EŚW istnieje znaczące ryzyko, że deinstytucjonalizacja pomocy społecznej będzie postrzegana jako projekt unijny finansowany ze środków europejskich i ze względu na ograniczenia krajowych budżetów w dłuższym okresie może być zaniechana z uwagi na brak materialnych przesłanek stabilności.
- W części państw unijnych następuje szerokie przeniesienie odpowiedzialności z poziomu krajowego na poziom lokalny, lecz tendencja ta nie zawsze znajduje odzwierciedlenie w odpowiednim finansowaniu, co tworzy problemy w zakresie systemowej koordynacji, spójności i jakości usług społecznych oraz zdrowotnych.

Generalnie zmiany zachodzące w ramach procesu deinstytucjonalizacji mają charakter pozytywny; jednak w większości państw UE największa grupa podopiecznych (rezydentów) nadal korzysta ze stacjonarnych form opieki. Wyjątkiem jest Szwecja, gdzie nastąpiła pełna deinstytucjonalizacja pomocy w badanych obszarach. W zakresie opieki nad dziećmi zbliżony efekt osiągnęła również Irlandia. Spośród objętych szacunkami i porównaniami kategorii podopiecznych relatywnie największe pozytywne zmiany w procesie deinstytucjonalizacji dotyczą dzieci (w tym dzieci z niepełnosprawnościami), co częściowo można wyjaśnić niską dzietnością kobiet w państwach UE. Zmniejszającą się populację dzieci można łatwiej objąć nowymi formami pomocy społecznej. Pozytywne tendencje przeważają również w kategorii dorosłych z problemami zdrowia psychicznego oraz, w mniejszym stopniu, dorosłych z niepełnosprawnościami.

Odrotna sytuacja występuje wśród seniorów, w stosunku do których w wielu państwach (m.in. w Niemczech, Francji i Polsce) następuje wyraźny wzrost instytucjonalizacji pomocy społecznej. Tendencja ta jest głównie pochodną starzenia się społeczeństw UE, a także odchodzenia od modelu rodziny wielopokoleniowej, w której ludzie starsi byli objęci dożywotnią opieką. W niektórych państwach, takich jak Łotwa lub Portugalia, zmiany w tym aspekcie mają charakter ambiwalentny, ponieważ zmniejszenie liczby seniorów korzystających z usług stacjonarnych wynika z potrzeby bądź konieczności włączenia emerytur (lub zasiłków) do dochodu rodziny. Może to być zatem raczej wskaźnik regresu ekonomicznego, zwłaszcza rosnących kosztów opieki senioralnej, niż podmiotowości w systemie usług społecznych i zdrowotnych. Takie zjawisko nie wyklucza jednak wymuszonych przez kryzys ekonomiczny efektów pozytywnych (przy przyjęciu założenia, że deinstytucjonalizacja będzie się wiązała z lepszymi warunkami życia seniorów w rodzinach, do których wracają, czego jednak nie wiemy).

Niezależnie od różnic między krajami UE w tym zakresie autorzy raportu podkreślają występowanie pewnych wspólnych zagadnień i wyzwań. Dotyczą one, w różnych obszarach, rosnącego znaczenia deficytów polityki mieszkaniowej, niewystarczającego transferu środków finansowych na poziom lokalny oraz słabości lub braku spójnej polityki deinstytucjonalizacji (m.in. w wytyczaniu jej celów, metod realizacji, monitoringu, wskaźników wykonania i ewaluacji). W tabeli 1 zostały

Tabela 1. Podsumowanie zmian w instytucjonalizacji od 2009 r. (lub od roku dostępności danych) dla każdego państwa członkowskiego UE-27

Kraj	Dzieci	Dzieci z niepełnosprawnością	Dorośli z niepełnosprawnością	Dorośli z problemami zdrowia psychicznego	Seniorzy
Austria	bd.	bd.	bz.	↓	nd.
Belgia	↑↑	bd.	bd.	↓↓	bd.
Bułgaria	↓↓	↓	bz.	bz.	bz.
Chorwacja	↓↓	↓↓	↓↓	bz.	↑↑
Cypr	bd.	bd.	bz.	bd.	bd.
Czechy	↓↓	bz.	↓↓	bz.	bz.
Dania	↓↓	bd.	bz.	bd.	bd.
Estonia	↓	bz.	↓	bd.	bd.
Finlandia	bd.	↓	↓↓	bd.	bd.
Francja	bz.	bz.	↑↑	bd.	↑↑
Grecja	↑	↑	bz.	↓	bd.
Hiszpania	bd.	bd.	bd.	bd.	↓↓
Holandia	↑↑	bd.	↓	↓	bd.
Irlandia	Nd.	↓↓	↓↓	↓	↑
Litwa	↓	↓↓	↑↑	bd.	bz.
Luksemburg	bd.	bd.	↑↑	bd.	bd.
Łotwa	↓↓	↓↓	↓	↑↑	{↓}
Malta	bd.	bd.	bd.	bz.	↑↑
Niemcy	bd.	bd.	bd.	bd.	↑↑
Polska	↓↓	↓↓	bz.	bz.	↑↑
Portugalia	bd.	bd.	↑	↓	{↓}
Rumunia	↓↓	↓↓	bz.	↓	↑↑
Słowacja	↓↓	bz.	↓↓	bz.	↑↑
Słowenia	↓↓	↓↓	bd.	bd.	bz.
Szwecja	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.
Węgry	bz.	↓	bz.	↑↑	bd.
Włochy	↑↑	↑↑	bd.	bd.	bz.

bd. – brak danych pozwalających określić zmianę; nd. – nie dotyczy, ponieważ usługi instytucjonalne już nie są prowadzone; ↑↑ – wzrost liczby usług instytucjonalnych; ↑ – niewielki instytucjonalny wzrost / spadek liczby usług społecznych; ↓↓ – spadek liczby usług instytucjonalnych; ↓ – nieznaczny spadek uwarunkowań instytucjonalnych; bz. – bez zmian; {↓} – zmniejszenie liczby osób starszych korzystających z usług mieszkaniowych, ponieważ wrócili one do domu, aby emeryturę / zasiłki włączyć do dochodu rodziny.

Źródło: Šiška, Beadle-Brown 2020, <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>.

sumarycznie przedstawione zmiany związane z implementacją działań w procesie deinstytucjonalizacji. Przybliżają one zarówno ogólne tendencje, jak i różnice występujące między poszczególnymi państwami i kategoriami osób objętych pomocą społeczną. W interpretacji wyników raportu należy uwzględnić stosunkowo duży zakres braku danych w odniesieniu do państw, które mogłyby istotnie zmienić jego ogólną wymowę, takich jak Niemcy, Belgia, Hiszpania, Włochy, Portugalia, Dania czy Finlandia.

W konkluzjach raportu trafnie zauważono, że nawet posiadanie własnego mieszkania i wsparcie asystentów personalnych nie gwarantują wysokiej jakości życia. Niezbędny jest rozwój szerszej infrastruktury umożliwiającej pełniejsze uczestnictwo w różnych formach partycypacji społecznej, w tym możliwości wyboru i kontroli własnej egzystencji. Deinstytucjonalizacja jest tylko pierwszym krokiem w kierunku głębszej i bardziej całościowej zmiany stosunków społecznych (Šiška, Beadle-Brown 2020, s. 15).

Podsumowanie i wnioski

Polityka deinstytucjonalizacji pomocy społecznej jest stosunkowo nowa w porównaniu z innymi politykami publicznymi w UE. Zrodziła się jako odpowiedź szczebla unijnego na nowe wyzwania, przed jakimi stanęły społeczeństwa europejskie w obszarach zagrożenia wykluczeniem dzieci i młodzieży, osób z niepełnosprawnościami, a także z problemami zdrowia psychicznego oraz seniorów. Geneza filozoficzna i społeczno-ekonomiczna tej problematyki sięga jednak oświeceniowej refleksji z przełomu XVIII i XIX wieku, w tym początków tworzenia nowoczesnych instytucji opieki społecznej. Rozwój i krytyczna obserwacja tego segmentu organizacji życia społecznego doprowadziły do wyodrębnienia się kilku częściowo konkurencyjnych nurtów interpretacji. Wśród nich można wymienić trzy podejścia, które ze zmieniającą siłą wpływają również obecnie na politykę UE: postoświeceniowe, neoliberalne i komunitariańskie.

Kwestia deinstytucjonalizacji pojawiła się na szczeblu unijnym w okresie dominacji koncepcji neoliberalnych w polityce gospodarczej, czego konsekwencją był nacisk na zmiany w pomocy społecznej w kategoriach kalkulacji opłacalności i wymian rynkowych. W okresie kumulacji kryzysów w UE jednym z wyróżników takiego podejścia stało się strukturalne niedofinansowanie tej pomocy, występujące także w związku z decentralizacją przenoszącą odpowiedzialność z poziomu krajowego na poziom lokalny, co w części państw członkowskich nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w źródłach budżetowych. Niezależnie od takich tendencji w praktyce działania UE następuje stopniowe rozszerzanie zakresu przedmiotowego koncepcji deinstytucjonalizacji. Początkowo dotyczyła ona jedynie placówek stałego pobytu dla osób niepełnosprawnych, następnie włączono pomoc dla osób starszych oraz dla dzieci, a w ostatnim raporcie (2020 r.) uwzględniono również placówki zajmujące się osobami bezdomnymi, a także powstające w związku z migracjami ludności.

Problematyka deinstytucjonalizacji pomocy społecznej w perspektywie budżetowej 2021–2027 znalazła się pośród pięciu głównych obszarów priorytetowych polityki spójności UE (jako część polityki włączenia społecznego). Jednak analogicznie do polityki regionalnej czy polityki społecznej należy ona do kompetencji dzielonych w Unii. Oznacza to, że zarówno Unia, jak i państwa członkowskie mogą w jej zakresie stanowić prawo i przyjmować wiążące akty prawne, czyli wykorzystywać własne kompetencje. Trudności z dotarciem do informacji na temat polityki deinstytucjonalizacji w UE sugerują, że jej faktyczne znaczenie pozostaje jednak mniejsze, niż wynikałoby to z formalnego umiejscowienia w strukturze priorytetów unijnych. (Stosunkowo niewielkie sukcesy tej polityki, charakteryzowane w raporcie z 2020 r., w znacznej mierze potwierdzają taki stan rzeczy). Mimo że na stronie internetowej dedykowanej deinstytucjonalizacji znajdujemy opracowania o charakterze ramowym dla polityki unijnej, nie ma tam całościowej legislacji dotyczącej tego obszaru ani informacji o konsultacjach publicznych. Brakuje również informacji na temat działań podejmowanych we wcześniejszych okresach finansowania i aktualizacji danych dotyczących obecnej perspektywy budżetowej.

Warto jednak podkreślić, że wprowadzanie sugerowanych na poziomie unijnym kierunków zmian w zakresie pomocy społecznej jest wspierane między innymi przez finansowanie projektów w państwach członkowskich ze środków funduszy strukturalnych. Ich pozyskiwanie i efektywne wykorzystanie na szczeblu krajowym ułatwiają, wzmacniają i koordynują rządowe strategie deinstytucjonalizacji, przygotowywane w państwach członkowskich. W Polsce ważnym impulsem politycznym, który może się przyczynić do zintegrowania rozproszonych i słabo skoordynowanych działań w tym zakresie, jest przyjęta przez Radę Ministrów 15 czerwca 2022 roku Strategia rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035)³⁴. Pandemia COVID-19, wojna w Ukrainie i wielomilionowa fala uchodźców wojennych przybywających do Polski z tego kraju wraz z innymi problemami wynikającymi z pogarszania się warunków życia i zagrożeniem wykluczenia znaczących środowisk społecznych podnoszą znaczenie tej problematyki.

Rosnącą skalę wyzwań w tym zakresie, także w wymiarze międzynarodowym, potwierdzają również najnowsze publikacje charakteryzujące dylematy i alternatywy wyborów politycznych oraz możliwe reakcje (np. Nölke 2022). Potrzebne są też pogłębione badania na temat założeń, sposobów finansowania i postępów w realizacji polityk publicznych związanych z deinstytucjonalizacją pomocy społecznej. Ich integralną częścią powinna być analiza porównawcza wzorców i praktyk implementacji w poszczególnych państwach członkowskich UE, uwzględniająca odmienności instytucjonalne i kulturowe, w tym modele kapitalizmu i demokracji.

³⁴ Zob. Strategia rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), uchwała nr 135 Rady Ministrów z 15 czerwca 2022 r., MP 2022, poz. 767. Warto odnotować, że w Polsce w dwudziestu miejscach rozpoczęto pilotażowe opracowywanie i wdrażanie lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych finansowanych ze środków UE.



Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Europie. Przegląd doświadczeń państw członkowskich Unii Europejskiej

W latach 60. XX wieku została zapoczątkowana silna krytyka podejścia do pomocy opartego na rozwiązaniach zakładowych długookresowego pobytu: dużych instytucjach pomocowych o charakterze zamkniętym, z szerokimi uprawnieniami i dominującą pozycją profesjonalnego personelu względem pensjonariuszy³. Krytykowano całodobowe, stacjonarne placówki lecznicze i opiekuńcze jako masową formę wsparcia, która odbiera sprawczość i ogranicza prawo do samostanowienia, prowadząc osoby objęte wsparciem do roli pacjentów lub pensjonariuszy. Profesjonalizację działań pomocowych łączono z oddziaływaniem w warunkach laboratoryjnych (szpitalnych), zapewniających kontrolę zachowań pacjenta i eliminację oddziaływania czynników zewnętrznych (środowiskowych). Zmiany, jakie od tego czasu stopniowo zachodziły w polityce społecznej i organizacji działań pomocnych, zmierzały ku uśrodkowaniu i uspołecznieniu wsparcia oraz ku rozwojowi usług spersonalizowanych. Postulowano zatem stworzenie takich warunków, by osoby korzystające ze wsparcia pozostawały, w takiej mierze, w jakiej to możliwe, we własnym naturalnym środowisku życia. Oznaczało to odchodzenie od rozwiązań zakładowych typu zamkniętego w kierunku usług o charakterze środowiskowym. W Unii Europejskiej podejście to zyskało nazwę polityki deinstytucjonalizacji. W XXI wieku deinstytucjonalizacja działań pomocowych jest ważnym elementem unijnej agendy polityki społecznej. Zgodnie z założeniami unijnymi usługi społeczne powinny być kompleksowe, ale

¹ Szymon Wójcik, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0002-3540-481X.

² Karolina Lignar-Paczocho, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0003-4805-0405.

³ Lata 60. XX w. to także początek intensyfikacji krytyki profesji. Zwracano uwagę na napięcie między deklarowanymi zachowaniami altruistycznymi profesjonalistów a działaniami dążącymi do ochrony własnych interesów, przysłaniającymi tym samym misyjny charakter działań pomocowych. Szerzej na ten temat w Freidson 1994, s. 1–10.

też powszechne, niestygmatyzujące i świadomie świadczone na poziomie działania społeczności lokalnej.

Na przestrzeni lat można zaobserwować, jak zmieniają się podejścia do rozumienia profesjonalnego i kompetentnego pomagania (Rymsza 2020) i jak przekłada się to na metodykę działań pomocowych. Zmiany, jakie zachodzą, skupiają się zwłaszcza na potrzebie środowiskowania pomocy, a więc wsparcia, które nie tylko upodmiotawia, ale przede wszystkim działa i dzieje się w naturalnym środowisku osób korzystających z pomocy. Obecnie prawo do życia w wybranym przez siebie środowisku uważane jest za oczywiste i podstawowe. Otwarta pozostaje jednak dyskusja, jak świadczyć tak rozumianą pomoc i jak deinstytucjonalizować pomoc w sposób najbardziej etyczny (Claassen, Priebe 2010). Podejścia ekspertów i praktyków różnią się w zależności od obszarów wsparcia, to zaś wiąże się z dyskusją o potrzebie realizowania niektórych praktyk pomocowych w formule zakładowej mimo zwrotu w kierunku deinstytucjonalizacji (Brachmann 2011). Nie ma więc jednego wzoru organizacji działań pomocowych, a praktyki i rozwiązania różnią się w poszczególnych krajach. Dzieje się tak ze względów ekonomicznych i społecznych, ale także z powodu dość dużego stopnia ogólności wytycznych unijnych.

Celem tego opracowania jest po pierwsze przegląd dostępnych danych statystycznych odnoszących się do pięciu wybranych obszarów: niepełnosprawności, opieki senioralnej, zdrowia psychicznego, pieczy zastępczej oraz bezdomności, a także przykładów praktyk z wybranych krajów Unii Europejskiej. Dane pozwolą zobaczyć Polskę na tle bardzo zróżnicowanej sytuacji europejskiej. Drugim celem jest przedstawienie przykładów praktyk deinstytucjonalizacyjnych pochodzących z trzech wybranych krajów UE: Danii – państwa bardzo zaawansowanego we wdrażaniu takich reform; Bułgarii – państwa, które musiało w krótkim czasie podjąć głębokie reformy, by dostosować swój system do norm europejskich; oraz Niemiec – największego ludnościowo państwa UE, którego polityka społeczna oddziałuje na całą wspólnotę, a w szczególności na region Europy Środkowej.

Deinstytucjonalizacja usług pomocowych. Polska na tle państw Unii Europejskiej

Od kilkunastu lat deinstytucjonalizacja usług pomocowych, rozumiana jako przejście od pomocy opartej na dużych, kolektywnych zakładach do pomocy środowiskowej, mocniej upodmiotawiającej odbiorców pomocy, jest jednym z celów strategicznych europejskiej polityki społecznej. Tendencje te umocniły się jeszcze wobec kryzysu pandemii SARS-COV2, która w wielu krajach europejskich szczególnie śmiertelne żniwo zebrała właśnie w zakładach pomocowych (Šiška, Beadle-Brown 2020, s. 7).

Idee deinstytucjonalizacji znalazły się między innymi w przyjętym wspólnie przez Parlament Europejski, Radę Unii Europejskiej i Komisję Europejską w 2017 roku Europejskim Filarze Praw Socjalnych (European Pillar of Social Rights – EFPS 2017).

Choć nie jest to akt normatywny, wytycza wspólne cele zarówno dla Wspólnoty Europejskiej jako zbiorowego aktora działań publicznych, jak i dla wszystkich państw członkowskich. Zawiera 20 punktów, a pkt 18 głosi, że: „Każdy ma prawo do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej, w szczególności opieki w domu i usług środowiskowych”. Dodatkowo pkt 17 o integracji osób niepełnosprawnych postuluje ich prawo do usług zapewniających im pełny udział w życiu społecznym i zawodowym, a pkt 19, dotyczący osób bezdomnych, mówi o zapewnieniu im dostępu do mieszkań socjalnych lub pomocy mieszkaniowej dobrej jakości (EFPS 2017). Kwestia deinstytucjonalizacji i usług na rzecz niezależnego życia osób niepełnosprawnych oraz starszych została również zawarta i szerzej umocowana w unijnej Strategii na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030, przyjętej w 2021 roku (Komunikat KE 2021).

Mimo że unijny urząd statystyczny Eurostat stworzył bardzo rozbudowaną metodologię pomiaru postępów realizacji celów Filaru, obejmującą 31 zagregowanych wskaźników mierzonych na poziomie UE i poszczególnych krajów (Raport Eurostat 2022), żaden z nich nie odnosi się bezpośrednio do kwestii deinstytucjonalizacji i nie pozwala na pomiar postępu w kwestii jakości świadczenia usług opieki długoterminowej. Jest to symptom szerszego problemu dotyczącego braku dostatecznych danych porównawczych w omawianej przez nas dziedzinie. Składa się na niego kilka czynników:

- duże zróżnicowanie systemów zabezpieczenia społecznego w krajach UE sprawia, że dane zbierane przez poszczególne państwa są trudno porównywalne (np. ze względu na inne rodzaje placówek);
- istnieje wiele definicji deinstytucjonalizacji, a co za tym idzie, trudno ten proces jednoznacznie zoperacjonalizować. Często jest ona definiowana w sposób negatywny (jako odejście od pewnego rodzaju działań pomocowych), a brakuje komponentu pozytywnego, który z kolei mógłby być przełożony na mierzalne cele;
- istotą postulowanej zmiany są w dużej mierze czynniki jakościowe, takie jak: upodmiotowienie (*empowerment*), podtrzymywanie i tworzenie więzi społecznych, poprawa dobrostanu, podniesienie jakości życia. Aspekty te są trudne do przełożenia na wskaźniki ilościowe i dużo trudniejsze do monitorowania niż na przykład kwestie ubóstwa lub dostępu do rynku pracy.

Mimo tych problemów obecnie są dostępne rozbudowane raporty, które starają się porównać postępy i stan deinstytucjonalizacji w poszczególnych krajach UE (por. Ad Hoc Expert Group 2009; Turnpenny i in. 2018; Šiška, Beadle-Brown 2020). Organizacje i grupy, takie jak ESPN, ANED, European Expert Group on Transition from Institutional to Community-Based Care (EEG), a także organizacje, takie jak UNICEF, Bank Światowy czy OECD, zbierają dane i przeprowadzają badania, które pozwalają zarysować sytuację Polski na tle innych krajów i dają wzgląd w nasze problemy. Ponadto warto przytoczyć dane na temat rozmiarów populacji, których

dotyczą te usługi. Może to pomóc zrozumieć, wobec jak różnych wyzwań stają mniejsze i większe państwa członkowskie UE.

Stan zaawansowania procesów deinstytucjonalizacji w UE

Wspomniana już grupa ekspercka EEG opracowała na zlecenie Komisji Europejskiej w 2020 roku raport porównawczy dotyczący zaawansowania procesów deinstytucjonalizacji w 27 państwach Unii Europejskiej (Šiška, Beadle-Brown 2020). Problem rozpatrywano w odniesieniu do sześciu grup odbiorców: dzieci w pieczy zastępczej, dzieci z niepełnosprawnościami, dorosłych z niepełnosprawnościami, dorosłych z problemami zdrowia psychicznego, osób starszych i osób bezdomnych, co w znacznej mierze pokrywa się z zakresem przedmiotowym niniejszego opracowania.

Oprócz przeglądu sytuacji w poszczególnych krajach członkowskich autorzy podjęli próbę zestawienia zebranych danych, aby podsumować sytuację w całej Unii Europejskiej. Pierwszym pytaniem badawczym było, w jakim zakresie w roku 2019 stosowana jest opieka w zakładach zbiorowych i czy są obszary, w których państwa członkowskie całkowicie od niej odeszły. Dla potrzeb tych analiz zoperacjonalizowano duże placówki jako mające powyżej 30 miejsc dla odbiorców. Wyniki przedstawia tabela 1.

Badacze zaznaczają, że w niemal wszystkich krajach UE dla prawie wszystkich wyróżnionych grup nadal wsparcie realizowane jest w dużej mierze w formule dużych zakładów opiekuńczych. Najmniej konkluzywne wyniki dotyczyły opieki nad osobami bezdomnymi ze względu na trudność pozyskania rzetelnych danych. Raport stwierdza, że ze wszystkich 27 państw jedynie Szwecja zrealizowała daleko posunięte reformy deinstytucjonalizacyjne i nie funkcjonują tam placówki powyżej 30 osób. Irlandia i Austria osiągnęły ten stan w obszarze pieczy zastępczej. Polska, podobnie jak większość innych państw w tym zestawieniu, ma takie placówki dla wszystkich omawianych grup.

Kolejne zestawienie ogólnoeuropejskie dotyczyło zmiany w ciągu ostatniej dekady. Autorzy starali się porównać aktualną sytuację w danym państwie z sytuacją z roku 2009, bazując na opublikowanym wówczas raporcie (Ad Hoc Expert Group 2009). Także i tu nie we wszystkich obszarach udało się uzyskać dane i obraz sytuacji jest daleki od kompletnego, widać jednak większe różnicowanie między krajami (tabela 2). Szwecji nie oceniano ze względu na „pełną deinstytucjonalizację” według przyjętych kryteriów. W kolejnych dziewięciu krajach ocena wykazała, że sytuacja albo nie zmieniła się znacząco, albo uległa poprawie. W tej grupie znalazły się też kraje naszego regionu: Czechy, Węgry, Bułgaria i Słowenia. W trzech krajach sytuacja albo się nie zmieniła albo uległa pogorszeniu. Były to kraje „starej Unii”: Francja, Niemcy i Włochy. Pozostałe kraje dla niektórych grup zwiększyły, a dla innych zmniejszyły stopień instytucjonalizacji praktyk pomocowych. W tej grupie znalazła się także Polska. Oceniono, że w naszym kraju w ciągu tych dziesięciu lat znacznie

Tabela 1. Utrzymywanie placówek powyżej 30 osób dla różnych grup w państwach członkowskich Unii Europejskiej w 2019 r.

Kraj	Dzieci w pieczy zastępczej	Dzieci z niepełnosprawnościami	Dorośli z niepełnosprawnościami	Dorośli z problemami zdrowia psychicznego	Osoby starsze	Osoby bezdomne
Austria	nie	tak	tak	tak	tak	bd
Belgia	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Bułgaria	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Chorwacja	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Cypr	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Czechy	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Dania	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Estonia	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Finlandia	bd	tak	tak	tak	tak	bd
Francja	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Grecja	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Hiszpania	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Holandia	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Irlandia	nie	tak	tak	tak	tak	bd
Litwa	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Luksemburg	bd	tak	tak	tak	tak	tak
Łotwa	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Malta	bd	tak	tak	tak	tak	bd
Niemcy	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Polska	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Portugalia	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Rumunia	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Słowacja	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Słowenia	tak	tak	tak	tak	tak	bd
Szwecja	nie	nie	nie	nie	nie	bd
Węgry	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Włochy	tak	tak	tak	tak	tak	nd

Tabela 2. Podsumowanie zmian w zakresie deinstytucjonalizacji w latach 2009–2019 w państwach członkowskich Unii Europejskiej

Kraj	Dzieci w pieczy zastępczej	Dzieci z niepełnosprawnościami	Dorośli z niepełnosprawnościami	Dorośli z problemami zdrowia psychicznego	Osoby starsze
Austria	bd	bd	bd	--	nd
Belgia	++	bd	bd	--	bd
Bułgaria	--	-	bz	bz	bz
Chorwacja	--	--	--	bz	++
Cypr	bd	bd	bz	bz	bd
Czechy	--	bz	--	bz	bz
Dania	--	bd	bz	bd	bd
Estonia	-	bz	-	bd	bd
Finlandia	bd	-	bd	bd	bd
Francja	bz	bz	++	bd	++
Grecja	+	+	bz	-	bd
Hiszpania	bd	bd	bd	bd	--
Holandia	++	bd	-	-	bd
Irlandia	nd	--	--	-	+
Litwa	-	--	++	bd	bz
Luksemburg	bd	bd	++	bd	bd
Łotwa	--	--	-	++	-
Malta	bd	bd	bd	bz	++
Niemcy	bd	bd	bd	bd	++
Polska	--	--	bz	bz	++
Portugalia	bd	bd	+	-	-
Rumunia	--	--	bz	-	++
Słowacja	--	bz	--	bz	++
Słowenia	--	--	bd	bd	bz
Szwecja	nd	nd	nd	nd	nd
Węgry	bz	-	bz	++	-
Włochy	++	++	bd	bd	bz

++ duży wzrost instytucjonalizacji; + wzrost instytucjonalizacji; bz bez zmian; -- duży spadek instytucjonalizacji; - spadek instytucjonalizacji; bd brak danych; nd nie dotyczy

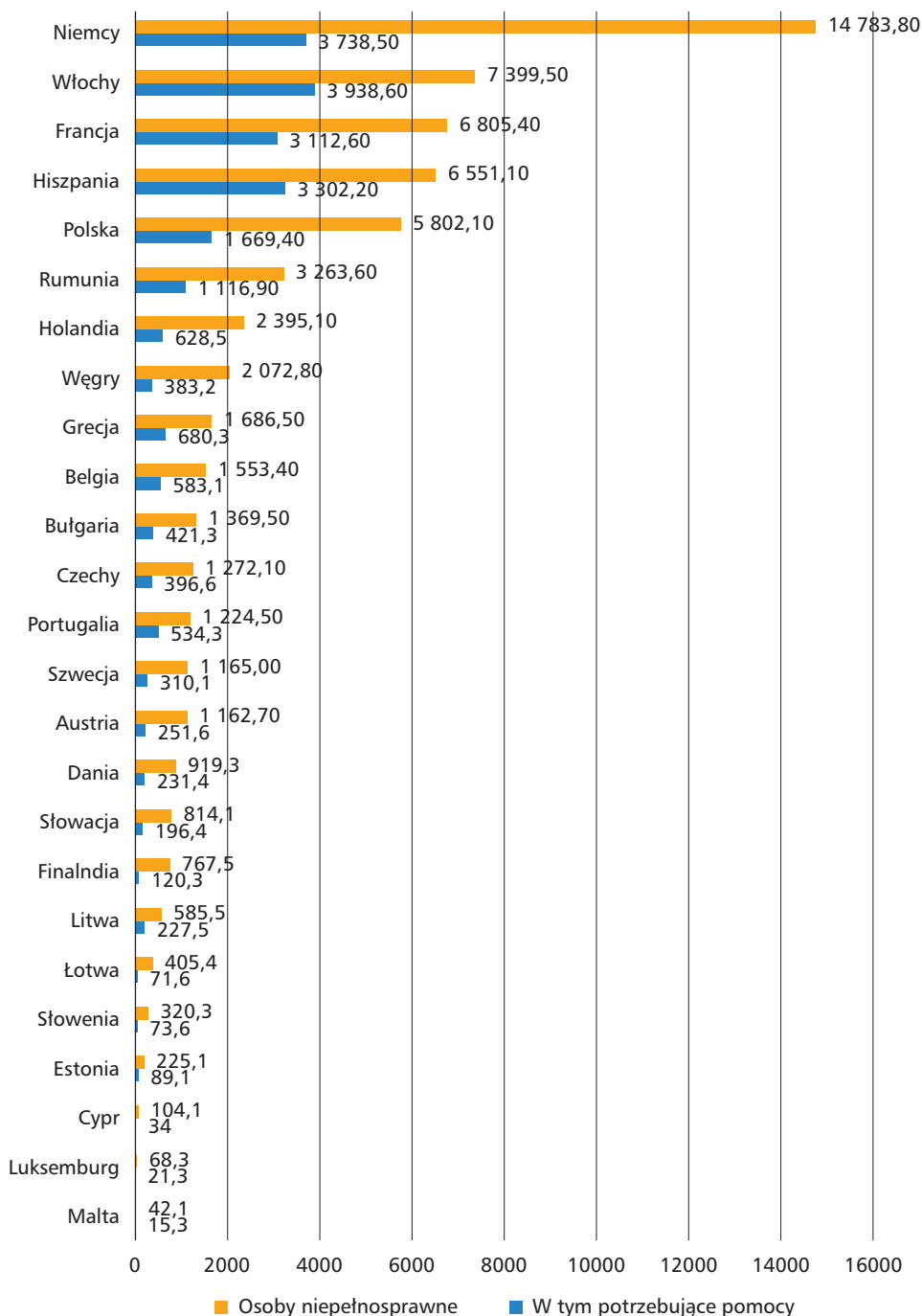
Źródło: Šiška, Beadle-Brown 2020, s. 12.

poprawiła się sytuacja w grupie dzieci w pieczy zastępczej oraz dzieci z niepełnościami, nie zmieniła zaś, jeśli chodzi o niepełnosprawne osoby dorosłe oraz dorosłych z problemami psychicznymi, a pogorszyła jeśli chodzi o sytuację osób w podeszłym wieku. W tej ostatniej grupie odnotowano wzrost poziomu instytucjonalizacji działań pomocowych aż w ośmiu państwach. Wiąże się to oczywiście z postępującym procesem starzenia się społeczeństw i jest wskaźnikiem wielkiego wyzwania, jakim będzie wprowadzanie reform opieki środowiskowej w warunkach zmieniającej się sytuacji demograficznej. Przeprowadzono również porównanie liczbowe, które wykazało, że w 2007 roku w placówkach mieszkało 1 294 253 Europejczyków, a w roku 2019 – 1 286 059, co świadczy jedynie o nieznacznej, pozytywnej zmianie ilościowej (spadek o 6,3%). W kolejnych punktach przedstawimy dostępne statystyki dotyczące poszczególnych grup osób potrzebujących wsparcia.

Niepełnosprawność i starość

Osoby z niepełnościami, chociaż często nadal pozostają niewidoczne dla większości społeczeństwa, stanowią pokaźną grupę w każdym ze społeczeństw europejskich. Oczywiście w badaniach socjologicznych na ten temat stosowane są różnorodne definicje niepełnosprawności. Wykres 1 przedstawia wyniki ostatniej edycji badań European Health and Social Integration Survey (EHSIS), w których za osobę niepełnosprawną uznawano każdego, kto odczuwał ograniczenia w funkcjonowaniu w jednym z dziesięciu obszarów, takich jak poruszanie się, podejmowanie zatrudnienia, edukacja itp. Dane te pokazują, że Polska ma piątą najliczniejszą populację osób niepełnosprawnych po Niemczech, Włoszech, Francji i Hiszpanii, liczącą ponad 5,8 mln obywateli (ponad 15% populacji krajowej). W badaniach tych pytano między innymi o to, czy osoby te potrzebują specjalistycznej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W Polsce twierdząco odpowiedziało 28% badanych osób niepełnosprawnych, co przekłada się na około 1,7 mln obywateli. Co ciekawe, udział ten wykazuje duże wahania między krajami i wynosi od 16% dla Finlandii do 53% dla Włoch. Polska znalazła się poniżej średniej EU, która wynosiła 35%. Tabela 3 przedstawia z kolei odsetki osób niepełnosprawnych deklarujących ograniczenia w poszczególnych dziedzinach życia (na podstawie tych samych badań). 51% deklorowało problemy z poruszaniem się, 49% z uczestnictwem w życiu kulturalnym i rozrywkowym, 43% z zatrudnieniem, 39% z dostępem do budynków, 36% z dostępem do transportu, a 29% z dostępem do edukacji (Raport Eurostat 2015). We wszystkich tych obszarach poza uczestnictwem w życiu kulturalnym odsetki te były wyższe niż średnia europejska.

Istotne jest zastrzeżenie, na które zwracają uwagę eksperci badający procesy deinstytucjonalizacyjne. Zarówno cytowane europejskie badanie EHSIS, jak i podstawowe badanie Eurostatu EU-SILC i większość innych badań w ogóle pomija przy losowaniu próby osoby niemieszkające w indywidualnych gospodarstwach domowych,



Wykres 1. Populacja osób niepełnosprawnych, w tym osoby deklarujące potrzebę pomocy w codziennym funkcjonowaniu w 2012 roku

Źródło: Raport Eurostat 2015

Tabela 3. Udział osób niepełnosprawnych deklarujących ograniczenia w poszczególnych dziedzinach życia w państwach członkowskich Unii Europejskiej w 2012 roku

Kraj	Poruszanie się	Transport	Dostęp do budynków	Edukacja	Zatrudnienie	Korzystanie z Internetu	Kontakty społeczne	Rozrywka
Austria	40%	20%	28%	21%	36%	2%	bd	55%
Belgia	46%	24%	31%	28%	44%	3%	bd	64%
Bułgaria	45%	35%	33%	10%	27%	2%	2%	35%
Cypr	50%	39%	33%	20%	33%	4%	bd	52%
Czechy	58%	40%	40%	14%	35%	2%	2%	67%
Dania	51%	22%	34%	34%	51%	8%	3%	68%
Estonia	57%	27%	29%	15%	25%	3%	bd	55%
Finlandia	40%	13%	25%	20%	45%	4%	bd	64%
Francja	45%	29%	32%	35%	35%	6%	2%	66%
Grecja	61%	40%	41%	8%	18%	bd	bd	48%
Hiszpania	59%	34%	35%	22%	41%	9%	2%	69%
Holandia	36%	22%	25%	26%	47%	2%	2%	63%
Litwa	47%	33%	34%	20%	42%	4%	2%	48%
Luksemburg	41%	15%	26%	27%	34%	5%	bd	64%
Łotwa	47%	30%	25%	15%	41%	2%	4%	47%
Malta	49%	30%	34%	17%	7%	bd	bd	43%
Niemcy	50%	21%	33%	32%	38%	4%	1%	66%
Polska	51%	36%	39%	29%	43%	3%	bd	49%
Portugalia	48%	34%	36%	13%	38%	bd	bd	42%
Rumunia	66%	42%	51%	15%	32%	2%	4%	47%
Słowacja	42%	21%	28%	21%	21%	2%	bd	55%
Słowenia	52%	33%	41%	23%	23%	bd	5%	61%
Szwecja	27%	16%	18%	20%	47%	4%	2%	67%
Węgry	61%	45%	45%	17%	42%	3%	bd	47%
Włochy	66%	51%	43%	12%	20%	2%	2%	54%

Źródło: Raport Eurostat 2015

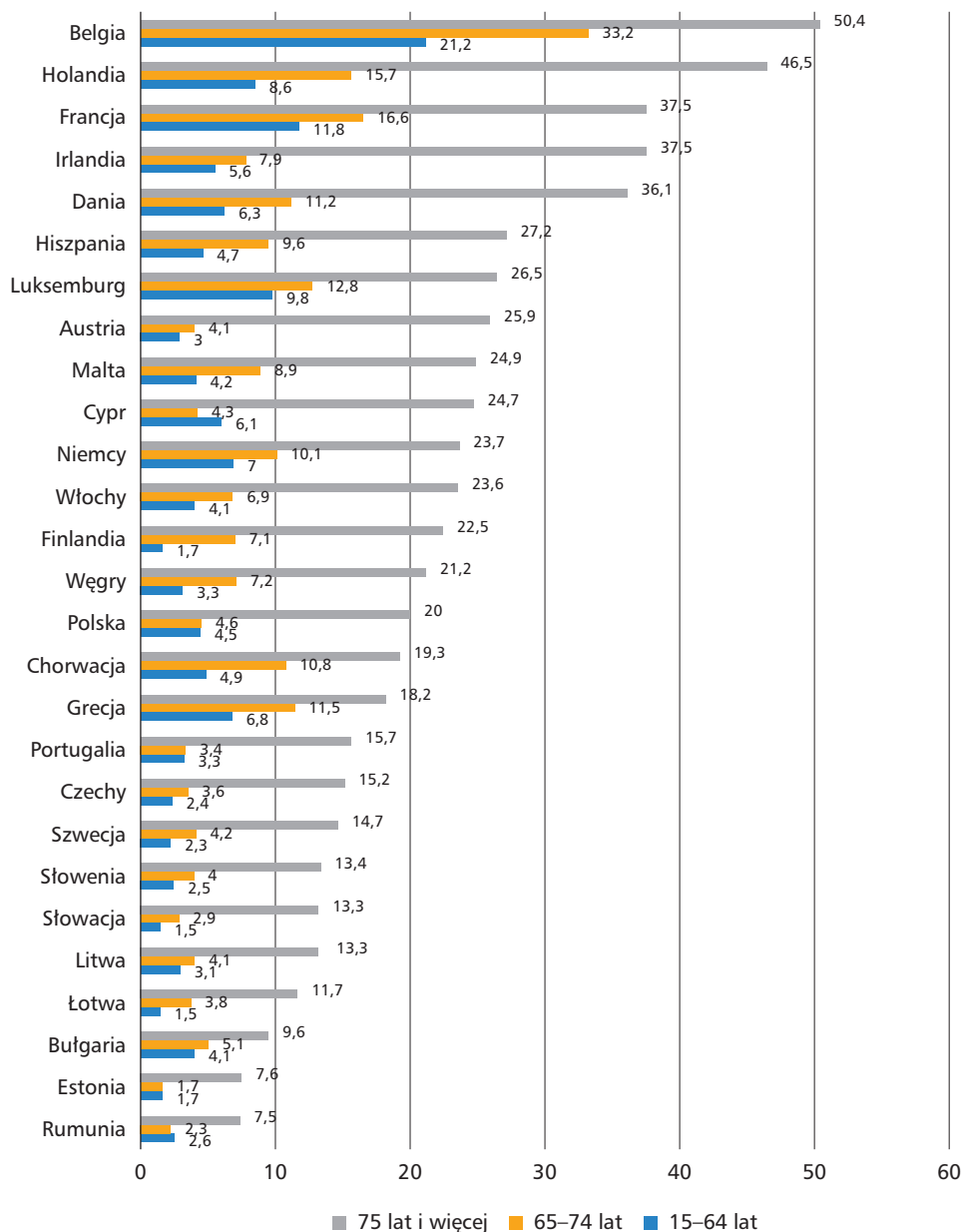
a na przykład w placówkach opieki długoterminowej. Oznacza to, że niemal wszystkie dostępne statystyki opisujące populację osób niepełnosprawnych nie reprezentują subpopulacji żyjącej w placówkach. Stefanos Grammenos (2013) w raporcie dla organizacji ANED szacuje na podstawie dostępnych danych, że średnio w Europie około 1% populacji poniżej 65 r.ż. przebywa w instytucjach, ale aż 6 do 7% osób

w wieku powyżej 65 lat, spośród których około 80% to osoby z niepełnosprawnościami (Grammenos 2013, s. 20).

Chociaż na poziomie unijnym nie dysponujemy odpowiednimi danymi umożliwiającymi porównanie dotyczące osób niepełnosprawnych długookresowo przebywających w placówkach typu zakładowego, mamy dostęp do danych dotyczących korzystania z usług opiekuńczych w domu. Rozwój tych usług jest jednym z warunków koniecznych do skutecznego wdrożenia reform deinstytucjonalizacyjnych. Odsetek osób korzystających z tych usług jest zróżnicowany w zależności od przedziału wiekowego, ale też sytuacja wygląda diametralnie odmiennie w poszczególnych krajach UE (wykres 2). Dla osób w przedziale 15–64 lat jest to od 1,5% na Łotwie i Słowacji do 21% w Belgii, dla osób w przedziale 65–74 lat od 1,7% w Estonii do 33,2% w Belgii i dla osób 75+ od 7,5% w Rumunii do 50,4% w Belgii. Tak duże zróżnicowanie jest odzwierciedleniem różnic kulturowych, siły inercji utrwalonych rozwiązań organizacyjnych (tzw. zależność od szlaku) oraz obecnie stosowanych rozwiązań formalno-prawnych regulujących świadczenie pomocy osobom niepełnosprawnym i starszym w miejscu zamieszkania. Niższe odsetki osób korzystających z takich usług w danym kraju mogą oznaczać zarówno mniejszą dostępność tych usług, jak i większą częstotliwość opieki ze strony rodziny i najbliższych. Dane dla Polski plasują ją w pobliżu średniej unijnej, jeśli chodzi o pomoc dla osób poniżej 64 roku życia (4,5% w Polsce wobec 5,12% dla UE), poniżej, jeśli chodzi o przedział wiekowy 65–74 (4,6% w Polsce, 8% w UE) oraz znów na średnim poziomie, jeśli chodzi o osoby w wieku powyżej 75 lat (20% w Polsce, 22% w UE).

Kolejnym wskaźnikiem używanym do opisu sytuacji w obszarze opieki długoterminowej osób niepełnosprawnych i starszych jest liczba łóżek opieki długoterminowej w placówkach opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (wykres 3). Tu także występuje duże zróżnicowanie w ramach Unii Europejskiej. Wskaźnik ten przyjmuje wartości od 27 dla Bułgarii do 1378 dla Holandii. Można tu wyróżnić trzy grupy państw: a) te o najwyższym wskaźniku powyżej 1000 łóżek na 100 tys. mieszkańców. Jest to osiem krajów, głównie z Europy Zachodniej i Północnej oraz niewielkich Malty i Słowenii; b) kraje o średniej dostępności łóżek ze wskaźnikiem poniżej 1000 a powyżej 500 (10 krajów); c) kraje ze wskaźnikiem poniżej 500 (9 krajów) – są to głównie kraje Europy Środkowej i Południowej. Polska wypada w tym zestawieniu źle – z liczbą 200 łóżek na 100 tys. mieszkańców; jest to trzeci najgorszy wynik w UE (nasz kraj wyprzedza pod tym względem jedynie Grecję i Bułgarię).

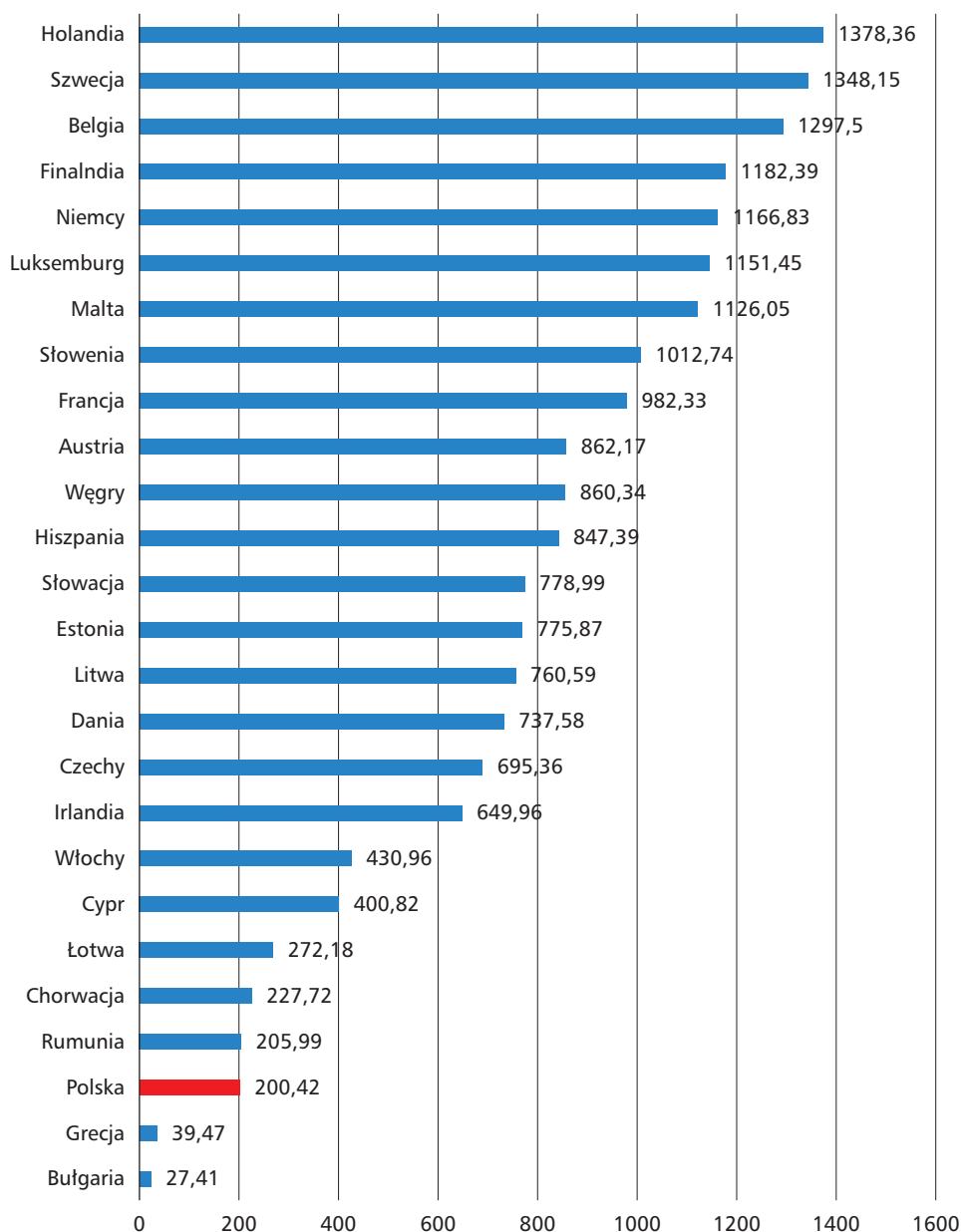
Jak zauważają w raporcie eksperci Europejskiej Sieci ds. Polityki Społecznej ESPN (Spasova, Baeten, Vanhercke 2018), dane te są trudne do interpretacji w kontekście wprowadzanej od ponad dekady polityki deinstytucjonalizacji i muszą być rozpatrywane z uwzględnieniem zmian w czasie i kontekstu krajowego oraz regionalnego. W części krajów (głównie Europy Północnej) liczba łóżek w placówkach spada właśnie w wyniku wdrażania reform deinstytucjonalizacyjnych i związanego z nimi zjawiska zamykania bądź zmniejszania placówek. W innych krajach Europy Zachodniej liczba ta nie zmienia się w czasie lub nieznacznie rośnie, co jest związane z rosnącą



Wykres 2. Odsetek osób korzystających z usług opiekuńczych w domu w poszczególnych przedziałach wiekowych w państwach członkowskich Unii Europejskiej w 2019 roku

Źródło: Raport Eurostat 2020a,

populacją osób starszych. W krajach Europy Południowej liczba tych miejsc się zwiększa i otwierane są nowe placówki ze względu na postępującą „defamiliaryzację” opieki i konieczność odpowiedzi na rosnące potrzeby opiekuńcze. Wreszcie w wielu



Wykres 3. Liczba łóżek opieki długoterminowej w placówkach opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2019 roku

Źródło: Raport Eurostat 2020a

krajach Europy Środkowej i Wschodniej (w tym w Polsce) nie istniała rozbudowana sieć placówek opiekuńczych i liczba dostępnych łóżek zawsze była niska, a wobec postulowanych przez UE reform nowe nie są tworzone, co jednak nie rozwiązuje

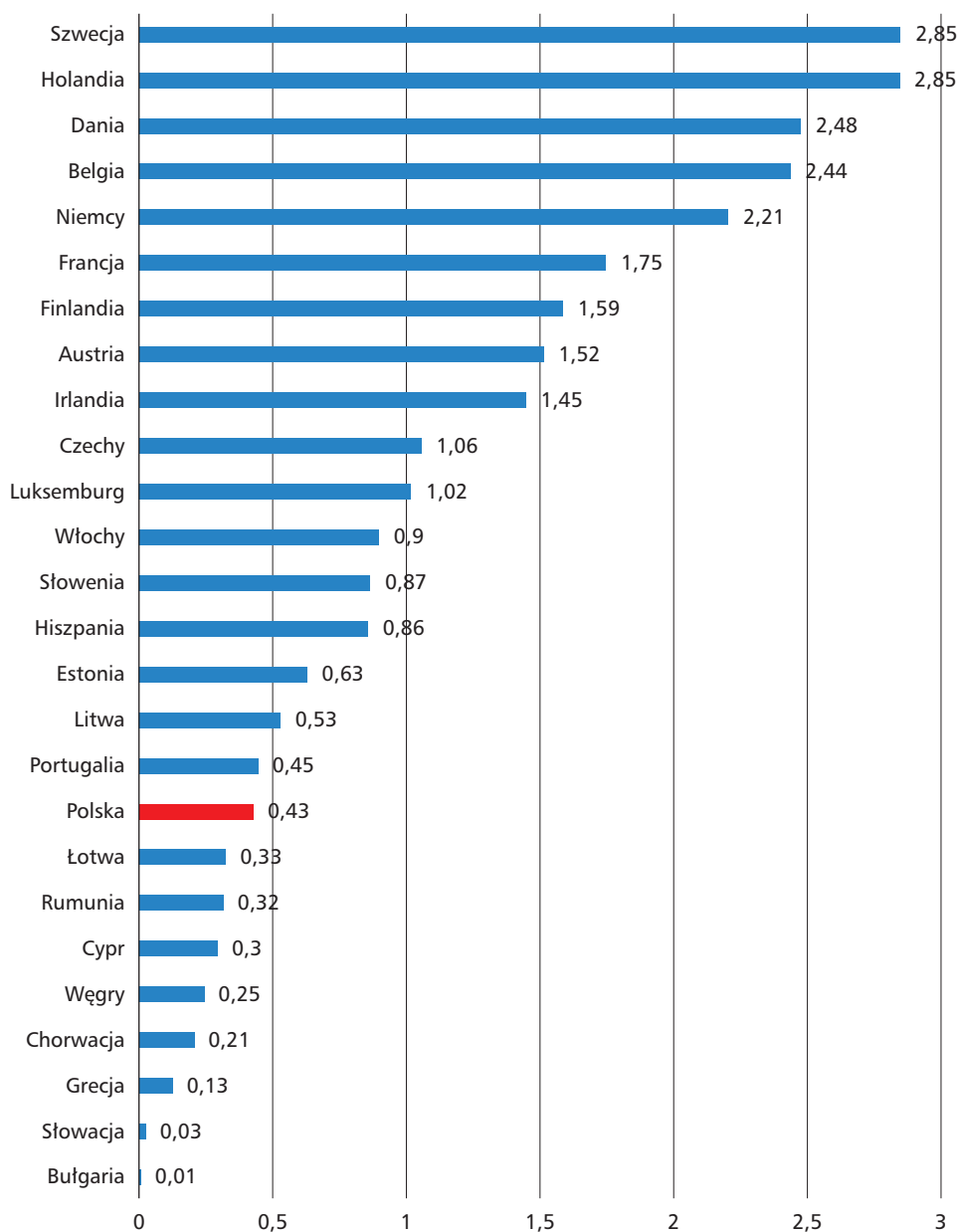
problemów związanych ze starzeniem się społeczeństw (wzmocnionych przez zjawisko emigracji zarobkowej osób średniego pokolenia, w szczególności kobiet, na których w dużej mierze spoczywają obowiązki opieki). Osobną kwestią jest rosnący rynek prywatnych usług opiekuńczych, które dla większości krajów nie są ujęte w omawianych danych statystycznych.

Sumaryczne wydatki na opiekę długoterminową – zarówno w placówkach, jak i w postaci usług w miejscu zamieszkania – stanowią w państwach UE niebagatelne kwoty, a przemiany demograficzne sprawiają, że będą w dalszym ciągu rosły. Eksperci zwracają uwagę, że schematy finansowania i współfinansowania tych usług są w poszczególnych państwach odmienne i nierzadko skomplikowane. Z tych względów trudne jest ściśle porównanie nakładów na tę dziedzinę (Spasova, Baeten, Vanhercke 2018). Na podstawie danych Eurostatu, gdzie wydatki przedstawione są w stosunku do PKB, możemy jednak stwierdzić, że również tutaj występuje duże zróżnicowanie (wykres 4). Od 0,01% PKB dla Bułgarii (jednocześnie kraju o najniższym PKB per capita w UE) do niemal 3% PKB w Holandii i Szwecji. Również w Danii, Belgii i Niemczech jest to ponad 2% PKB, a w kolejnych 6 państwach powyżej 1% PKB. W Polsce jest to 0,43% PKB – wielkość zbliżona do Portugalii, Litwy, Łotwy i Estonii. Oczywiście w kwotach bezwzględnych zróżnicowanie to jest jeszcze większe: od 76 mld euro rocznie w Niemczech i 42 mld we Francji przez 2,3 mld euro w Polsce po 5 mln wydanych przez Bułgarię w 2019 roku.

Zdrowie psychiczne

Kwestia deinstytucjonalizacji podnoszona jest także intensywnie w kontekście leczenia osób z chorobami psychicznymi i opieki na nimi. W tym kontekście jest ona powiązana z wieloletnią dyskusją na temat optymalnego modelu opieki psychiatrycznej. Rzecz dotyczy nie tylko komfortu życia osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, lecz także zachowania przez nie podstawowych praw człowieka i obywatela. Mimo wielu deklaracji zmiany postępują w tej dziedzinie bardzo powoli. Jak podają autorzy przekrojowego raportu na ten temat, w latach 2012–2017 nastąpiła jedynie niewielka poprawa sytuacji. Wbrew obiegowej opinii problem ten nie dotyczy tylko państw Europy Środkowej i Wschodniej, choć tam rzeczywiście opieka psychiatryczna w największym stopniu opiera się na placówkach całonocowego pobytu o charakterze zamkniętym (Turnpenny i in. 2018).

Podobnie jak w innych obszarach, także i tu istnieje niedobór miarodajnych wskaźników, które pozwoliłyby w pełni porównać postępy deinstytucjonalizacji. W Unii Europejskiej jako podstawowy wskaźnik przyjmuje się liczbę łóżek w szpitalach psychiatrycznych, przy czym jej spadek interpretowany jest jako postęp (wykres 5). W Polsce w 2019 roku wskaźnik ten wynosił 63,28 łóżek na 100 tys. mieszkańców i w ciągu ostatnich 10 lat niemal się nie zmienił (64,23 w 2009 r.). W całej UE spadek też nie był znaczący; wskaźnik ten zmniejszył się o niecałe 5% – z 76,39 w 2009 roku

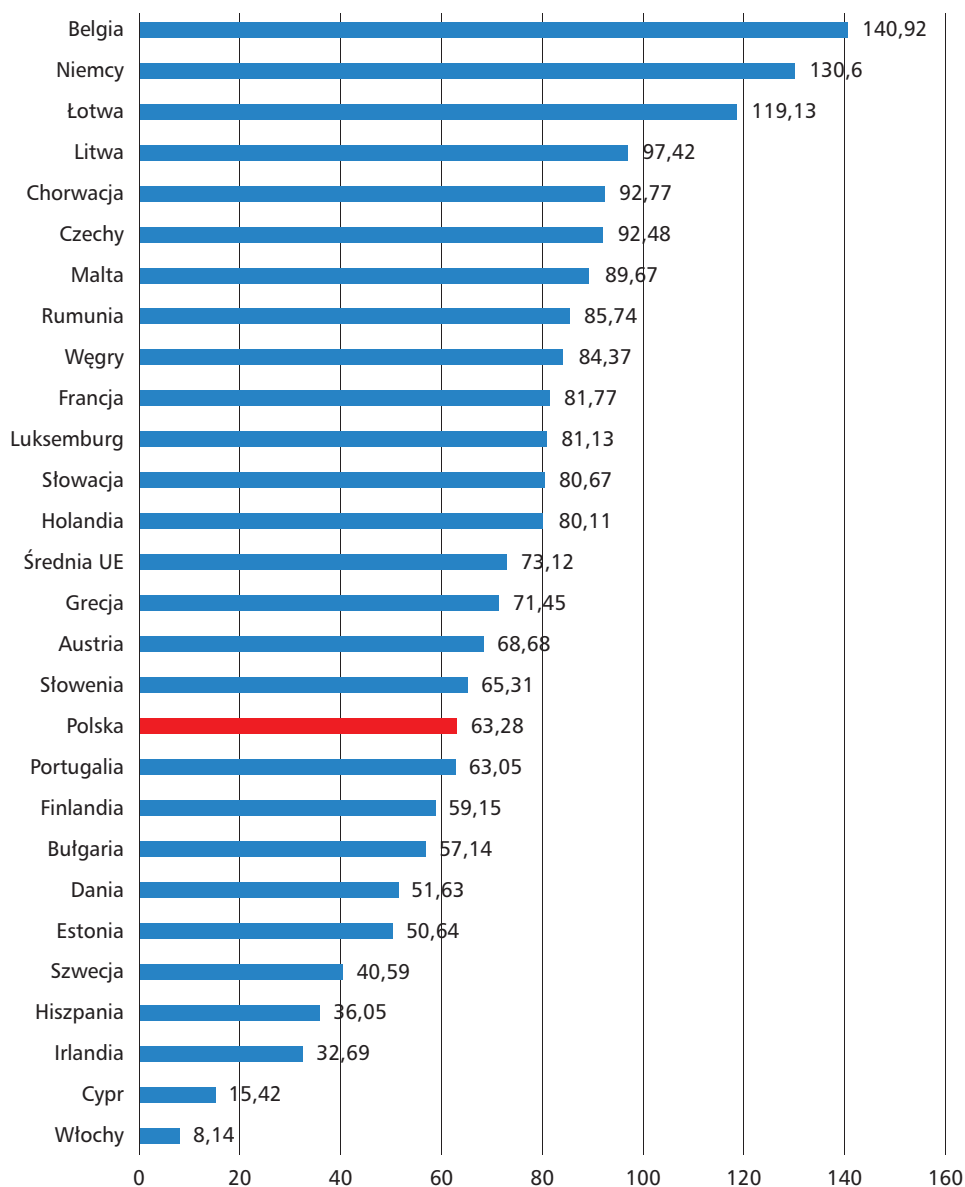


Wykres 4. Wydatki państw członkowskich Unii Europejskiej na opiekę długoterminową jako odsetek PKB w 2019 roku

Źródło: Raport Eurostat 2020b.

do 73,12 w 2019. Wykorzystanie tego wskaźnika to jednak podejście co najmniej niepełne, ponieważ sam spadek skali hospitalizacji pacjentów psychiatrycznych nie oznacza automatycznie objęcia ich lepszymi, środowiskowymi formami pomocy.

Czasami kryje się za tym transfer do innych placówek (zazwyczaj z systemu pomocy społecznej) lub pozostawienie tych osób bez pomocy. Aby właściwie ocenić sytuację, należy brać pod uwagę po pierwsze więcej czynników mogących opisać sytuację pacjentów i po drugie historię i specyfikę opieki psychiatrycznej i psychologicznej w danym kraju (Turnpenny i in. 2018).



Wykres 5. Liczba łóżek opieki psychiatrycznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2019 roku

Źródło: Raport Eurostat 2020c,

Bardziej kompleksowe podejście do pomiaru postępów deinstytucjonalizacji w opiece psychiatrycznej wypracowano w ramach realizacji projektu MENDit z 2016 roku (Taylor Salisbury, Killaspy, King 2016). Stworzono tam indeks o pięciu skalach dotyczący różnych aspektów zmian w opiece psychiatrycznej. W każdej podskali państwo mogło otrzymać od 0 do 1 pkt, co zsumowane dawało wynik indeksu w przedziale od 0 do 5 punktów (tabela 4). Pierwsze miejsce zajęła Finlandia z oceną 4,34 pkt

Tabela 4. Porównanie postępów deinstytucjonalizacji w opiece psychiatrycznej w państwach członkowskich Unii Europejskiej – indeks MENDit za 2016 rok

Kraj	Zamykanie szpitali psychiatrycznych	Dostęp do opieki psychiatrycznej w ramach POZ	Dostęp do mieszkalnictwa wspomagającego	Finansowanie opieki psychiatrycznej	Kadra lekarska i pomocowa	Indeks MENDit (0–5)
Finlandia	0,67	0,67	1,00	1,00	1,00	4,34
Niemcy	0,33	1,00	1,00	1,00	1,00	4,33
Irlandia	0,33	1,00	1,00	1,00	1,00	4,33
Holandia	0,33	1,00	1,00	1,00	1,00	4,33
Włochy	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	4,00
Belgia	0,67	1,00	1,00	1,00	0,00	3,67
Portugalia	0,67	1,00	1,00	1,00	0,00	3,67
Szwecja	0,67	1,00	0,00	1,00	1,00	3,67
Węgry	0,67	0,67	1,00	1,00	0,00	3,34
Austria	0,33	1,00	1,00	0,00	1,00	3,33
Cypr	0,33	1,00	1,00	1,00	0,00	3,33
Grecja	0,33	1,00	0,00	1,00	1,00	3,33
Łotwa	0,33	1,00	1,00	1,00	0,00	3,33
Luksemburg	0,33	1,00	1,00	1,00	0,00	3,33
Malta	0,33	1,00	1,00	1,00	0,00	3,33
Dania	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	3,00
Rumunia	0,33	0,67	1,00	1,00	0,00	3,00
Czechy	0,33	1,00	0,50	1,00	0,00	2,83
Słowacja	0,33	1,00	0,50	1,00	0,00	2,83
Francja	0,67	1,00	1,00	0,00	0,00	2,67
Estonia	0,33	1,00	1,00	0,00	0,00	2,33
Słowenia	0,33	1,00	1,00	0,00	0,00	2,33
Bułgaria	0,33	0,33	0,50	1,00	0,00	2,16
Litwa	0,33	0,67	0,00	1,00	0,00	2,00
Hiszpania	0,33	1,00	0,50	0,00	0,00	1,83
Polska	0,33	0,33	0,50	0,00	0,00	1,16

Źródło: Taylor Salisbury, Killaspy, King 2016.

przed Niemcami, Irlandią i Holandią (4,33), natomiast ostatnie Polska, jako jedyna osiągnąca wynik tylko nieznacznie przekraczający jeden punkt (1,16) za Hiszpanią (1,83), Litwą (2,00) i Bułgarią (2,16). Choć metodologia ta jest do pewnego stopnia subiektywna – bazuje na opiniach ekspertów krajowych – nasze państwo miało niskie wyniki przede wszystkim ze względu na ograniczone finansowanie ze środków publicznych opieki w zakresie zdrowia psychicznego, niedobór kadry, niedostateczną pomoc psychologiczną i psychiatryczną w podstawowej opiece zdrowotnej⁴.

Dzieci w pieczy zastępczej

W obszarze dotyczącym dzieci w pieczy zastępczej istnieje daleko posunięty konsensus europejski dotyczący głównych założeń i kierunków polityki deinstytucjonalizacji. Strategicznym celem jest likwidacja placówek socjalizacyjnych – zakładowych form wsparcia, popularnie określanych terminem domy dziecka – na rzecz form opieki rodzinnej⁵. Z wieloletnich badań wynika, że przebywanie w placówkach, w izolacji od rodziny, ma ogromny negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, emocjonalne i fizyczne dzieci (Raport Opening Doors 2018b). Od co najmniej dwóch dekad większość państw europejskich przy wsparciu UE oraz takich organizacji, jak UNICEF, wdraża reformy dotyczące deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, które – zwłaszcza w przypadku państw Europy Środkowej i Wschodniej – przyniosły znaczące pozytywne zmiany (Raport UNICEF 2018).

Do niedawna jednak także i w tym obszarze brakowało porównywalnych danych o sytuacji w poszczególnych krajach. Przyczyną, tak jak i w przypadku innych obszarów działań pomocowych, są różnice systemowe w organizacji i zarządzaniu pieczą zastępczą w poszczególnych państwach, mające również przełożenie na zróżnicowane klasyfikacje, nazewnictwo i definicje. Niedawny raport projektu UNICEF i Eurochild pn. DataCare pozwolił zebrać i sklasyfikować dane z państw UE, tworząc trzy podstawowe kategorie form pieczy zastępczej (instytucjonalną, rodzinną i innego typu). Zestawienie zebranych danych prezentuje tabela 5, a autorzy raportu postulują uwzględnienie wypracowanych wskaźników w ocenie polityk UE (czego dotychczas nie było) (Raport UNICEF, Eurochild 2021).

Na podstawie zebranych danych można utworzyć ranking państw UE według kryterium odsetka dzieci przebywających w pieczy zastępczej. Mimo wspomnianego konsensu wokół deinstytucjonalizacji także i tu rozbieżności w ramach Unii są bardzo duże: od 95% dzieci w pieczy rodzinnej na Malcie i 91% w Irlandii do 2%

⁴ Choć należy zaznaczyć, że ocena ta dokonywana była w 2015 r. przed uchwaleniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2017.

⁵ Należy zaznaczyć, że w polskim systemie funkcjonują też rodzinne domy dziecka, formalnie będące placówkami, ale o charakterze uśrednionym, zbliżone formą funkcjonowania do zawodowych rodzin zastępczych.

Tabela 5. Liczba dzieci w rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej w państwach członkowskich Unii Europejskiej w roku 2020 (lub ostatnim dostępnym)

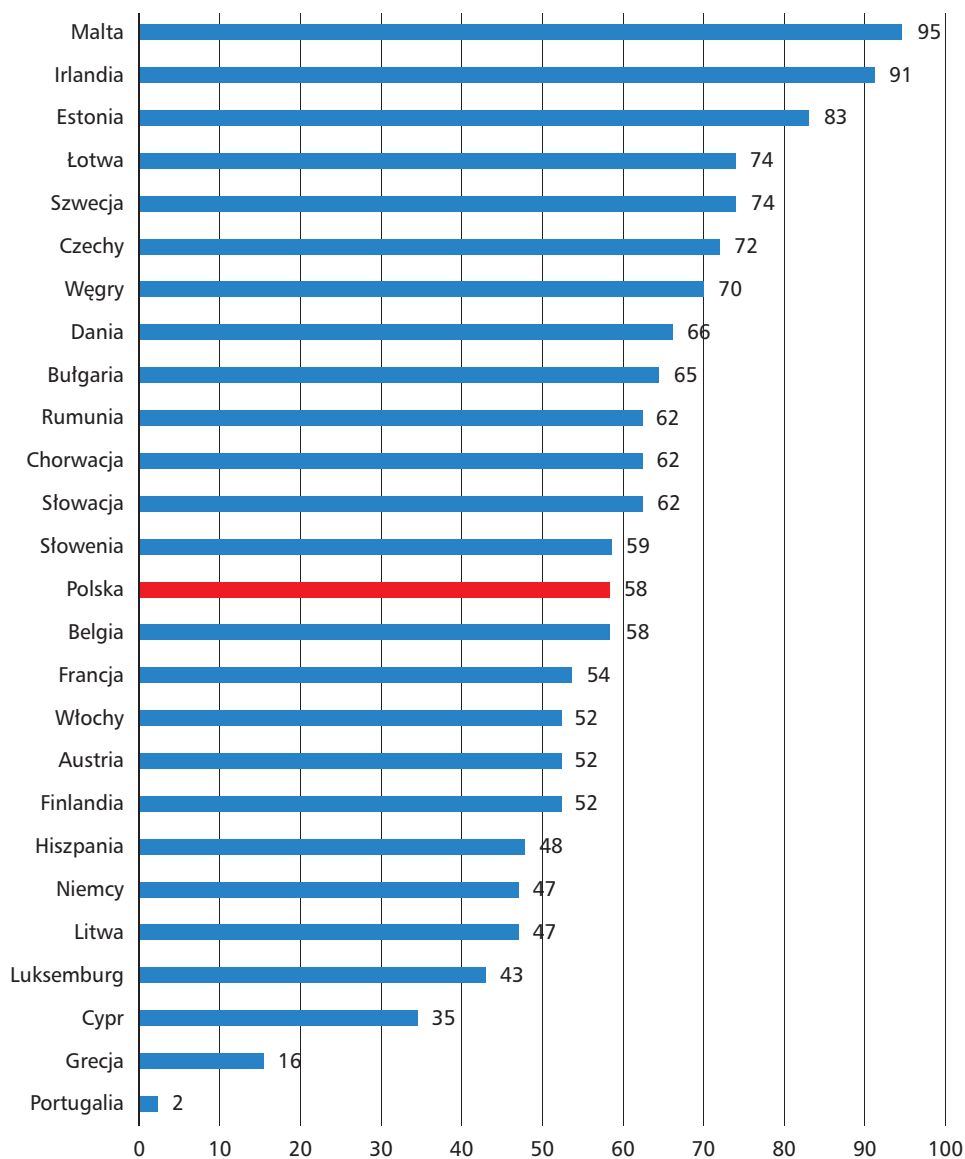
Kraj	Łącznie	W pieczy instytucjonalnej		W pieczy rodzinnej		W innych formach	
Austria	29 365	14 035	48%	15 330	52%	nd	nd
Belgia	19 964	8 412	42%	11 552	58%	nd	nd
Bułgaria	10 067	3 571	35%	6 496	65%	nd	nd
Chorwacja	3 620	921	25%	2 241	62%	458	13%
Cypr	608	398	65%	210	35%	nd	nd
Czechy	28 413	7 933	28%	20 480	72%	nd	nd
Dania	11 399	3 698	32%	7 540	66%	161	1%
Estonia	1 740	188	11%	1 448	83%	104	6%
Finlandia	12 119	5 690	47%	6 298	52%	131	1%
Francja	158 124	51 524	33%	84 944	54%	21 656	14%
Grecja	1 989	1 680	84%	309	16%	nd	nd
Hiszpania	40 828	21 283	52%	19 545	48%	nd	nd
Irlandia	5 983	525	9%	5 458	91%	nd	nd
Litwa	10 308	3 438	33%	4 835	47%	2 035	20%
Luksemburg	1 286	731	57%	555	43%	nd	nd
Łotwa	7 606	1 975	26%	5 631	74%	nd	nd
Malta	697	38	5%	659	95%	nd	nd
Niemcy	147 700	77 984	53%	69 716	47%	nd	nd
Polska	121 225	43 077	36%	70 753	58%	7 395	6%
Portugalia	5952	5 638	95%	144	2%	170	3%
Rumunia	57 147	21 037	37%	35 715	62%	395	1%
Słowacja	14 123	5 428	38%	8 695	62%	nd	nd
Słowenia	1 167	483	41%	684	59%	nd	nd
Szwecja	19 014	4 249	22%	14 041	74%	724	4%
Węgry	20 463	6 151	30%	14 312	70%	nd	nd
Włochy	27 111	12 892	48%	14 219	52%	nd	nd

Źródło: Raport UNICEF, Eurochild 2021.

w Portugalii i 16% w Grecji. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 58% i był zbliżony do średniej unijnej, wynoszącej 56%. Należy jednocześnie pamiętać, że populacja dzieci w pieczy zastępczej w Polsce przekracza 120 tys. (więcej jest tylko we Francji i w Niemczech), co sprawia, że wyzwania związane z deinstytucjonalizacją są odpowiednio większe niż w państwach, w których problem dotyczy kilku lub kilkunastu tysięcy dzieci.

Jednocześnie badacze zbierający i porównujący dane zwracają uwagę na ogólny niedobór danych, co uniemożliwia dokonanie bardziej pogłębionej oceny sytuacji

dzieci przebywających w poszczególnych formach opieki, z uwzględnieniem różnych aspektów jakości życia. W odniesieniu do Polski podkreślano na przykład brak danych o rodzicach i niepełne dane o przyczynach umieszczenia w pieczy (Raport UNICEF, Eurochild 2021). Wykres 6 zawiera dane dotyczące dzieci pozostających w pieczy rodzinnej.



Wykres 6. Odsetek dzieci w pieczy rodzinnej wśród ogółu dzieci przebywających w pieczy zastępczej w roku 2020 (lub ostatnim dostępnym)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport UNICEF, Eurochild 2021.

Bezdomność

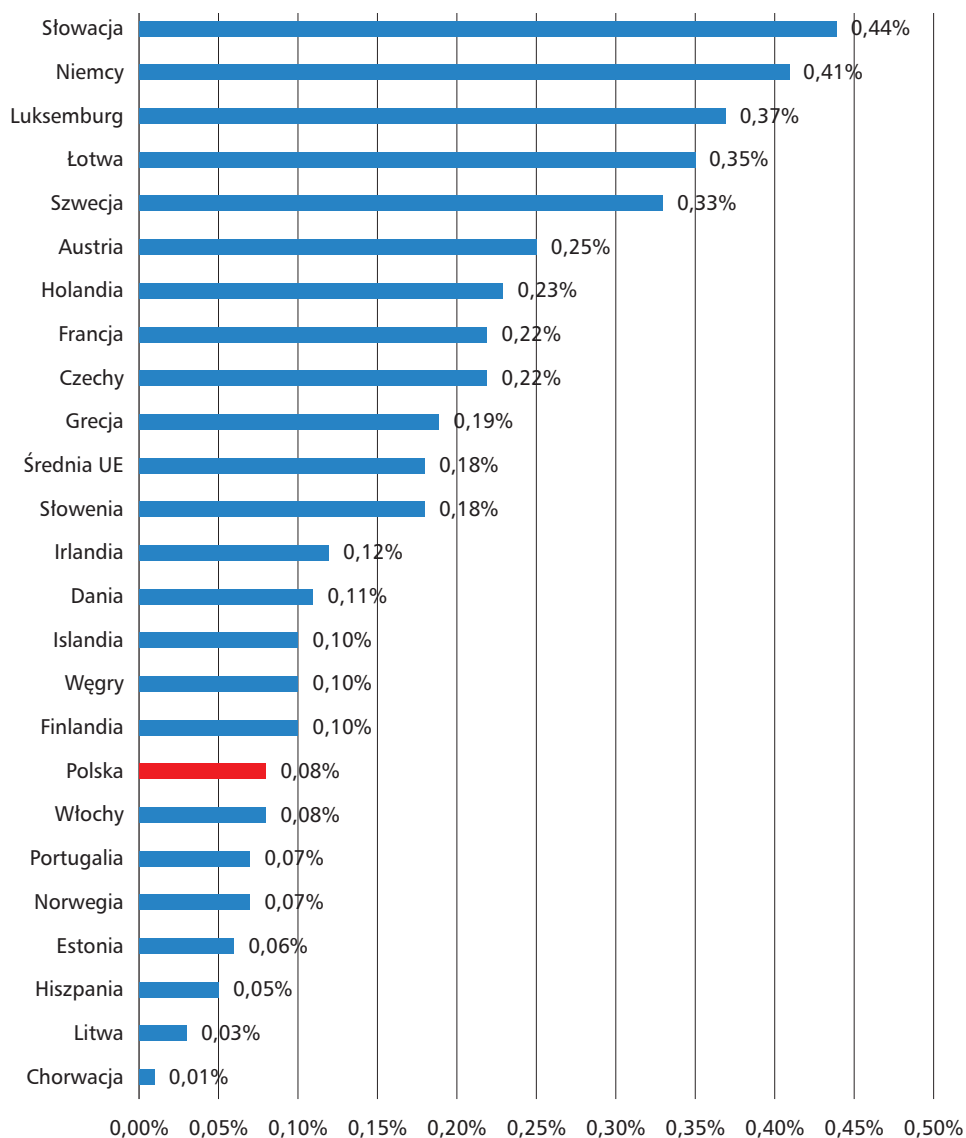
Bezdomność jest jednym z najpoważniejszych problemów społecznych, jeśli chodzi o zagrożenie dla jednostek, ponieważ łączy się nie tylko ze skrajnym ubóstwem, ale często również z zagrożeniem życia i zdrowia. Wiąże się również z głębokim wykluczeniem społecznym.

Unia Europejska diagnozuje ten problem jako narastający w ostatniej dekadzie, począwszy od kryzysu finansowego 2008 roku; został wzmocniony przez kryzys migracyjny zapoczątkowany w 2015 roku przez falę migracji z państw afrykańskich do Europy. W populacji bezdomnych zwiększyła się liczba migrantów, w tym kobiet i dzieci, Romów i przedstawicieli innych mniejszości etnicznych (Raport KE 2014). Wobec faktu, że problem bezdomności powoduje nieproporcjonalnie duże koszty i obciążenie dla systemów ochrony zdrowia, wymiaru sprawiedliwości i pomocy społecznej, oraz w zgodzie z celami strategicznymi państwa UE zobowiązały się w 2021 roku do nowego pakietu działań pod nazwą Europejska Platforma Zwalczania Bezdomności (European Platform on Combatting Homelessness).

Badania bezdomności odznaczają się trudnością w zbieraniu danych o skali tego problemu. Siłą rzeczy stanowią one dla socjologii duże wyzwanie. W niektórych krajach prowadzone są dokładne statystyki osób bezdomnych, w innych dostępne są jedynie szacunki. W niektórych krajach dane statystyczne zbierane są jedynie w wybranych regionach lub w metropoliach. Dodatkowo istnieją znaczne rozbieżności w definiowaniu bezdomności w różnych krajach (Baptista, Marlier 2019). Najnowsze zestawienie danych na temat populacji bezdomnych przygotowała OECD (Raport OECD 2021)⁶ (wykres 7). Osoby bezdomne stanowią od 0,01% populacji w Chorwacji do 0,44% na Słowacji. W Polsce jest to 0,08%. W liczbach bezwzględnych w całej Europie jest to ponad 800 tys. osób, co daje ok 0,18%, choć niemal na pewno jest to liczba niedoszacowana. Największe populacje w liczbach bezwzględnych odnotowano w Niemczech – 337 tys., we Francji – 141 tys. i Włoszech – 51 tys. W Polsce jest to 30 tys. Problem jest też znaczący u naszych południowych sąsiadów: w Czechach – 24 tys. i na Słowacji – 23 tys. osób (przy znacznie mniejszej liczbie ludności w tych krajach).

Jeszcze większym wyzwaniem badawczym jest zebranie danych na temat miejsc przebywania osób bezdomnych. Zadania tego podjęli się badacze z European Social Policy Network (Baptista, Marlier 2019). Korzystając z różnych danych statystycznych z krajów członkowskich UE, spróbowali oni skategoryzować miejsca pobytu według opracowanej przez organizację FEANTSA typologii ETHOS Light (Raport FEANTSA 2007). W założeniu dane te powinny służyć do monitorowania zarówno skali pomocy, jak i deinstytucjonalizacji rozumianej jako odchodzenie od rozwiązań zakładowych (noclegownie i schroniska dla bezdomnych) na rzecz mieszkalnictwa

⁶ Zbierane były najnowsze dostępne dane dla danego kraju, ale dla różnych krajów dane pochodzą z lat 2011–2020.



Wykres 7. Szacunkowa populacja osób bezdomnych w państwach członkowskich Unii Europejskiej w roku 2020 (lub ostatnim dostępnym)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raport OECD 2021.

wspomagano i bardziej kompleksowych usług pomocowych. W praktyce dane te są na tyle niekompletne, że trudno formułować dalej idące wnioski i porównania⁷.

⁷ Sumaryczne liczby osób bezdomnych różnią się także w tym raporcie od cytowanych wyżej źródeł OECD. Jest to problem typowy dla badań nad bezdomnością, gdzie większość danych ma charakter szacunkowy.

Wiadomo jednak, że są kraje, takie jak na przykład Szwecja, gdzie większość osób bezdomnych w systemie pomocy społecznej trafia do różnych form mieszkalnictwa wspomaganego. W Polsce według dostępnych danych było to w 2019 roku około 400 osób, co stanowi szacunkowe 2% populacji osób bezdomnych (tabela 6).

Tabela 6. Miejsca zamieszkania osób bezdomnych w państwach członkowskich Unii Europejskiej w roku 2019 (lub najnowsze dostępne)

Kraj	Przestrzeń publiczna (poza placówkami)	Noclegownie	Schroniska dla bezdomnych	Schronienia tymczasowe	Mieszkania wspomaganie	Schroniska dla kobiet / domy samotnej matki	SUMA
Austria		13 926			8688	3284	25 898
Belgia	511	2 216				4694	7 421
Czechy	bd	50 638	5 451	11 741	bd	bd	67 830
Niemcy	52 000	bd	bd	bd	bd	bd	52 000
Dania	648	305	2 217	165	169	1 687	5 191
Estonia	bd	1 546	bd	bd	256	bd	1 802
Grecja	691	bd			954	bd	1 645
Hiszpania	3 149	bd	9 915	3 537	1 239	103	17 943
Finlandia		238			610	bd	848
Francja	8 700	9 000	25 000	132 000	bd	bd	174 700
Węgry	2 300	bd	6 268	bd	bd	bd	8 568
Irlandia	283	bd			10 305	bd	10 588
Włochy	28 773	25 939	23 367		bd	bd	78 079
Litwa	bd	410	bd	2 494	bd	1 530	4 434
Luksemburg	30	347			3 723	337	4 437
Łotwa	50	6 877	bd	bd	bd	bd	6 927
Malta	6	93	24	bd	bd	bd	123
Holandia		30 500				70 000	100 500
Polska	2 551	4 299	13 396	2 843	394	723	24 206
Portugalia	1 443	210		1 111	632	475	3 871
Rumunia	15 000	1 997	bd	979	bd	bd	17 976
Szwecja	1 647	1 229	1 903	1 325	15 838	464	22 406
Słowenia	bd.	1 918			104	1 197	3 219
Słowacja	2 064	7 158	1 820	219	bd	574	11 835

Niedawny raport porównawczy (Baptista, Marlier 2019) pokazuje, że główną słabością Polski na tle innych krajów jest koncentracja jedynie na segmencie noclegowni i schronisk, marginalne rozwijanie deinstytucjonalizacji rozumianej jako przechodzenie do bardziej indywidualnych form zamieszkania, a także permanentny niedobór infrastruktury mieszkalnictwa socjalnego, co utrudnia lub uniemożliwia wdrażanie tego typu reform. Zwrócono również uwagę na spory kompetencyjne między władzami różnego szczebla.

Przykłady praktyk deinstytucjonalizacyjnych w wybranych krajach Unii Europejskiej

W tej części rozdziału zostanie skrótowo zaprezentowany stan zaawansowania i realizacji praktyk deinstytucjonalizacyjnych w omawianych obszarach w trzech wybranych krajach europejskich. Celem jest pokazanie przykładowych rozwiązań, ale także zróżnicowania między krajami członkowskimi UE. Prezentację zaczynamy od Bułgarii – kraju, który podjął wiele reform w zakresie organizacji praktyk pomocowych, podążając za wytycznymi unijnymi. W dostępnych dokumentach działania podjęte w Bułgarii pokazywane są często jako przykład dynamicznie wprowadzonych przez ekspertów zmian, zwłaszcza w obszarze pieczy zastępczej. Ogólnie jednak Bułgaria boryka się z podobnymi problemami i dziedzictwem instytucjonalnym co Polska i w wielu obszarach nie wdrożono jeszcze odpowiednich reform. Następnie przedstawiamy Danię, która w wielu zestawieniach jest pokazywana jako unijny lider procesów deinstytucjonalizacyjnych. Odpowiednie procesy zostały tam zainicjowane już przed trzema dekadami (w latach 90. XX w.). Jednocześnie należy pamiętać, że jest to kraj stosunkowo niewielki (5,8 mln mieszkańców), co w kontekście usług społecznych ma duże znaczenie. Pod tym względem odmienną sytuację mają Niemcy – najludniejszy kraj UE. Nasz zachodni sąsiad mimo przyjęcia zasad polityki deinstytucjonalizacji napotyka istotne trudności praktyczne. Mimo że i Dania, i Niemcy to państwa, które są tzw. starymi członkami UE (przez wiele lat podlegały więc procesom konwergencji), w kontekście deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych różnią się między sobą pod kilkoma istotnymi względami. Na przykładzie tych krajów widać, jakie kierunki i nasilenie mogą przybierać praktyki deinstytucjonalizacji. Rzeczywisty stopień wprowadzanej deinstytucjonalizacji jest pod wieloma względami w obu tych krajach odmienny.

Bułgaria

Bułgaria wstąpiła do Unii Europejskiej w 2007 roku i wkrótce potem stanęła przed wieloma wyzwaniem związanymi ze zmianami w niedofinansowanym i wymagającym modernizacji systemie pomocy społecznej i opieki nad słabszymi. Wiele inwestycji i inicjatyw koncentrowało się na przeprowadzeniu przyspieszonych reform

deinstytucjonalizacyjnych, zwłaszcza w obszarze pieczy zastępczej, choć ocena efektów tych działań pozostaje zróżnicowana. Główne zarzuty pojawiające się w raportach ewaluacyjnych to brak koordynacji, monitoringu i ogólne niedofinansowanie usług (Bogdanov, Georgieva 2018).

Osoby starsze. W odniesieniu do osób starszych podjęto inicjatywy na rzecz podniesienia jakości i dostępności usług społecznych w rodzaju centrów dziennego pobytu czy programów dożywiania. Istnieją także usługi opiekuńcze świadczone w domach w ramach pomocy społecznej (Bogdanov, Georgieva 2018). Liczba funkcjonujących placówek całodobowych była i jest niewielka (korzysta z nich 0,35% seniorów), co jest związane zarówno z dominującą rolą rodziny w opiece nad osobami starszymi, jak i niską dostępnością tych usług (Šiška, Beadle-Brown 2020). O tej ostatniej świadczą również długie listy osób oczekujących na przyjęcie do takich placówek (3600 osób oczekujących przy ogólnej liczbie 11 tys. miejsc). Jednocześnie system bułgarski nie przewiduje żadnych świadczeń pieniężnych ani innego wsparcia dla członków rodziny opiekujących się niepełnosprawną, starszą osobą bliską (Bogdanov, Georgieva 2018).

Osoby z niepełnosprawnościami. W opiece nad osobami z niepełnosprawnościami reformy deinstytucjonalizacyjne nie zostały posunięte daleko. Ogólna liczba osób przebywających w placówkach w zasadzie nie zmieniła się między rokiem 2006 a 2019 i wynosiła około 5,5 tys. (Šiška, Beadle-Brown 2020). Pewne zmiany dokonały się w strukturze placówek. Choć ciągle dominują duże zakłady opiekuńcze (dla powyżej 50 pensjonariuszy), powstały również mniejsze placówki środowiskowe dla około 10 osób. Te ostatnie bywają jednak krytykowane ze względu na zmianę jedynie skali, a nie sposobu prowadzenia, który nadal uprzedmiotawia klientów. Raport stowarzyszenia ANED podkreśla powierzchowny charakter reform i brak wdrażania nowych form opieki, na przykład opartych na formach rodzinnych albo samodzielnym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych z asystą (Kukova 2019). Plan Operacyjny Narodowej Strategii Opieki Długoterminowej na lata 2018–2021 jako cel wyznacza poprawienie jakości życia osób w instytucjach, a nie ich przekształcanie (Šiška, Beadle-Brown 2020). W raporcie jednej z bułgarskich organizacji (Raport Validity 2021) zajmujących się tym problemem podano wiele przykładów na to, jak pieniądze europejskie przeznaczone na deinstytucjonalizację są wykorzystywane de facto niezgodnie z przeznaczeniem w odniesieniu do placówek dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Są one przekształcane w kilka mniejszych lub sztucznie dzielone, a osoby umieszczane są w nich w zasadzie przymusowo i obowiązują je sztywny regulamin określający zasady pobytu. Punktuje się tu wiele niespójności z oficjalnie wyznaczonymi celami i brak respektowania ratyfikowanej przez Bułgarię Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (Raport Validity 2021).

Osoby z problemami zdrowia psychicznego. W ramach analizy sytuacji w roku 2020 nie stwierdzono strategii deinstytucjonalizacji opieki nad osobami chorymi psychicznie. Brakuje usług środowiskowych dla takich pacjentów. Opieka nadal opiera się na dużych szpitalach psychiatrycznych, które często są położone w izolacji od

ośrodków miejskich i większych osiedli. Na 54 istniejące szpitale 33 miały lokalizację peryferyjną. Choć średni czas hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych miał wynosić 60 dni, w szpitalach funkcjonowały oddziały długoterminowe, w których 30% pacjentów przebywało ponad 3 lata (Turnpenny i in. 2018; Šiška, Beadle-Brown 2020).

Dzieci w pieczy zastępczej. Najwięcej uwagi władze Bułgarii poświęciły deinstytucjonalizacji w kwestii dzieci w pieczy zastępczej. Pierwszą reformę w tym zakresie przeprowadzono w 2007 roku, a w 2010 przyjęto strategię „Wizja deinstytucjonalizacji dzieci w Bułgarii 2010–2025” z naczelnym celem likwidacji opieki instytucjonalnej dla dzieci do 2025 roku (Šiška, Beadle-Brown 2020). Według danych UNICEF w latach 2010–2017 liczba dzieci w dużych placówkach spadła ponad siedmiokrotnie z około 7500 do około 1000, a liczba rodzin zastępczych zwiększyła się dziesięciokrotnie z 250 do 2500 (Raport UNICEF 2018). Liczba dzieci kierowanych do pieczy rodzinnej zwiększyła się o 200%, a liczba dzieci trafiających do pieczy zastępczej w ogóle spadła o 60% (Raport Opening Doors 2018a). Nie oznacza to pełnej deinstytucjonalizacji, ponieważ utworzono wiele małych domów dziecka do 15 osób, co do których eksperci wyrażają zróżnicowane opinie. Z jednej strony, ponieważ są to placówki nowo utworzone, mają lepszą infrastrukturę i są zazwyczaj ulokowane w tkance miejskiej. Z drugiej strony, mimo że życie w nich jest bardziej wspólnotowe, istnieje tendencja do powielania przez opiekunów wzorców i schematów z dużych placówek „starego typu” (Todorova-Koleva 2016). Trudna jest również sytuacja dzieci z niepełnosprawnościami, które rzadko trafiają do pieczy rodzinnej. Niemniej jednak UNICEF podaje Bułgarię jako sukces polityki deinstytucjonalizacji w obszarze pieczy zastępczej, osiągnięty w relatywnie krótkim czasie dzięki współpracy rządu, UE i ONZ (Raport UNICEF 2018). W realizację tej strategii zainwestowano w latach 2010–2018 co najmniej 100 mln euro (Raport Opening Doors 2018a).

Osoby bezdomne. Sytuacja osób bezdomnych nie jest priorytetem władz bułgarskich i nie ma strategii, która określałaby kierunki działania w tym zakresie. Udzielana pomoc jest głównie interwencyjna i ograniczona czasowo. Mieszkalnictwo socjalne jest bardzo ograniczone, a priorytet w dostępie do takich lokali mają rodziny z dziećmi. Lokale socjalne są zasadniczo poza zasięgiem osób wychodzących z bezdomności. Dodatkowe usługi dla osób bezdomnych są świadczone w dużych miastach przez organizacje pozarządowe. Sytuację do pewnego stopnia poprawiają inwestycje z funduszy unijnych. Przykładem jest budowa osiedla socjalnego dla osób wychodzących z bezdomności z miejscami dla 236 osób (Baptista, Marlier 2019). Otwarte pozostaje pytanie, czy tego typu inwestycje nie przyczynią się do powstania negatywnych efektów związanych z koncentracją osób zmarginalizowanych w jednym kompleksie pomocowym.

Dodatkowo istnieje problem osób bez dokumentów (m.in. migrantów), a także dzikich osiedli Romów, które to grupy w zasadzie pozostają poza systemem pomocy (Baptista, Marlier 2019; Šiška, Beadle-Brown 2020). Jak stwierdzono w badaniach jakościowych na podstawie wywiadów z przedstawicielami tych grup, często unikają

one w ogóle kontaktu z jakimikolwiek profesjonalnymi usługami pomocowymi w obawie przed dyskryminacją lub problemami prawnymi (Ilieva 2014). Na bezdomność narażone są także osoby ubiegające się o azyl lub inną ochronę międzynarodową. Złe warunki w ośrodkach dla uchodźców, w których muszą przebywać, powodują, że starają się oni je opuścić przed zakończeniem procedury (podając fikcyjny adres zamieszkania w Bułgarii) i w konsekwencji często trafiając na bruk. W większości przypadków nie są wtedy uprawnieni do korzystania z państwowej pomocy (Pamporov, Vankova, Shishkova 2013).

Dania

Dania jest państwem członkowskim Unii Europejskiej od 1973 roku i należy do krajów najbardziej zaawansowanych w zakresie wdrażania reform deinstytucjonalizacyjnych w pięciu obszarach stanowiących przedmiot niniejszego opracowania. Warto zwrócić uwagę zwłaszcza na duńskie podejście do opieki senioralnej – pod tym względem Dania kładzie szczególny nacisk na jak najdłuższe funkcjonowanie osób w podeszłym wieku w ich naturalnym środowisku, a także na zastosowanie technologii cyfrowych na rzecz podnoszenia jakości życia seniorów.

Osoby starsze. Warto zwrócić uwagę na założenia duńskiej polityki opieki długoterminowej, stanowiła ona bowiem podstawę do realizacji działań skutecznie integrujących usługi instytucjonalne i środowiskowe dla osób starszych. Ciekawą ilustrację stanowi Skaevinge – pierwsza duńska społeczność, która łączyła opiekę instytucjonalną i środowiskową seniorów. Projekt, o którym mowa, był realizowany w latach 80. i 90. XX wieku i zapoczątkował przekształcanie domów opieki w mieszkania wspomagane. Przełożył się na zmianę podejścia społeczności do osób starszych, które łączyło wspieranie i usługi opiekuńcze z zachęcaniem do możliwie wysokiej samodzielności seniorów (Stuart, Weinrich 2001; Høy, Wagner, Hall 2007).

Duński rząd rozwiązuje kwestię opieki senioralnej, opierając się na założeniu, że jak najdłuższe przebywanie we własnych domach przy jednoczesnym zapewnieniu jak najwyższego poziomu samodzielności to dla osób w podeszłym wieku największy komfort życia. Zgodnie z przyjętym założeniem pomoc oferowana obywatelom zależy od ich indywidualnych potrzeb. Nacisk kładzie się zatem na wsparcie środowiskowe i wspieranie działań środowiskowych. Państwo, a co za tym idzie, samorządy oraz organizacje non-profit działające na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego dążą do zindywidualizowanego zaspokajania potrzeb osób starszych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii cyfrowych, takich jak inteligentne roboty do dozowania leków. Wspomniane rozwiązania wdrażane są na przykład w gminie Hjørring (Healthcare Denmark 2019), gmina Svendborg wprowadza bezprzewodowe urządzenia alarmowe (Healthcare Denmark 2019), z kolei przykład zindywidualizowanych, holistycznych programów rehabilitacji i utrzymania sprawności fizycznej realizuje gmina Aarhus (Healthcare Denmark 2019).

Jak wynika z dostępnych danych, w Danii to seniorzy najrzadziej zgłaszają problemy związane z dostępnością i mobilnością usług (Šiška, Beadle-Brown 2020).

W roku 2016 w Danii funkcjonowało 925 domów opieki senioralnej utrzymywanych ze środków publicznych, 9 placówek w formule private for-profit, 136 not-for-profit oraz 28 sklasyfikowanych jako placówki innego typu. Choć szczegółowe dane na temat wielkości placówek są niedostępne, to mimo opisanych ciekawych i pozytywnie ocenianych praktyk deinstytucjonalizacji można zaobserwować pewną tendencję w kierunku większych ośrodków z większą liczbą mieszkańców (Šiška, Beadle-Brown 2020).

Osoby z niepełnosprawnościami. W 1998 roku w Danii została przeprowadzona reforma opieki społecznej, w rezultacie której zniesiono instytucjonalną opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami. Świadczenie usług opiekuńczych i pomocowych dla tej grupy zostało podzielone między powiaty i gminy. Rozdzielono świadczenia mieszkaniowe i socjalne, to zaś umożliwiło korzystanie ze świadczeń socjalnych niezależnie od miejsca zamieszkania. Nie oznacza to jednak, że doprowadzono do pełnego uśredniskowienia pomocy świadczonej na rzecz osób z niepełnosprawnościami. W Danii w dalszym ciągu funkcjonują tradycyjne placówki dla 30–60 mieszkańców. Najnowsza propozycja rządu, Handicappolitisk redegørelse⁸ z 2016 roku, precyzuje prawo osób z niepełnosprawnościami do prowadzenia niezależnego życia, integracji ze społeczeństwem i wyboru miejsca zamieszkania. Według danych za rok 2018 w placówkach o różnej wielkości przebywało 24 700 osób – większość z nich (17 900) stanowiły osoby z niepełnosprawnością intelektualną, u 7100 mieszkańców ośrodków występowały problemy zdrowia psychicznego, natomiast u 2800 rezydentów odnotowano „poważne problemy społeczne” (Šiška, Beadle-Brown 2020).

W Danii od 1934 roku funkcjonuje organizacja DH, Danske Handicaporganisationer⁹ (DPOD, Disabled People’s Organisations Denmark), organizacja parasolowa zrzeszająca 35 organizacji członkowskich. DH stawia sobie za cel wspieranie wszystkich swoich członków przez gromadzenie i upowszechnianie wiedzy na temat kwestii istotnych dla równości i integracji osób z niepełnosprawnościami. DH udostępnia swoje zasoby państwu, decydom, służbom publicznym, sektorowi prywatnemu oraz pozostałym interesariuszom. Organizacja dąży do osiągnięcia Celów Zrównoważonego Rozwoju ONZ, opierając swoje działania na zasadzie „Leave no one behind”¹⁰.

Osoby z problemami zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne to obszar szczególnie trudny do oceny polityki deinstytucjonalizacji nawet w tych krajach, w których deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych wydaje się zaawansowana. Dzieje się tak za sprawą różnych ujęć i kategoryzacji opieki i działań pomocowych w tym obszarze. Dania jest tu ciekawym przykładem i dobrze obrazuje dylematy związane z metodologią pomiaru i kategoryzacji tych działań. W Danii w centrach psychiatrii

⁸ Handicappolitisk Redegørelse 2016 (im.dk).

⁹ About | Danske Handicaporganisationer, Disabled People’s Organisations Denmark (DPOD), <https://handicap.dk/about>.

¹⁰ UNSDG | Leave No One Behind; <https://handicap.dk/about>.

długoterminowej przebywa stosunkowo niewielu pacjentów, jednak dane ANED za rok 2018 pokazują, że w ośrodkach stacjonarnych nadal przebywało ponad 7 tys. osób z problemami zdrowia psychicznego. W 2017 roku 30 szpitali psychiatrycznych ogólnych i specjalistycznych dysponowało 2739 łózkami, a średnia długość pobytu pacjenta wynosiła 16 dni (Šiška, Beadle-Brown 2020).

Według World Happiness Report¹¹ Dania od 2013 roku plasuje się w pierwszej dziesiątce najszczęśliwszych krajów świata. Duńczycy pracują średnio tylko 37 godzin w ciągu pięciu dni, ponieważ uważają, że równowaga między pracą a życiem prywatnym pozwala ograniczyć ryzyko naruszenia zdrowia psychicznego. Dane pokazują jednak, że 38% Dunek i 32% Duńczyków w pewnym momencie swojego życia skorzysta z profesjonalnej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego (Nageswaran 2021).

Dzieci w pieczy zastępczej. Władze Danii przywiązują dużą wagę do deinstytucjonalizacji opieki nad dziećmi w pieczy zastępczej (Costa, Giraldi 2014). Od 2006 roku liczba dzieci przebywających w placówkach spadła, mimo to wydaje się, że od 2011 roku tempo zmian uległo spowolnieniu. Warto jednak zwrócić uwagę na pewne zastrzeżenie ekspertów zajmujących się tą tematyką – dotyczy ono zarówno Danii, jak i Niemiec. Jak pokazuje ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care – Denmark 2018, dostępne dane nie dają dokładnego wglądu w to, gdzie dzieci znajdują się pod opieką, lub prezentują jedynie dość szerokie ujęcie (Kvist 2018). Trudno także określić jakość poszczególnych jednostek opieki nad dziećmi w tych krajach (według raportu ANED z 2019 r. w roku 2017 w placówkach stacjonarnych przebywało 2405 dzieci, a w społecznych placówkach oświatowych – 1982 dzieci). W placówkach przeznaczonych specjalnie dla dzieci z niepełnosprawnościami przebywało jedynie 250 osób (Šiška, Beadle-Brown 2020). Dania dąży do realizacji strategicznego celu, jakim jest likwidacja instytucjonalnych domów dziecka na rzecz form opieki rodzinnej lub instytucji określanych jako „mieszkania socjalne”, „domy grupowe” lub „domy schronienia”. Osobną kwestią w Danii jest sytuacja dzieci migrantów pozostających bez opieki rodziców (oddzielonych od rodziny): w 2018 roku odnotowano co prawda jedynie 240 takich przypadków, wcześniej, w 2015, w szczytowym okresie, było ich aż 2125. Po przyznaniu azylu gmina i młoda osoba podejmują decyzję co do miejsca i formy zamieszkania. Osobom poniżej 16 roku życia proponuje się rodzinę zastępczą (w pełnym wymiarze godzin lub na weekendy / wakacje, jeśli przebywają w placówce), ale najczęściej oferuje się im miejsce w placówce (zwykle razem z dziećmi duńskimi) lub wspólny dom dla młodzieży (Šiška, Beadle-Brown 2020). W 2019 roku łącznie 11 428 dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 17 lat zostało umieszczonych poza domem rodzinnym (Bryderup, Johansen 2021 za głównym urzędem statystycznym Danii).

Osoby bezdomne. Dania jest krajem z wyraźnie zarysowaną tradycją działań środowiskowych podejmowanych na rzecz pomocy osobom w kryzysie bezdomności

¹¹ World Happiness Report (2022).

w takich organizacjach, jak chociażby Kofoeds Skole, czerpiąca z grundtvigowskiej idei uniwersytetów ludowych oraz idei pomocy w samopomocy¹². Mimo to w 2017 roku w Danii żyło 6635 osób w kryzysie bezdomności, to zaś oznacza, że liczba takich osób bezdomnych wzrosła o 32% w ciągu ośmiu lat, czyli od 2009 roku. Największy wzrost dotyczył osób w wieku od 18 do 29 lat. Warto nawiązać tu do ryzyka bezdomności, które rośnie znacząco dla dzieci wychowywanych poza domem rodzinnym. Jak podaje Danish Center for Social Science Research, blisko 40% dzieci wychowywanych poza domem rodzinnym jest narażonych na kryzys bezdomności (Canzano 2020). W Danii, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, napływ migrantów przełożył się na wzrost liczby osób nie mających stałego miejsca pobytu. Aż 20% takich osób to imigranci lub dzieci imigrantów. Kolejne dwa czynniki wzrostu ryzyka bezdomności to zdaniem badaczy rosnące ceny nieruchomości w połączeniu z brakiem odpowiednich i przystępnych cenowo mieszkań oraz ograniczenie wydatków na leczenie psychiatryczne (Šiška, Beadle-Brown 2020).

Aktualnie około 0,12% populacji Danii znajduje się w kryzysie permanentnej bezdomności (wzrost o 33% w ostatniej dekadzie). Osoby takie przebywają głównie w Kopenhadze. W latach 2009–2013 rząd duński, opierając się na założeniu, że nikt nie powinien żyć na ulicy, opracował pionierską strategię walki z bezdomnością pod nazwą Housing First (Canzano 2020).

Niemcy

Niemcy należą do członków założycieli Unii Europejskiej i są największym państwem członkowskim pod względem liczby mieszkańców. Choć z formalnego punktu widzenia Niemcy wspierają deinstytucjonalizację i rozwój usług środowiskowych, to, jak pokazują zebrane dane, do rzeczywistej deinstytucjonalizacji w badanych obszarach dochodzi w stosunkowo niewielkim stopniu.

Osoby starsze. Jak wiele państw europejskich, także Niemcy mają wysoki odsetek osób w podeszłym wieku. Do lat 90. XX wieku opiekę nad nimi sprawowała głównie rodzina. W odniesieniu do osób starszych podjęto inicjatywę na rzecz finansowego odciążenia rodzin przez wprowadzenie ubezpieczenia Pflegeversicherung, które obejmuje opiekę nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji przez co najmniej 6 miesięcy. Jest to ubezpieczenie, które również częściowo pokrywa pobyt osoby starszej w placówce opiekuńczej (Derrick 2022).

Ustawa Pflegeweiterentwicklungsgesetz z 2008 roku ma na celu wzmocnienie opieki domowej i udostępnienie dodatkowych usług wsparcia dla opiekunów będących członkami rodzin. Ponadto od 2011 roku wszystkie licencjonowane placówki opiekuńcze podlegają corocznej ocenie (Bogdanov, Giergieva 2018). Na koniec 2020 roku opieki długoterminowej wymagało około 4,6 mln osób w podeszłym wieku. Według danych niemieckiego Ministerstwa Zdrowia w 2019 roku działało

¹² menneskermedmere.dk

14 688 placówek opieki ambulatoryjnej oraz 15 380 placówek całodobowych. W 2019 roku wzrost zatrudnienia w tych ośrodkach wyniósł 12% w stosunku do 2015 roku (Bundesministerium für Gesundheit 2021). Ogółem w ostatnim czasie odnotowano wzrost liczby placówek opiekuńczych dla osób w podeszłym wieku, w szczególności w sektorze prywatnym (Šiška, Beadle-Brown 2020).

Osoby z niepełnosprawnościami. Ustawodawstwo (Bundesteilhabegesetz) daje jasne wytyczne co do możliwości zwiększenia zakresu usług na rzecz samodzielnego udziału osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym kraju (Bogdanov, Giergieva 2018). Z drugiej strony czytamy w *Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report*, że brakuje szczegółowych danych na temat liczby osób przebywających w placówkach dla różnych lat (Šiška, Beadle-Brown 2020). Dlatego też trudno precyzyjnie określić tempo lub trendy zmian. Z danych wynika jednak, że przeważająca większość osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności nadal przebywa w instytucjach, w tym w dużych placówkach do 100 osób. Pod koniec 2017 roku w Niemczech mieszkało około 7,8 mln osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, przy tym prawie milion z nich korzystało z formy wsparcia indywidualnego. Liczba osób z niepełnosprawnościami przebywających w zakładach od 2006 roku (190 146) do 2016 roku (202 359) wykazuje tendencję wzrostową; 64% to osoby z niepełnosprawnością intelektualną, a 26% to osoby z problemami psychospołecznymi (Šiška, Beadle-Brown 2018).

Osoby z problemami zdrowia psychicznego. Niemcy prowadzą politykę deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z problemami zdrowia psychicznego od lat 70. XX wieku. W tym czasie przystąpiono do ograniczania działalności i likwidacji oddziałów długoterminowych w szpitalach psychiatrycznych. W Niemczech nie ma obecnie długoterminowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, jednak nadal funkcjonują placówki dla nawet ponad 100 mieszkańców, a także domy opieki dostępne w całym Niemczech (Turnpenny i in. 2018). Warto jednak dodać, że w porównaniu do innych państw europejskich działania podjęte przez Niemcy uznano za nowatorskie i oceniono pozytywnie. Deinstytucjonalizacja umożliwiła rozwój nowoczesnych środowiskowych świadczeń psychiatrycznych. Jednak nie zawsze przeniesienie rozwiązań na inny grunt kończy się sukcesem, czego przykładem mogą być działania na Węgrzech – radykalne zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych może skutkować obniżeniem ogólnego standardu opieki psychiatrycznej i zakłóceniami w świadczeniu usług (Stubnya i in. 2010).

Obecnie niemiecki system publicznej opieki społecznej jest słabo skoordynowany i mocno zbiurokratyzowany pod kątem oferowanych usług, co stanowi istotne utrudnienie dla osób z problemami zdrowia psychicznego. Ustawa Bundesteilhabegesetz z 2017 roku ma takim osobom ułatwić dostęp do opieki świadczonej przez państwo.

Dzieci w pieczy zastępczej. Mimo że w obszarze dotyczącym dzieci w pieczy zastępczej istnieje daleko posunięty konsens europejski na rzecz deinstytucjonalizacji, a strategicznym celem jest likwidacja domów dziecka jako rozwiązań zakładowych

na rzecz form opieki rodzinnej, według danych UNICEF w Niemczech liczba dzieci objętych opieką instytucjonalną (53%, 77 984) przewyższa liczbę dzieci kierowanych do pieczy rodzinnej (47%, 69 716). W 2019 roku liczba nowych miejsc pełnoetatowej opieki rodzinnej wyniosła 15 362¹³ (IJAB – Fachstelle für Internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V.).

Wyzwanie w Niemczech stanowi opieka nad dziećmi (osobami niepełnoletnimi) przybywającymi do Niemiec bez opieki jako emigranci (De Paz Martínez, Müller 2018). Są one objęte systemem opieki nad dziećmi i młodzieżą (Kinder- und Jugendhilfe) i zazwyczaj przebywają w placówkach instytucjonalnych lub ośrodkach dla małoletnich bez opieki. Do wyzwań, z którymi boryka się system, należy niewystarczający poziom wykształcenia personelu, zwłaszcza w kontakcie z dziećmi i młodzieżą zmagającymi się z traumą (Šiška, Beadle-Brown 2020).

Organizacja pieczy zastępczej w Niemczech jest formalnie wystandaryzowana i nie powinna co do zasady być różna w poszczególnych landach. Krytyczny ogląd stanu pieczy zastępczej oraz braku uspołnionego działania na poziomie poszczególnych landów jest przedmiotem debaty specjalistów w Niemczech – takie spojrzenie na obowiązujące rozwiązania przedstawia między innymi Dialogforum Pflegekinderhilfe (Erzberger 2015).

Osoby bezdomne. Według szacunkowych danych Federalnego Stowarzyszenia Pomocy Osobom w Kryzysie Bezdomności w 2016 roku w Niemczech było 860 tys. takich osób. Dane te odzwierciedlają wzrost o 150% w ciągu zaledwie 2 lat z powodu napływu uchodźców w latach 2015–2016. Jedną z głównych przyczyn pogorszenia sytuacji w tym obszarze jest brak przystępnych cenowo mieszkań, zwłaszcza na terenach zurbanizowanych (Šiška, Beadle-Brown 2020). Niemcy nie prowadzą oficjalnych statystyk ani nie mają systemów raportowania na temat bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego. Świadczenie pomocy na rzecz osób w kryzysie bezdomności nie zostało w sposób jednolity uregulowane na poziomie kraju, jest różne w poszczególnych krajach związkowych. Zebrany materiał pokazuje, że Niemcy nie mają strategii działania w tym obszarze.

Podsumowanie

Podsumowując, warto zaznaczyć, że strategie deinstytucjonalizacji omawianych obszarów różnią się znacząco w poszczególnych krajach Unii Europejskiej. Wspólne cele w zakresie deinstytucjonalizacji zostały zdefiniowane, pozostają jednak na wysokim poziomie ogólności, a co za tym idzie, ich operacjonalizacja przyjmuje różne formy. Deinstytucjonalizacja jest nadal pojęciem niedookreślonym i definiowanym przede wszystkim przez zaprzeczenie – jako odejście od dużych placówek pomocowych odizolowanych od organizmu społecznego. W Unii Europejskiej

¹³ Vollzeitpflege | Kinder und Jugendhilfe Infoportal (kinder-jugendhilfe.info).

potrzebna jest pozytywna definicja deinstytucjonalizacji jako środowiskowych usług społecznych, a co za tym idzie, dokładniejsze wytyczne dla krajów członkowskich.

Do najważniejszych trudności związanych z wdrażaniem polityki deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych można zaliczyć brak porównywalnych wskaźników odnoszących się bezpośrednio do tego zjawiska. Statystyki unijne dostarczają jedynie bardzo ogólnych danych ilościowych, pomijając w zasadzie aspekt jakościowy procesu wprowadzania usług środowiskowych – poprawę jakości życia odbiorców pomocy. Co więcej, pensjonariusze zakładów pomocowych z zasady nie są włączani do najbardziej powszechnych badań społecznych ani w Polsce, ani w innych krajach UE. Ważne wydaje się zatem prowadzenie międzynarodowych badań porównawczych nad zakresem, kosztami, perspektywami i skutkami działania różnych form instytucji i ich wpływem na odbiorców usług, zwłaszcza w kontekście dość często obserwowanej reinstytucjonalizacji wspomnianych usług.

Istotny jest także ekonomiczny aspekt problemu. Dostępne dane europejskie pokazują, że Polska znajduje się w gronie krajów przeznaczających relatywnie najmniej środków na organizację pomocy dla osób niesamodzielnych. Również infrastruktura pomocowa i kadry są dużo mniejsze niż w większości krajów UE. Bez odpowiednich inwestycji w ten obszar trudno sobie wyobrazić sukces reform deinstytucjonalizacyjnych, zwłaszcza wobec wyzwań demograficznych, takich jak starzenie się społeczeństw i presja migracyjna.

CZĘŚĆ III

Środowiskowa pomoc uchodźcom wojennym z Ukrainy



Wsparcie udzielane uchodźczynom i uchodźcom z Ukrainy. Czynniki zaangażowania i wycofania oraz koszty i korzyści niesienia pomocy

Wstęp

Skala pomocy udzielanej uchodźczynom i uchodźcom z Ukrainy wzbudza zainteresowanie badaczy i badaczek migracji (Duszczyk, Kaczmarczyk 2022) oraz społeczeństwa obywatelskiego, poszukujących nowych argumentów w dyskusji o potencjale Polek i Polaków do niesienia pomocy czy zaangażowania społecznego ad hoc (Domaradzka 2015, 2016; Jacobsson, Korolczuk 2017). Jednak wpływające z tego doświadczenia wnioski są naszym zdaniem nie mniej istotne dla instytucji państwowych i publicznego systemu pomocy. Kryzys uchodźczy nie jest bowiem w skali Europy niczym nowym, a jednak w pierwszych tygodniach napotkał w Polsce instytucjonalną próżnię, którą błyskawicznie wypełniło oddolne zaangażowanie obywateli i obywaterek. Stanowi więc przykład skuteczności pomocy pozainstytucjonalnej, w dużej mierze niezależnej od formalnych struktur państwowych i samorządowych, a opartej na niewidocznych na co dzień zasobach środowiskowych czy indywidualnych.

To bezzwłoczne, spontaniczne zaangażowanie (czasowe, rzeczowe czy finansowe) pojedynczych osób, gospodarstw domowych, sieci społecznych i sąsiedztw stoi w sprzeczności z wielokrotnie powtarzaną w literaturze tezą o słabości społeczeństwa obywatelskiego w Polsce (Gliński 2006; Podemski 2014; Zybala 2015). Pokazuje bowiem ogromny potencjał oddolnego działania i zdolności do samoorganizacji grup wolontariuszy, zwłaszcza w obliczu braku przygotowania czy wystarczających zasobów po stronie wyspecjalizowanych służb publicznych.

¹ Magdalena Roszczyńska-Kurasińska, Uniwersytet Warszawski, ORCID: 0000-0002-3529-6724.

² Anna Wnuk, Uniwersytet Warszawski, ORCID: 0000-0002-4976-6977.

³ Tomasz Oleksy, Uniwersytet Warszawski, ORCID: 0000-0002-3499-9874.

⁴ Anna Domaradzka, Uniwersytet Warszawski, ORCID: 0000-0001-9585-732X.

Pierwsze tygodnie niesienia pomocy uchodźczyniom były więc oparte na logice deinstytucjonalizacji, realizowane w sposób bezpośredni i z zaangażowaniem nieformalnych zasobów i sieci wsparcia. Przeprowadzone badania jakościowe pokazują, że mimo konfliktów i napięć w punktach recepcyjnych, szerzej opisywanych w rozdziale 11 tego tomu (s. 254–260), wśród osób zaangażowanych w pomoc dominowały działania nastawione na szybką i skuteczną pomoc, współpracę z innymi chętnymi do działania oraz wzajemne wsparcie w obliczu wypalenia czy wyczerpania emocjonalnego. Wszystkie te cechy są bardzo pożądane w sytuacjach, gdy instytucje publiczne z różnych powodów nie mają możliwości wejścia w rolę głównego aktora niosącego pomoc.

Poniższy raport jest próbą spojrzenia na zjawisko pomocy uchodźczyniom i uchodźcom w sposób ilościowy, umożliwiającą analizę profili demograficznych osób pomagających i niepomagających oraz poszukiwanie czynników wpływających na formę udzielanej pomocy. Chcąc lepiej zrozumieć pozytywne i negatywne skutki deinstytucjonalizacji pomocy w tym obszarze, przyglądamy się indywidualnym kosztom i korzyściom wspierania uchodźców. Nie mniej istotnym zagadnieniem były dla nas przyczyny braku zaangażowania w oddolne wsparcie dla uchodźczyń, które uważamy za szczególnie istotne w obliczu przyszłych kryzysów humanitarnych oraz dalszego kształtowania się relacji z pozostającymi w Polsce na dłużej Ukraińcami i Ukrainkami.

Główne cele badania

Przeprowadzone przez nas badanie miało na celu odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

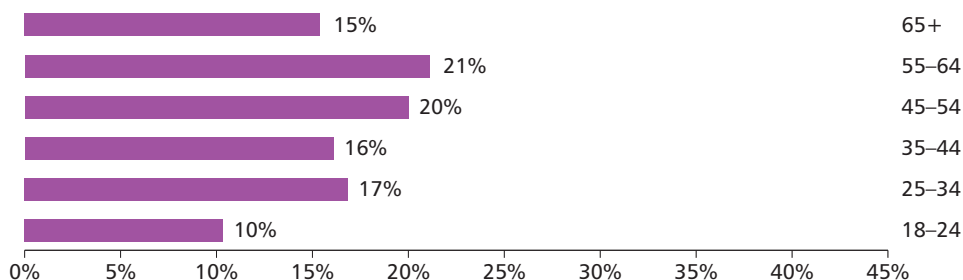
- W jaki sposób Polki i Polacy pomagają uchodźcom i uchodźczyniom z Ukrainy?
- Kim są ludzie, którzy zdecydowali się pomóc uciekinierom wojennym?
- Jakie były konsekwencje zaangażowania się w pomoc uchodźcom i uchodźczyniom?
- Jakie były powody, dla których Polki i Polacy nie zdecydowali się pomagać uchodźcom?

W kolejnych podrozdziałach opisujemy metodologię badania, najczęściej deklarowane formy pomocy, charakterystykę osób udzielających pomocy, a także pozytywne i negatywne konsekwencje jej udzielania. Odnosimy się także do poziomu wykorzystania przez osoby zaangażowane w pomoc różnych form zewnętrznego wsparcia oraz poziomu wypalenia odczuwanego przez badanych. W ostatniej części koncentrujemy się na opisie przyczyn braku zaangażowania w działania pomocowe oraz zagadnieniu oczekiwań względem uchodźców. Opisujemy trzy grupy czynników zniechęcających Polki i Polaków do angażowania się w pomoc dla uchodźczyń oraz ich potencjalne konsekwencje.

Metoda realizacji badania i charakterystyka próby badawczej

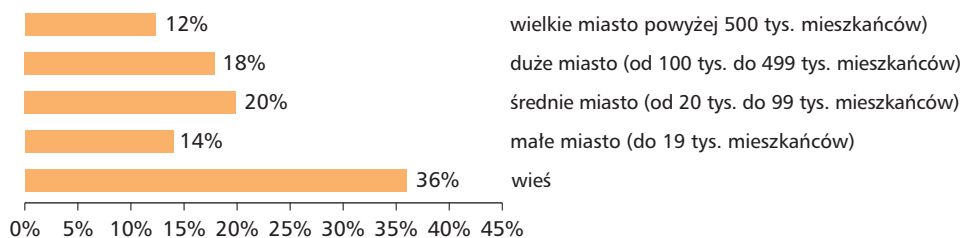
Badanie, którego wyniki prezentujemy w niniejszym raporcie, zostało przeprowadzone w lipcu 2022 roku na ogólnopolskiej próbie Polaków, odpowiadającej populacji ze względu na wiek, płeć i miejsce zamieszkania. Badanie zostało przeprowadzone przez Internet, przy zastosowaniu techniki CAWI – Computer-Assisted Web Interview.

W badaniu udział wzięło 799 pełnoletnich osób, z czego kobiety stanowiły 51,6%. Najmłodsza osoba badana miała 18 lat, najstarsza 89 (wykres 1). Najczęściej wskazywanym miejscem zamieszkania respondentów była wieś (wykres 2). Respondenci różnili się pod względem wykształcenia (wykres 3). Najczęściej osoby badane deklarowały



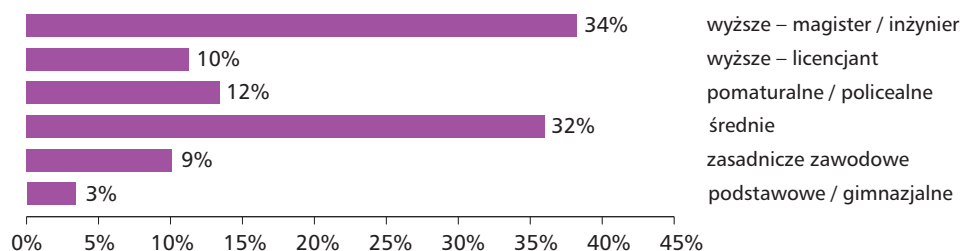
Wykres 1. Struktura wieku respondentów

Źródło: Badania własne.



Wykres 2. Miejsce zamieszkania respondentów

Źródło: Badania własne.



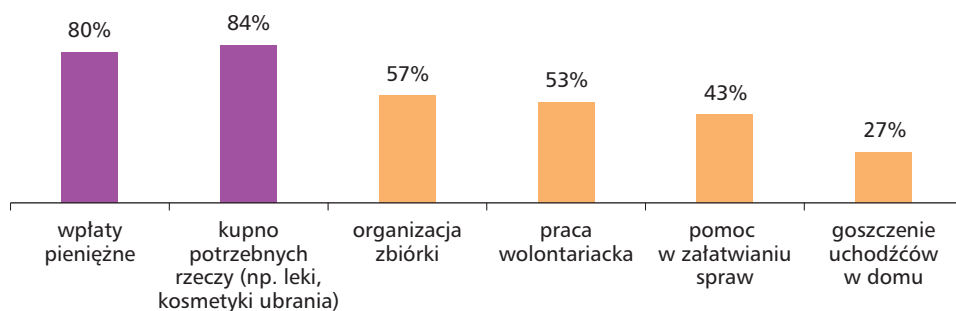
Wykres 3. Poziom wykształcenia respondentów

Źródło: Badania własne.

zakończenie edukacji na etapie szkoły średniej (32%) lub po uzyskaniu stopnia magistra lub/i inżyniera (34%). Jedynie 3% badanych zakończyło naukę na poziomie szkoły podstawowej.

Forma udzielanego wsparcia

Spośród 799 osób badanych 53% ($n = 426$) zadeklarowało zaangażowanie w działania pomocowe na rzecz uchodźczyń i uchodźców przybywających z Ukrainy w ciągu pierwszych pięciu miesięcy trwania wojny. Najczęściej wybieraną przez respondentów formą wsparcia był zakup potrzebnych uchodźcom produktów pierwszej potrzeby, takich jak leki, żywność, ubrania czy środki higieniczne, oraz dokonywanie wpłat pieniężnych na organizacje udzielające pomocy uchodźczyniom i uchodźcom (wykres 4). Aż cztery piąte osób pomagających zaangażowało się w tę formę wsparcia. Rzadziej, aczkolwiek nadal na wysokim poziomie (między 47% a 57%), osoby pomagające wspierały uchodźczynie i uchodźców w załatwianiu spraw urzędowych w Polsce, włączały się w pracę wolontariacką i organizowały zbiórki na rzecz uchodźców. Najrzadziej osoby pomagające decydowały się na przyjęcie uchodźczyń i uchodźców do swojego domu – 27% osób spośród wspierających zdecydowało się udzielić pomocy w ten sposób.



Wykres 4. Formy udzielanego wsparcia uchodźczyniom i uchodźcom z Ukrainy w podziale na wsparcie nisko angażujące (fioletowy) i wysoko angażujące (łososiowy)

Źródło: Badania własne.

Wymienione formy wsparcia możemy dodatkowo podzielić na dwie podgrupy: wsparcie wysoko angażujące, wymagające dużego nakładu czasu i innych zasobów, oraz wsparcie nie wymagające wysokiego zaangażowania. Do pierwszej grupy należą organizacja zbiórki, pomoc w organizacji życia w Polsce, praca jako wolontariusz(ka) czy goszczenie uchodźców w domu. Do drugiej zaś zaliczają się dokonanie wpłaty pieniężnej na organizacje pomagające uchodźcom czy zakup potrzebnych

im rzeczy pierwszej potrzeby. Z uzyskanych danych wynika, że choć Polki i Polacy częściej angażowali się w pomoc wiążącą się z mniejszym obciążeniem, to ponad połowa deklarowała pracę w formie wolontariatu, a ponad jedna czwarta pomagających gościła uchodźców w domu.

Analizy przeprowadzone na danych dotyczących osób udzielających pomocy pokazały, że intensywność udzielania pierwszej, mniej czasowo angażującej, formy pomocy wiązała się przede wszystkim z poziomem dochodu finansowego. Im wyższy był deklarowany dochód w rodzinie, w tym większym stopniu osoby badane angażowały się w pomoc w formie wpłat pieniężnych na organizacje pomocowe i kupowały potrzebne uchodźcom artykuły pierwszej potrzeby, takie jak leki, ubrania i jedzenie.

W przypadku pozostałych form wsparcia, wymagających od osoby pomagającej większego zaangażowania czasowego i emocjonalnego, bardzo ważnym czynnikiem skorelowanym z intensywnością zaangażowania było otoczenie społeczne. Chętniej angażowały się w bardziej intensywne wspieranie uchodźczyń i uchodźców te osoby, których znajome i znajomi również udzielali pomocy uchodźcom. W tym wypadku warunki finansowe rodziny nie miały związku z intensywnością udzielanej pomocy.

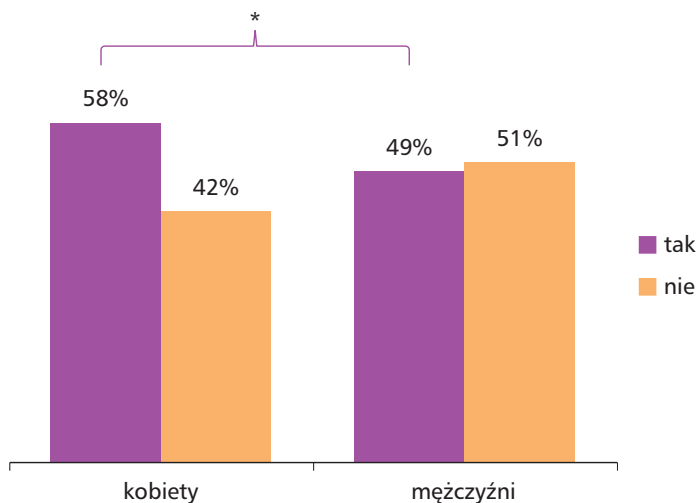
Można więc powiedzieć, że w przypadku osób dysponujących większym kapitałem społecznym, to zaangażowanie grona znajomych mogło decydować o charakterze udzielanego wsparcia. Z kolei wyższy kapitał ekonomiczny umożliwiał zaferowanie bardziej intensywnej pomocy w formie finansowej i rzeczowej.

Charakterystyka osób udzielających pomocy

Przeprowadzone analizy pokazują, że osoby udzielające pomocy różniły się od osób nie angażujących się we wspieranie uchodźczyń i uchodźców pod względem płci, wieku, wykształcenia, zaangażowania społecznego, kapitału społecznego oraz poczucia sprawczości.

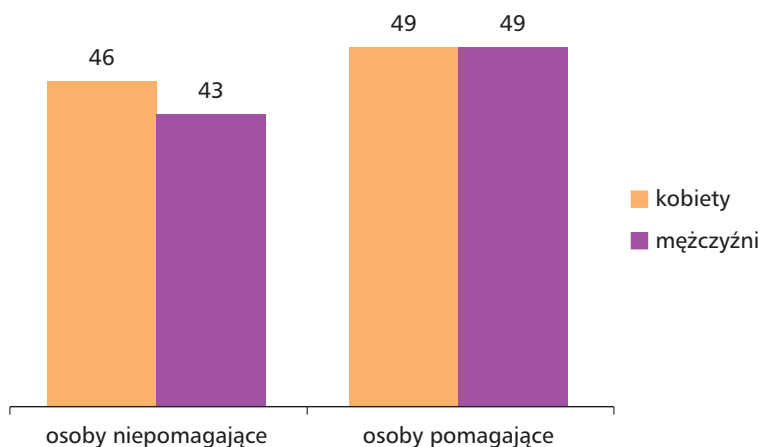
Płeć. W grupie osób badanych kobiety częściej angażowały się w działalność na rzecz pomocy uchodźczyniom i uchodźcom niż mężczyźni (wykres 5). Nie zaobserwowaliśmy jednak, aby płeć była związana z częstością udzielanej pomocy we wszystkich zbadanych formach udzielania wsparcia oprócz goszczenia uchodźców w domu. Mężczyźni deklarowali większe zaangażowanie w przyjmowanie uchodźców pod swój dach.

Wiek. Średnia wieku osób pomagających była nieco wyższa niż osób, które nie zdecydowały się na udzielenie pomocy uchodźcom (wykres 6). Ponadto starsze osoby częściej wybierały pieniężną formę wsparcia uchodźców, młodsze zaś częściej gościły uchodźców w domu i działały jako wolontariusze i wolontariuszki. Wśród osób niepomagających średnia wieku mężczyzn była niższa niż kobiet.



Wykres 5. Zaangażowanie w pomoc uchodźcom w podziale ze względu na płeć respondentów

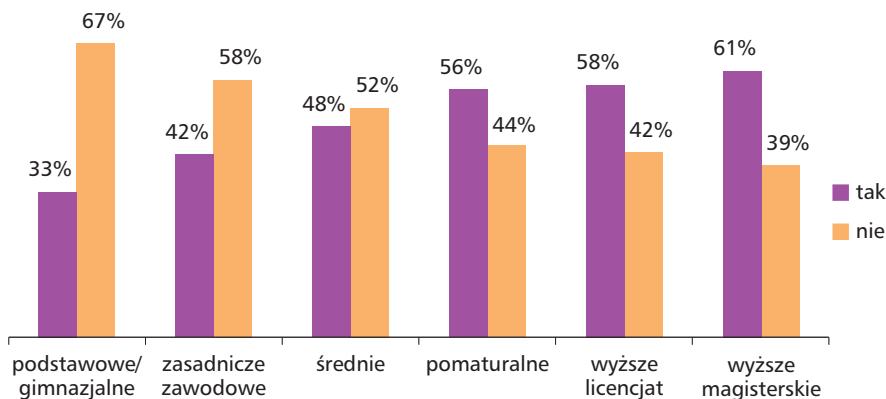
Źródło: Badania własne. Gwiazdką oznaczono różnice istotne statystycznie.



Wykres 6. Średni wiek osób udzielających odpowiedzi na pytanie dotyczące zaangażowania się w pomoc uchodźcom

Źródło: Badania własne.

Wykształcenie. Gotowość do udzielenia pomocy była również zależna od poziomu wykształcenia. Osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarowały, że udzieliły pomocy uchodźcom, niż osoby o niższym wykształceniu (wykres 7). Jest to wynik o tyle mało zaskakujący, że w większości badań dotyczących zaangażowania społecznego obserwuje się podobną zależność.



Wykres 7. Zaangażowanie w działalność na rzecz uchodźców w podziale na wykształcenie

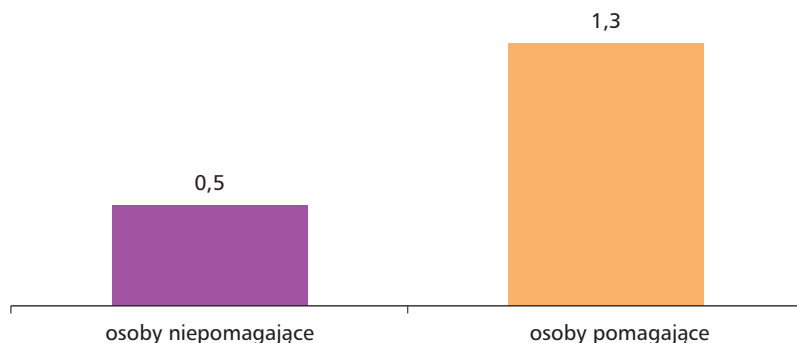
Źródło: Badania własne.

Aktywność społeczna. Przeprowadzone przez nas analizy pokazały, że dotychczasowa aktywność społeczna i doświadczenie w działalności na rzecz lokalnej społeczności przekładały się na częstotliwość udzielania pomocy osobom uciekającym przed wojną w Ukrainie. Ci z naszych badanych, którzy byli aktywni społecznie w przeszłości, podczas obecnego kryzysu częściej angażowali się w działalność na rzecz uchodźców i uchodźczyń z Ukrainy (wykres 8).

W celu zmierzenia poziomu aktywności społecznej w naszych badanych stworzyliśmy indeks, który brał pod uwagę sumę różnych form aktywności społecznej z dwóch ostatnich lat. W skład indeksu wchodziły następujące działania, wykorzystywane w pytaniach Światowego Badania nad Wartościami (WVS):

- udział w konsultacjach społecznych;
- działalność w organizacjach pozarządowych;
- udział w akcjach społecznych jako wolontariusz;
- działalność w parafii lub innej organizacji religijnej;
- uczestniczenie wraz z sąsiadami w działaniach na rzecz mieszkańców lub okolicy;
- udział w zebraniach swojej wspólnoty mieszkaniowej lub spółdzielni;
- udział w proteście dotyczącym kwestii związanej ze sprawami lokalnymi;
- udział w zbieraniu podpisów pod petycją;
- przeprowadzanie interwencji w urzędzie w sprawie dotyczącej kwestii lokalnych.

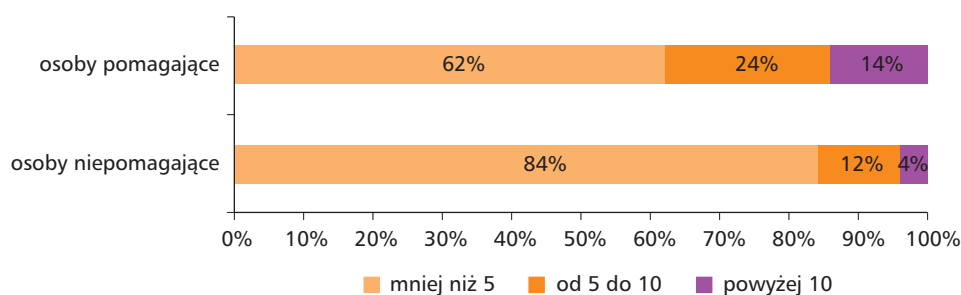
Za udział w jednej formie działań społecznych respondent zyskiwał jeden punkt w indeksie. Indeks aktywności społecznej mieści się w zakresie od 0 do 8, przy czym 0 oznacza brak zaangażowania w jakąkolwiek z wymienionych aktywności, a 8 zaangażowanie we wszystkie wymienione aktywności. Średni poziom indeksu dla całej badanej próby wynosi 0,9.



Wykres 8. Średni poziom aktywności społecznej wśród osób pomagających i niepomagających

Źródło: Badania własne.

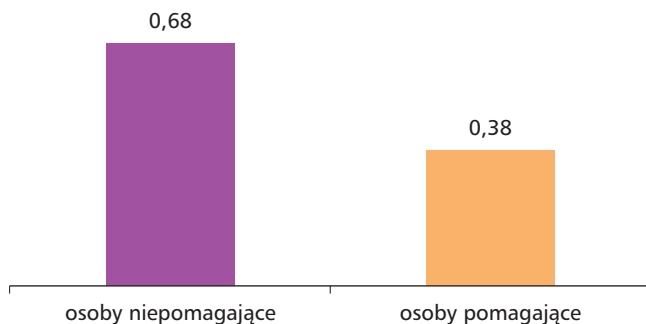
Aktywne społecznie osoby przebywają często wśród osób równie aktywnych jak one i tak też okazało się, że osoby pomagające mają w swoim gronie więcej osób aktywnie udzielających się w organizacjach pozarządowych i/lub działających na rzecz lokalnej społeczności lub w wolontariacie niż osoby niepomagające (wykres 9).



Wykres 9. Liczba zaangażowanych społecznie znajomych

Źródło: Badania własne.

Kapitał społeczny. Osoby, które zaangażowały się w pomoc uchodźcom, charakteryzowały się również wyższym kapitałem społecznym, rozumianym jako potencjał do otrzymania wsparcia w sytuacji kryzysowej od wielu różnych aktorów społecznych, takich jak rodzina, przyjaciele, znajomi z pracy, instytucje publiczne, organizacje społeczne, organizacje religijne, organizacje prywatne, sąsiedzi czy znajomi z mediów społecznościowych. Osoby, które częściej wskazywały brak istnienia osoby lub organizacji, do której mogłyby się zwrócić po pomoc w jednej z sześciu sytuacji kryzysowych, między innymi choroby, przygnębienia, kryzysu finansowego czy potrzeby znalezienia kogoś do opieki, rzadziej pomagały uchodźcom (wykres 10). Średnio osoby niepomagające prawie dwa razy częściej od pomagających wskazywały sytuacje, w których nie miałyby osoby lub instytucji, do których mogłyby się zwrócić po pomoc w trudnej sytuacji.



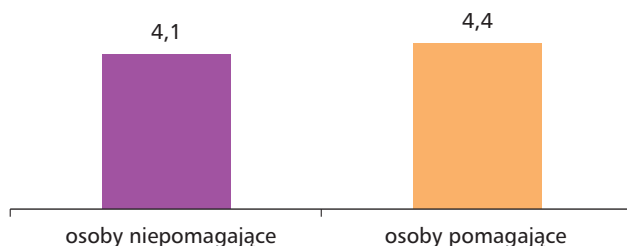
Wykres 10. Średnia częstość zgłaszania braku osoby / instytucji, od której można byłoby otrzymać wsparcie w sytuacji potrzeby / kryzysu (na skali od 0 do 6)

Źródło: Badania własne.

Poczucie kolektywnej sprawczości. Zaangażowaniu się w pomoc sprzyja przekonanie, że podjęte działania wpłyną pozytywnie na sytuację i dobrostan osób, którym pomoc ta jest niesiona. Analizy potwierdziły, że osoby pomagające charakteryzowały się nieco wyższym poczuciem kolektywnej sprawczości (wykres 11). Poczucie sprawczości zmierzylśmy, pytając osoby badane, w jakiej mierze na siedmio-stopniowej skali zgadzają się z każdym z trzech stwierdzeń:

- Kiedy w tej społeczności pojawia się problem, ludzie spotykają się, aby dyskutować, jak należy go rozwiązać.
- Jeśli pojawi się problem, który dotyczy całej społeczności, ludzie z tej społeczności będą sobie pomagać.
- Ludziom w tej społeczności można ufać.

Indeks poczucia sprawczości powstał w wyniku uśrednienia odpowiedzi z trzech powyższych pytań.



Wykres 11. Średnie poczucie kolektywnej sprawczości na skali od 1 (zdecydowanie nie) do 7 (zdecydowanie tak)

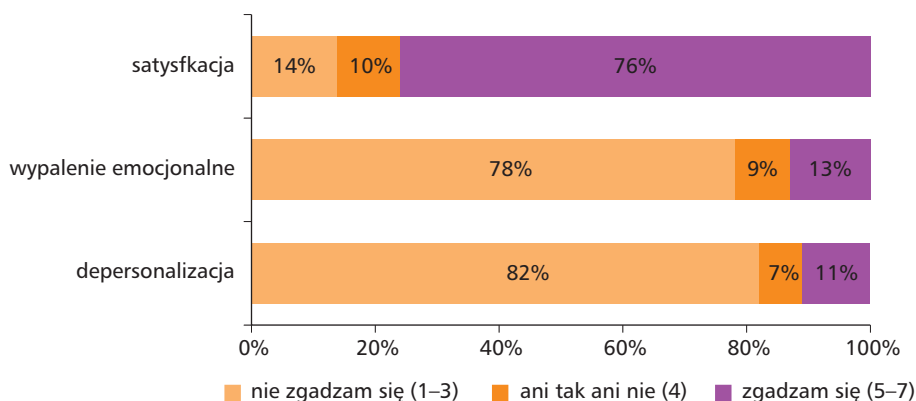
Źródło: Badania własne.

Aż 83% osób udzielających pomocy uchodźcom zadeklarowało, że osoby z ich otoczenia również pomagały uchodźcom wojennym. Tak wysoki odsetek jest spójny

z wykazywanym w innych badaniach znaczeniem sieci społecznej w procesie podejmowania decyzji o zaangażowaniu. Nasze badanie potwierdza, że kluczowe dla aktywizacji do niesienia pomocy było obserwowanie innych osób w otoczeniu, które takiego wsparcia udzielały. Możemy więc mówić o „zaraźliwym” charakterze zaangażowania w obrębie sieci społecznych naszych badanych.

Pozytywne i negatywne skutki udzielania pomocy

Ze względu na konieczne nakłady czasu, pieniędzy czy energii i silne emocje nie- rzadko towarzyszące udzielaniu wsparcia uchodźczyńiom miało ono różnego rodzaju konsekwencje dla osób niosących pomoc. Zmierzyliśmy zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki udzielania pomocy uciekinierom wojennym z Ukrainy, które zadeklarowali badani Polacy i Polki. Osoby badane zostały zapytane, w jakim stopniu zgadzają się, że dotyczyły ich różne konsekwencje udzielenia pomocy uchodźczyńiom. Nasze pytanie uwzględniło trzy rodzaje psychicznych skutków udzielania pomocy (por. Maslach 2003). Odpowiedzi udzielono na skali od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 7 (zdecydowanie się zgadzam); na wykresie 12 prezentujemy te odpowiedzi zebrane w trzy kategorie. Najwięcej osób (ponad dwie trzecie) zadeklarowało, że doświadczyło satysfakcji z pomagania uchodźcom i uchodźczyńiom, to znaczy miało poczucie, że ich pomoc ma sens, jest ważna dla uchodźców, a im samym daje poczucie sprawczości. Negatywne konsekwencje zaangażowania w pomoc osobom z Ukrainy dotyczyły raczej niewielkiej grupy osób, niemniej niektóre osoby badane (około 13%) odczuwały wypalenie emocjonalne, tzn. czuły się sfrustrowane i wyczerpane udzielaniem pomocy, raportowały także utratę energii. Silniejsze oznaki wypalenia deklarowało 12% badanych (wykres 12), którzy w wyniku wyczerpania pomaganiem mieli poczucie, że tracą zainteresowanie uchodźcami, zaczynają trak-

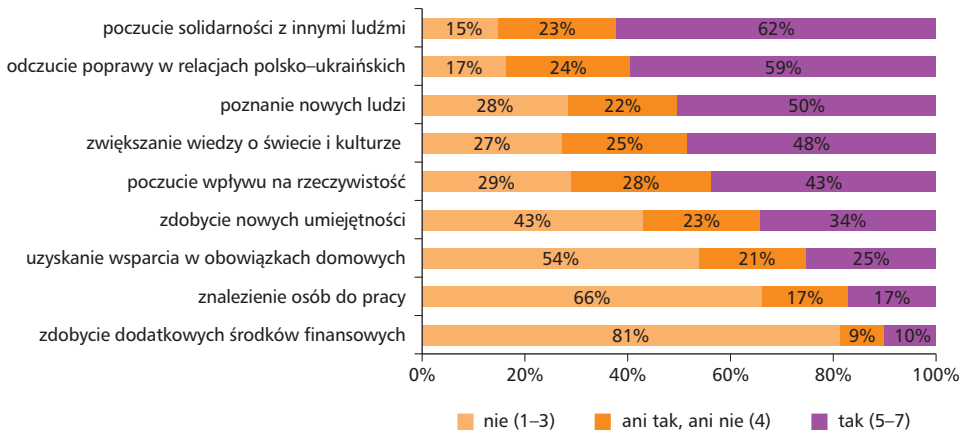


Wykres 12. Odczuwane psychiczne konsekwencje pomagania

Źródło: Badania własne.

tować ich bezosobowo i dystansować się wobec ich spraw. To ostatnie zjawisko, czyli depersonalizacja w kontekście kryzysu uchodźczego, może być szczególnie niebezpieczne i prowadzić nie tylko do dystansowania się wobec osób potrzebujących pomocy, ale nawet do wzrostu negatywnych postaw wobec nich.

Oprócz pytania o psychiczne konsekwencje pomagania zapytaliśmy badanych także o inne, pozytywne skutki zaangażowania w pomoc uchodźcom i uchodźczyniom (wykres 13). Uczestnicy badania zapytani, co dała im działalność pomocowa, najczęściej wskazywali, że wywołała w nich poczucie solidarności z innymi osobami, przyczyniła się do poprawy relacji polsko-ukraińskich, a także że była to okazja do poznania nowych osób. Ponad 40% badanych uznało, że dzięki zaoferowaniu pomocy przynajmniej w pewnym stopniu poszerzyli swoje horyzonty i mieli zwiększony wpływ na rzeczywistość. Ponad jedna trzecia pomagających (blisko 35%) stwierdziła również, że dzięki pomaganiu udało im się zdobyć nowe umiejętności. Relatywnie niewiele osób badanych (między 10% a 25%) wskazywało na bardziej instrumentalne korzyści, takie jak uzyskanie wsparcia w domowych obowiązkach, możliwość znalezienia dodatkowych osób do pracy czy uzyskanie środków finansowych (np. świadczenia dla osób goszczących). Wyniki zarówno dotyczące satysfakcji, jak i deklarowanych korzyści z pomagania pokazują, że większość pomagających oceniła to doświadczenie bardzo pozytywnie, doceniając przede wszystkim niematerialne, psychologiczno-społeczne efekty pomagania.

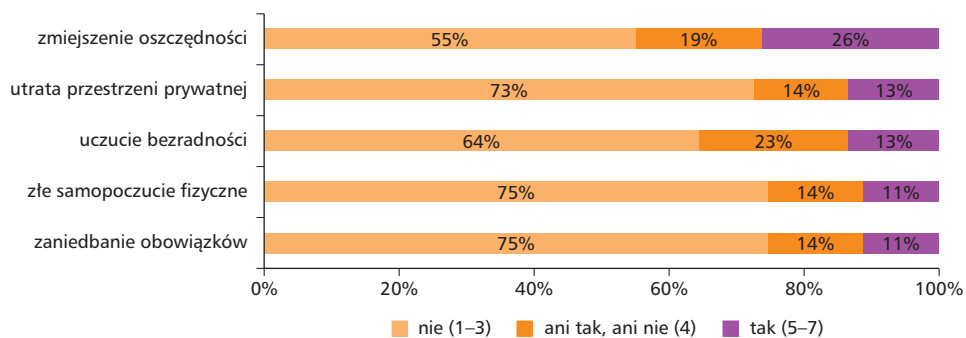


Wykres 13. Postrzegane korzyści z pomagania

Źródło: Badania własne.

Niemniej część osób badanych wskazywała także na negatywne skutki zaangażowania się w pomoc uchodźczyniom i uchodźcom (wykres 14). Około jednej czwartej respondentów zgodziło się, że udzielanie wsparcia przyczyniło się do zmniejszenia ich oszczędności, a 13% badanych miało poczucie utraty przestrzeni prywatnej. Ponad jedna dziesiąta pomagających odczuwała bezradność pomagając Ukraińcom,

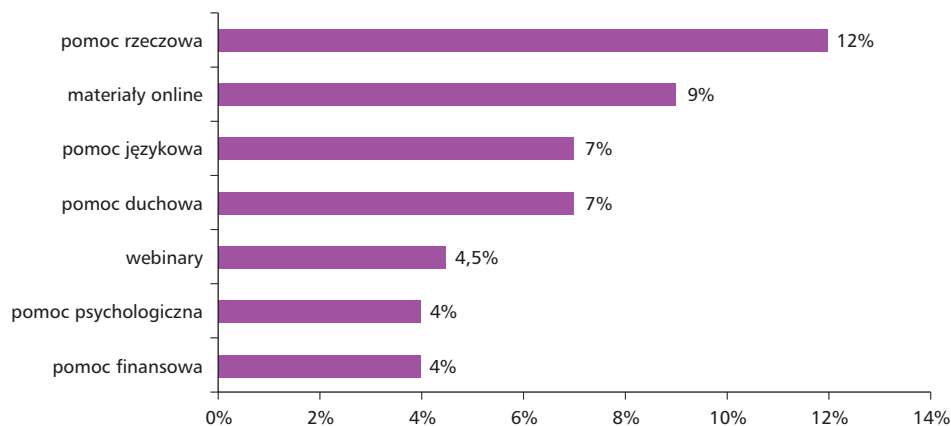
a co dziesiąta osoba deklarowała zaniedbanie swoich obowiązków czy też złe samopoczucie fizyczne jako konsekwencje pomagania. Niniejsze wyniki dotyczące negatywnych skutków pomagania mogą skłaniać do dalszej refleksji nad działaniami, które umożliwiłyby zapobieganie podobnym zjawiskom, a tym samym ich szkodliwym konsekwencjom dla jednostek i polsko-ukraińskich relacji.



Wykres 14. Postrzegane koszty pomagania

Źródło: Badania własne.

Jednym z czynników kluczowych dla skutecznego zapobiegania wypaleniu jest udzielanie osobom pomagającym adekwatnego wsparcia, które pozwoliłoby im zregenerować zasoby, odzyskać energię i chęć do dalszego działania (wykres 15). Niestety, niewiele badanych osób deklarowało, że w trakcie pomagania uchodźczyiom same sięgały po dodatkowe wsparcie. Tylko co dziesiąty respondent otrzymał pomoc rzeczową, jeszcze rzadsza była pomoc finansowa. Co więcej, mniej niż 10% badanych skorzystało z pomocy informacyjnej, takiej jak materiały online, webinary



Wykres 15. Wsparcie otrzymane przez osoby pomagające

Źródło: Badania własne.

czy też wsparcie językowe. Po kolejny rodzaj pomocy, który mógłby mieć szczególne znaczenie dla podtrzymania zaangażowania osób pomagających, czyli wsparcie psychologiczne i/lub duchowe, sięgnęła tylko co dziesiąta osoba. Zdecydowana większość wsparcia dla osób pomagających płynęła ze strony przyjaciół, rodziny czy sąsiadów; jedynie sporadycznie otrzymywano pomoc ze strony władz, organizacji samorządowych lub organizacji religijnych. Wyniki te świadczą naszym zdaniem o konieczności zwiększenia zaangażowania podmiotów publicznych i prywatnych na rzecz samoorganizujących się obywateli, tak by uniknąć negatywnych konsekwencji udzielania pomocy na poziomie pojedynczych zaangażowanych osób.

Powody nieudzielania pomocy

Oprócz oczywistego zainteresowania formami i czynnikami sprzyjającymi udzieleniu pomocy, chcieliśmy również zrozumieć powody nieprzyłączenia się do ogólnopolskiego zrywu społecznego na rzecz uchodźczyń z Ukrainy (tabela 1).

Tabela 1. Powody nieangażowania się w pomoc na rzecz uchodźców z Ukrainy

Grupa 1. Niefuność	<i>Nie uważam, żeby uchodźcy potrzebowali pomocy. Nie ufam uchodźcom. Uważam, że nie ma sensu robić nic za darmo. Obawiam się, że moja pomoc pójdzie na marne. Zniechęca mnie zła organizacja akcji pomocowych.</i>
Grupa 2. Bezradność	<i>Nie mam wystarczających środków finansowych. Nie wiem, jak zabrać się za pomoc. Zdrowie mi nie pozwala lub nie czuję się na siłach, aby udzielić pomocy uchodźcom.</i>
Grupa 3. Odrzucenie odpowiedzialności	<i>Inni lepiej się znają na udzielaniu pomocy uchodźcom. Państwo jest od tego, aby pomagać.</i>

Źródło: Badania własne.

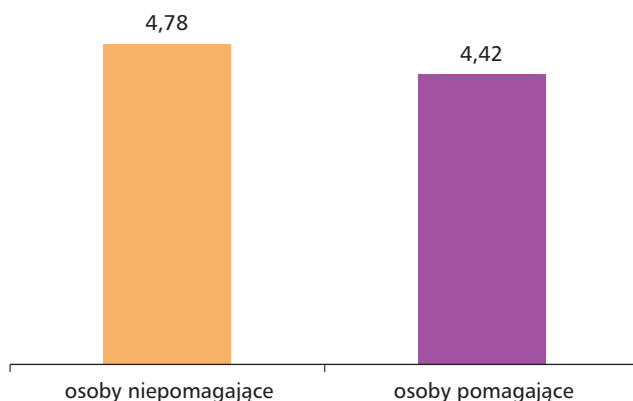
Za pomocą analizy czynnikowej wyróżniliśmy trzy grupy powodów, jakie najczęściej wskazywały osoby niepomagające uchodźcom. Pierwsza, najliczniejsza grupa powodów wiąże się z brakiem zaufania do uchodźców i wątpliwościami, czy rzeczywiście potrzebują oni pomocy, a także kwestionowaniem organizacji działań pomocowych. Osoby niepomagające twierdziły na przykład, że przeznaczone przez nich środki lub wysiłek z pewnością zostałyby zmarnowane. W tej grupie powodów znalazły się także twierdzenia świadczące o orientacji materialistycznej, przekonanie, że nie ma sensu cokolwiek robić bez odpowiedniego wynagrodzenia. Wydaje się, że osoby, które w ten sposób uzasadniały swój brak zaangażowania w pomoc, mogą być najbardziej podatne na radykalizowanie się w kierunku wrogich postaw wobec uchodźców, a ich poglądy mogą stanowić również bazę do akceptacji i rozpowszechniania teorii spiskowych na temat uchodźców w Polsce.

Druga grupa powodów wiązała się deklarowanym poczuciem bezradności. Wskazywano na brak środków finansowych, trudną sytuację życiową lub niepewność dotyczącą własnych kompetencji w pomaganiu jako czynniki, które nie pozwoliły zaangażować się w działania na rzecz uchodźców. Zapewne można by do pewnego stopnia przeciwdziałać tego typu powodom niezaangażowania dzięki adekwatnej pomocy, która zachęcałaby takie osoby do udzielania wsparcia.

W trzeciej grupie czynników warunkujących brak pomocy ze strony części Polek i Polaków znalazły się deklaracje, że odpowiedzialność za rozwiązywanie tego typu kryzysowych sytuacji leży po stronie instytucji czy innych – bardziej kompetentnych – osób. W tym wypadku dominuje przekonanie, że organizacją pomocy powinny się zająć profesjonalne służby, a nie obywatele, państwo zaś, a nie jednostki, ponosi odpowiedzialność za pomaganie osobom potrzebującym.

Oczekiwanie wdzięczności

Na koniec sprawdziliśmy, w jakim stopniu osoby badane oczekiwały od uchodźców wdzięczności za otrzymywane od Polaków i Polek wsparcie. Oczekiwanie wdzięczności ma duże znaczenie w czasach kryzysów uchodźczych, a więc wówczas, gdy sytuacja dużej grupy ludzi w dużej mierze zależy od pomocy udzielanej przez mieszkańców innego kraju. Zapytaliśmy zatem badanych, w jakim stopniu czują, że uchodźcy powinni być wdzięczni za pomoc okazaną im ze strony Polek i Polaków; odpowiedzi udzielono na skali od 1 (zdecydowanie nie) do 7 (zdecydowanie tak) (wykres 16). Co ciekawe, większej wdzięczności za pomoc oczekiwały od uchodźczyń osoby, które w ogóle nie angażowały się w działania pomocowe. Częściej mieliśmy więc do czynienia z roszczeniem wdzięczności za pomoc udzieloną przez inne osoby niż z oczekiwaniem wdzięczności w swoim imieniu.



Wykres 16. Średnie wartości oczekiwania wdzięczności od uchodźców

Źródło: Badania własne.

Co ważne, badania z zakresu psychologii społecznej pokazują, że przesadne oczekiwanie wdzięczności od grupy, której pomagamy, jest istotnym wskaźnikiem negatywnych postaw wobec niej (Ksenofontov 2020). Praktyczną ilustracją tego zjawiska była popularność rozpowszechnianych za pomocą mediów społecznościowych anegdotycznych „dowodów” na niewdzięczność i roszczeniowość uchodźczyń z Ukrainy. Informacje te, masowo udostępniane również przez zwykłych użytkowników Facebooka czy Twittera, mogły i nadal mogą mieć negatywny wpływ zarówno na chęć pomagania, jak i na poziom sympatii wobec uchodźców. Nasze wyniki pokazały, że istotnie częściej oczekują wdzięczności te osoby, które w ogóle nie angażowały się w pomaganie, a więc także mające mniej bezpośrednich kontaktów z osobami potrzebującymi wsparcia. To z kolei mogło spowodować większą podatność na różnego rodzaju fałszywe informacje i stereotypowe postrzeganie uchodźców z Ukrainy.

Podsumowanie

Przeprowadzone analizy w dużej mierze potwierdzają opisywane wcześniej trendy zaangażowania społecznego w Polsce, ukazując jego pozytywną zależność z poziomem wykształcenia oraz znaczenie fazy życia i statusu materialnego dla formy pomocy i możliwości bezpośredniego zaangażowania się w niesienie wsparcia osobom potrzebującym (Domaradzka 2010). Podobnie jak w przypadku czynników sprzyjających zaangażowaniu w inne ruchy oddolne, także i w odpowiedzi na kryzys uchodźczy obserwujemy znaczenie sieci społecznej dla zaangażowania się w działania pomocowe.

Tym, co wydaje się szczególnie ważne w kontekście refleksji nad konsekwencjami społecznego zrywu w pierwszych tygodniach kryzysu humanitarnego w Ukrainie, jest bliższe przyjrzenie się jego pozytywnym i negatywnym skutkom na poziomie indywidualnym. Zwłaszcza deklarowane przez część badanych objawy wypalenia niosą bowiem za sobą ogromne ryzyko wycofania się z udzielania pomocy, a nawet pogorszenia relacji między uchodźcami a wolontariuszami. Co istotne, wśród naszych badanych dominowały jednak deklaracje korzyści wynikających z zaangażowania na rzecz uchodźczyń, mające charakter zarówno społeczny i emocjonalny, jak i poznawczy.

Naszym zdaniem skuteczne procesy deinstytucjonalizacji wymagają głębszego namysłu nad korzyściami i kosztami podobnych rozwiązań zarówno dla otrzymujących wsparcie, jak i udzielających go. Bliższe przyjrzenie się negatywnym i pozytywnym procesom towarzyszącym niesieniu pomocy jest niezbędne do dobrego zaprojektowania systemu „wtórnego wsparcia” osób zaangażowanych oraz unikania nadmiernego obciążania osób inwestujących prywatne zasoby w rozwiązywanie problemów społecznych. Zagadnienie tego, jak mądrze pomagać Polakom pomagającym uchodźcom, poruszane w raporcie Bukowskiego i Duszczyka (2022), wymaga

dzisiaj systemowej refleksji i długoterminowych, ale elastycznych rozwiązań. W przeciwnym razie zryw społeczny łatwo może się przerodzić w zniechęcenie czy frustrację, na długo blokującą chęć do ponownego zaangażowania. Biorąc pod uwagę kolejne fale kryzysów migracyjnych – ekonomicznych, militarnych czy klimatycznych – dotykające nasz region, na takie marnotrawstwo zasobów społecznych nie możemy sobie pozwolić.



Współdziałanie i konflikt w zakresie działań pomocowych. Uwagi do procesu deinstytucjonalizacji na podstawie wniosków z badania punktu recepcyjnego dla uchodźczyń i uchodźców z Ukrainy

Wprowadzenie

Deinstytucjonalizacja zakłada wykorzystanie potencjału zinstytucjonalizowanych form obywatelskiej inicjatywy, tj. organizacji pozarządowych, a także „nieformalnych”, oddolnych inicjatyw, w postaci między innymi wspólnot sąsiedzkich i rodziny, do realizacji zadań pomocowych i opiekuńczych będących przez długi czas domeną instytucji państwa (Grewiński, Lizut 2021b, s. 23–24). Proces deinstytucjonalizacji budzi jednak obawy związane z przeniesieniem odpowiedzialności za organizację działań pomocowych i opiekuńczych z administracji państwowej na organizacje społeczne i obywatelskie. Wątpliwości te skłaniają do postawienia pytania o adekwatną formułę podziału zadań, finansowania, ustalania zakresu kompetencji i reguł kooperacji między interesariuszami w sposób, który pozwoliłby na osiągnięcie optymalnego kompromisu między kosztami społecznymi a korzyściami tego procesu (patrz m.in. Kubalčíková, Havlíková 2016; Szüdi i in. 2017; Błędowski 2021).

Zaangażowanie Polek i Polaków w pomoc dla uchodźczyń i uchodźców z Ukrainy w 2022 roku zostało określone mianem „zrywu społecznego” i zinterpretowane jako wyraz obywatelskiej zdolności i sprawności w zakresie organizacji usług wsparcia. W dyskusji publicznej pojawiły się nawet głosy o „wyręczaniu” czy też „zastępowaniu” instytucji państwowych w ich roli organizatora praktyk pomocowych. W pierwszych dniach po wybuchu wojny w Ukrainie działania pomocowe kumulowały się wokół punktów recepcyjnych mających charakter wsparcia pierwszego kontaktu, organizowanych w miastach: na dworcach, w halach i innych obiektach użyteczności publicznej.

¹ Mateusz Trochymiak, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0000-0002-4880-0977.

² Nina Wróblewska, Uniwersytet Warszawski, nr ORCID: 0009-0001-6644-9324.

Punkty recepcyjne były przestrzenią wspólnego działania pomagających indywidualnie obywateli i obywateli, grup niezrzeszonych, organizacji pozarządowych, firm prywatnych, administracji wojewódzkiej oraz samorządów. Prowadzone w nich działania miały charakter interwencji kryzysowej, organizowanej pod presją czasu i narastającej liczby osób wymagających wsparcia. Kooperacja aktorów w punktach recepcyjnych miała więc charakter spontaniczny, wymuszony sytuacją i wymagała wypracowania mechanizmów koordynacji pozwalających na realizację pomocy uchodźcom.

Niniejszy tekst to studium przypadku jednego z większych punktów recepcyjnych w dużym mieście, uznanego przez aktorów w nim działających za sukces organizacyjny, a jednocześnie opisywanego jako doświadczenie „trudnej współpracy”. W tekście pokazujemy, jak wyglądała rola poszczególnych aktorów i podział zadań między nimi, w jaki sposób doszło do wyodrębnienia i zaakceptowania reguł kooperacji oraz jaką rolę odegrał w tym aspekcie konflikt między wolontariuszami a przedstawicielami administracji wojewódzkiej.

W pierwszej części rozdziału omawiamy teoretyczne aspekty współzrządzenia (*governance*) i związanej z nim problematyki „rozproszonej odpowiedzialności”. Część druga przedstawia kontekst powstawania punktów recepcyjnych i metodologię badania. W części trzeciej prezentujemy wyniki analiz. Rozdział kończą wnioski i dyskusja nad problematyką mechanizmów koordynacji działań administracji i deinstytucjonalizacji.

Koordynacja i odpowiedzialność. Główne wyzwania współzrządzenia

Problematyka koordynacji sektora usług publicznych jest osadzona w literaturze wokół dwóch założeń. Po pierwsze instytucje państwowe nie zawsze będą w stanie sprostać oczekiwaniom obywateli i poradzić sobie ze współczesnymi problemami społecznymi i po drugie formuła biurokracji nie może już być uniwersalnym modelem sprawowania władzy, jeżeli państwo ma osiągać możliwie najlepsze rezultaty w rozwiązywaniu tych problemów (zob. m.in. Stoker 1998; Pollitt, Bouckaert 2011; Jessop 2011; Kulesza, Sześciło 2013). W praktyce oznacza to, że państwo traci monopol na realizację usług publicznych i jest zmuszone do „dzielenia się” odpowiedzialnością za ich realizację z innymi podmiotami. Poszukiwanie odpowiedniej formuły doprowadziło w latach 70. XX wieku do ustanowienia modelu Nowego Zarządzania Publicznego (New Public Management), charakterystycznego dla krajów anglosaskich, gdzie podmiotami realizującymi usługi publiczne są firmy prywatne, a administracja publiczna skupia się na „sterowaniu” (koordynacji procesu), a nie „wiosłowaniu” (dostarczaniu usług) (Osborne, Gaebler 1993). W krajach Europy kontynentalnej zarządzanie sektorem publicznym wyewoluowało w kierunku różnych form *governance*, czyli współzrządzenia, w którym uczestniczą różni aktorzy społeczni – organizacje pozarządowe, grupy obywateli, a także firmy prywatne. W tym zakresie wyróżnia się między innymi zarządzanie sieciowe (*network governance*), odnoszące się

do procesów zarządzania usługami w społeczności lokalnej (Sørensen, Torfing 2016), adekwatne także do opisu specyfiki miast, gdzie wielu aktorów działa jednocześnie na tym samym polu, występując w różnych rolach, tj. użytkowników, dostawców czy współdecydujących (zob. m.in. Sassen 1991; Domaradzka 2021).

W koncepcjach współzrządzenia często podkreśla się potencjał i zasoby społeczności lokalnej, tzw. *community capacity* (Lewenstein 2010) i rolę obywateli jako koproducentów usług publicznych (Sześciło 2015). W podejściu „community” chodzi o jakość infrastruktury obywatelskiej i potencjał do współpracy między samorządami, lokalnymi organizacjami pozarządowymi, grupami mieszkańców i sektorem prywatnym w celu rozwiązywania problemów społeczności lokalnych. W przypadku koprodukcji mowa jest o obywatelach postrzeganych jako aktorzy „wytwarzający” usługi publiczne, chociaż działają oni w określonych ramach regulujących ich zachowania i zasoby, jakimi dysponują.

Mamy zatem do czynienia ze współzrządzeniem jako formą sprawowania władzy, wyłaniającą się z różnych sposobów działania aktorów uwikłanych we wzajemne relacje, często opisywane w kategoriach zaufania, zbieżności celów i wyznawanych wartości czy potencjału do występowania konfliktu. Autorzy piszący o współzrządzeniu podkreślają zalety płynące ze współpracy administracji i aktorów społecznych, do których należą między innymi zwiększenie efektywności podejmowanych działań (np. optymalizacja wykorzystania zasobów), większa trafność działań (precyzyjna diagnoza i adekwatne stawianie celów), budowanie poczucia wspólnoty i sensu podejmowanych działań (zaufanie i kapitał społeczny) oraz efekt inkluzji społecznej (zob. m.in. Jordan, Schout 2006; Brandsen, Pestoff 2006; Nyholm, Haveri 2009; Lewenstein 2010; Bozzini, Enjolras 2010).

Wspólny dla modeli współzrządzenia problem dotyczy mechanizmu rozliczalności (*accountability*) władzy i związanej z tym rozproszonej odpowiedzialności. Kwestia rozliczalności aktorów w sektorze publicznym sprowadza się do pytania o to, „kto jest odpowiedzialny wobec kogo i za co?” (Bovens 1998).

W administracji państwowej model zarządzania biurokratycznego jest kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania państwa, gdyż procedury prawa, według których działają urzędnicy, mają gwarantować równe traktowanie obywateli, pozwalają zachować transparentność procesu decyzyjnego i rozliczać się z zadań przed demokratycznie wybranymi przedstawicielami władzy. Inaczej jest w przypadku organizacji pozarządowych, legitymizowanych przez ich członków i grupy społeczne, na rzecz których działają, czy sektora prywatnego, rozliczanego przed akcjonariuszami, udziałowcami czy pracownikami z uwagi na cele biznesowe lub wizerunkowe. W sytuacji, kiedy decyzje dotyczące organizacji sektora publicznego przestają być polem działania wyłącznie administracji, rodzi się pytanie o alternatywne wobec reguł biurokratycznych zasady uczestnictwa aktorów pozapaństwowych i o to, w jaki sposób egzekwować odpowiedzialność za podejmowane przez nich decyzje.

Aktorzy działający w sieciach będą uwikłani w różne „reżimy rozliczalności” (Hupe, Hill 2007), czyli różne mechanizmy egzekwowania odpowiedzialności za

podejmowane decyzje. Działanie w obrębie wielu reżimów rozliczalności powoduje, że zaciera się transparentność procesu decyzyjnego i trudno ustalić, kto odpowiada za co i przed kim (Sørensen, Torfing 2016). Co więcej, problem ten się pogłębia, jeżeli mamy do czynienia z osobami, które są powiązane z różnymi środowiskami w sposób zapośredniczony, na przykład z pracownikami firmy prywatnej wykonującymi zadania na rzecz agencji rządowej, wolontariuszami organizacji pozarządowej angażującymi się w działania placówek samorządowych czy pracownikami środowiskowymi z ośrodków pomocy zrzeszonymi w związkach profesjonalistów (Hupe, Hill 2007). W takich sytuacjach mamy do czynienia z rozproszeniem odpowiedzialności, która w efekcie różnych napięć powstających między aktorami w sieci może się zmienić w dylematy decyzyjne osób wdrażających i realizujących usługę.

Problem rozproszonej odpowiedzialności może być rozwiązany przez wypracowanie ram działania powstałych w rezultacie dialogu albo narzuconych przez aktora lub grupę aktorów, na przykład władze państwa. Ramy działań w zakresie usług publicznych tworzy prawo, które może regulować sposób działania proceduralnie, organizując na przykład partnerstwa publiczno-prywatne i zamówienia publiczne, lub wymagać od aktorów ustanowienia określonych standardów i reguł w formie *soft-law*, tj. strategii rozwoju czy współpracy, definiujących cele, środki działania i pożądaną rezultaty (Newman, Posner 2018). Ramy obejmują pozycję wyjściową aktorów, na przykład definiują zasoby, które są kluczowe dla sieci, bądź określają preferowane rodzaje działania (Bruijn, Heuvelhof 2008). Wycofywanie się państwa narzucającego biurokratyczną dyscyplinę przy jednoczesnym oddziaływaniu na aktorów metodami pośrednimi może być odbierane jako paradoks – administracja państwowa działa na rzecz stworzenia niezbędnej do współrzędzenia autonomii aktorów, ale w rzeczywistości jest to sytuacja heteronomii, gdyż narzuca pozostałym reguły dostępu do sieci i obecnych w niej zasobów. Niewykluczone, że celem narzucenia ram współdziałania jest legitymizacja roli administracji państwowej, która deleguje odpowiedzialność i ryzyko związane z podejmowaniem decyzji dotyczących sektora publicznego na aktorów pozarządowych, a czasem nawet na samych obywateli (Hacker 2006). W tym kontekście ramy współrzędzenia można interpretować jako techniki rządomyślności, będące celowym działaniem administracji, pozwalającym na zachowanie kontroli nad sektorem publicznym bez potrzeby bezpośredniego narzucania dyscypliny i na transfer odpowiedzialności za problemy na innych aktorów (Davies 2011).

Z drugiej strony administracji państwowej trudno zrzucić brzemień odpowiedzialności za decyzje w sektorze publicznym, co często prowadzi do oporu wobec form zarządzania sieciowego. Badania nad inicjatywami współrzędzenia w społecznościach lokalnych potwierdzają, że popularna teza o wycofywaniu się państwa na skutek uczestnictwa innych aktorów jest przesadzona – pozycja władz lokalnych dalej jest kluczowa, chociaż transformacji ulegają techniki oddziaływania na aktorów i odbiorców usług publicznych (Pollitt, Bouckaert 2011). Na przykład formy partycypacyjne oparte na idei demokracji bezpośredniej mogą służyć budowaniu poczucia sprawczości obywateli i zaufania do systemu, ale niekoniecznie będą przesądzać o rzeczywistych

rozwiązaniach (Frieske 2010). Świadczenie usług publicznych we współczesnych społeczeństwach, w których oczekiwania i potrzeby obywateli nieustannie rosną, ma charakter wyjątkowo skomplikowany i w niektórych obszarach zastąpienie państwa może być problematyczne. W trakcie trwania pandemii COVID-19 trudno było sobie wyobrazić innego gwaranta bezpieczeństwa obywateli niż administracja państwowa z modelem biurokratycznego zarządzania opartego na procedurach.

W kontekście współrządzenia kluczowe staje się więc pytanie, na jakich zasadach powinny być formowane sieci, tj. jakich aktorów włączać w proces zarządzania sektorem publicznym, kto ma przyjąć odpowiedzialność za dopilnowanie, aby aktorzy nie realizowali wyłącznie swoich partykularnych celów, i jakie mechanizmy ustanowić, by wyegzekwować tę zasadę (Sześciło, Kulesza 2013). Problem ten jest szczególnie istotny w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z organizacją usług publicznych nowego rodzaju, tj. punktami recepcyjnymi, dla których reguły nie zostały jeszcze zdefiniowane i istnieje presja, aby proces ten miał charakter oddolny, angażujący „siły społeczne”. Szczegółowe śledzenie sposobu tworzenia się formuły świadczenia danej usługi publicznej, napięć i trudności koordynacyjnych z tym procesem związanych może pokazać ogólne kierunki dyskusji potrzebnej do rzetelnej oceny procesu deinstytucjonalizacji.

Kontekst i metodologia badania

Pierwsza fala imigrantów dotarła do stolicy między 28 lutego a 8 marca 2022 roku (300 tys. osób). W kolejnych tygodniach liczba uchodźczyń i uchodźców wzrosła do 600 tys.³. Do 1 marca na terenie całej Polski działało już 28 punktów recepcyjnych⁴, w których uchodźcy mogli otrzymać pomoc doraźną, tj. żywność, odzież, pomoc medyczną itp.

Tworzenie punktów recepcyjnych zostało uregulowane w ramach Planu Zarządzania Kryzysowego i wynikających z niego planów wojewódzkich, za których wykonanie odpowiadał wojewoda. Procedury dla badanego przypadku, Punktu X, przewidywały zapewnienie miejsc noclegowych, dostawy wody pitnej, a także zadbanie o usługi sanitarno-higieniczne. Regulowały one również współpracę z innymi jednostkami administracyjnymi (m.in. z Wydziałem Zdrowia, Inspektoratem Sanitarnym) w zakresie organizacji opieki zdrowotnej i psychologicznej, a także zabezpieczenia obiektu zgodnie z zasadami sanitarno-epidemiologicznymi.

Uruchomienie Punktu X odbyło się zgodnie z wymaganiami proceduralnymi 3 marca 2022 roku, ale bez nakładów finansowych ze strony urzędu wojewódzkiego na wyżywienie czy artykuły higieny osobistej, które miały zostać zapewnione przez

³ *Warszawa w kryzysie uchodźczym. Raport za pierwsze trzy miesiące*, <https://um.warszawa.pl/documents/39703/63999481/Warszawa+w+kryzysie+uchod%C5%B4czym+-+raport+za+pierwsze+trzy+miesi%C4%85ce.pdf/5f08dc64-1037-cc30-7835-6193c643b0ab?t=1666786410579>, dostęp: 25.11.2022.

⁴ *Punkty recepcyjne dla uchodźców z Ukrainy w całej Polsce. Gdzie są, jak działają, jaką pomoc oferują*, <https://tvn24.pl/polska/uchodzczy-z-ukrainy-punkty-recepcyjne-w-calej-polsce-gdzie-sa-jak-dzialaja-jaka-pomoc-oferuja-5618193>, dostęp: 25.11.2022.

aktorów pozarządowych⁵ Organizacją punktu recepcyjnego miał się zająć koordynator z kilkoma wyznaczonymi pracownikami i wolontariuszami, którzy zgłosili się do pomocy.

Po kilku dniach funkcjonowania Punktu X media zaczęły sygnalizować o sytuacji konfliktowej między wolontariuszami a urzędnikami. Wolontariusze opublikowali skierowany do wojewody apel dotyczący problemów występujących w punkcie. Odnosił się on głównie do braku środków finansowych na zaspokojenie podstawowych potrzeb uchodźczyń i uchodźców, takich jak wyżywienie, środki higieniczne czy zaopatrzenie medyczne, a także braku odgórznej koordynacji z urzędu. Z doniesień medialnych wynikało, że wolontariusze „wyręczali” instytucje państwowe w zakresie organizacji pomocy, a urzędnicy i wojewoda pozostawali „bierni” i działali jedynie „na pokaz”. Według mediów wojewoda próbował usunąć niezadowolonych wolontariuszy. W rzeczywistości natomiast pozostali oni w punkcie aż do jego zamknięcia w końcu kwietnia 2022 roku.

Doniesienia medialne o trudnościach we współpracy wolontariuszy i urzędników w punkcie recepcyjnym X były powodem, dla którego zdecydowaliśmy się zrealizować badania. Punktem wyjścia było zrozumienie podłoża występującego konfliktu. W pierwszej kolejności przeanalizowaliśmy doniesienia medialne (artykuły i reportaże) dotyczące działań pomocowych odbywających się w punkcie oraz grup w social mediach organizowanych wokół działań wolontaryjnych. Na ich podstawie zidentyfikowaliśmy kluczowych aktorów działających w punkcie aż do jego zamknięcia. Stworzyliśmy listę problemów sygnalizowanych przez aktorów w komunikatach medialnych i odtworzyliśmy chronologię wydarzeń w punkcie. Kolejnym krokiem była realizacja wywiadów z przedstawicielami i przedstawicielkami urzędu wojewódzkiego (oficjalnie wyznaczonymi koordynatorami punktu recepcyjnego), przedstawicielami grup nieformalnych, wolontariuszami i wolontariuszkami, a także z przedstawicielami organizacji pozarządowych i fundacji działających w punkcie recepcyjnym. Zasadniczą trudnością realizacyjną było uzgodnienie terminów wywiadów z rozmówcami, którzy w czasie trwania badania aktywnie angażowali się w działania pomocowe, często po godzinach pracy. W ostateczności przeprowadzono wywiady z 10 z 14 zidentyfikowanych rozmówców. Każdy wywiad trwał około 1,5 godziny, realizowane były one osobiście oraz on-line. Wywiady zostały przepisane i zakodowane w programie MaxQda przez 4 badaczy i badaczek. Z powstałego zbioru kodów wyodrębniono grupy i podgrupy kodów, które następnie poddano analizie.

W trakcie gromadzenia materiału pracowaliśmy także nad odtworzeniem sposobu organizacji poszczególnych punktów usługowych, które znalazły się w punkcie recepcyjnym, czego efektem jest tabela 1.

⁵ Pod koniec lutego biuro premiera wystosowało dyspozycję do wojewodów, w której podkreślono, że wsparcia w zakresie organizacji punktów recepcyjnych należy szukać u aktorów społecznych, przede wszystkim w fundacjach i stowarzyszeniach. Do tego zadania zaangażowano pełnomocników wojewodów ds. współpracy z organizacjami pozarządowymi. Sytuacja ta miała być „tymczasowa” i trwać do momentu uruchomienia dla wojewodów specjalnych środków na cele pomocowe, co nastąpiło 12 marca 2022 r., kiedy uchwalono Specustawę o pomocy uchodźcom z Ukrainy. W momencie otwierania Punktu X wojewoda nie miał środków, które mógł przeznaczyć na zakup żywności czy artykułów higienicznych.

Tabela 1. Organizacja usług i podział zadań w punkcie recepcyjnym

	Punkt wydawania żywności	Magazyny i „wydawka”	Rejestracja
Organizacja	<p>Na początku posiłki były dostarczane przez darczyńców (osoby prywatne i firmy). Po pewnym czasie zapewniono regularne posiłki z firmy cateringowej.</p>	<p>Produkty były dostarczane przez darczyńców. Magazyny podzielono asortymentowo: produkty spożywcze (o dłuższej dacie przydatności), środki higieniczne, ubrania. Koordynatorzy pracujący w magazynach utworzyli listy potrzebnych rzeczy, które udostępniano organizacjom i prywatnym firmom. Osoby uchodźcze mogły się udać do magazynów, aby zaopatrzyć się w ubrania (SecondHand) lub środki higieniczne (Duży / Mały Rossmann).</p>	<p>Zorganizowana dopiero po ok. 7 dniach działania punktu. Uchodźcy musieli się rejestrować na wejściu. Wprowadzono też rejestrację wolontariuszy od ok. połowy marca. Uchodźcy dostawali opaski, a wolontariusze kamizelki.</p>
Aktorzy	<p>Harcerze i wolontariusze: wydawanie posiłków i kontrola jakości. Fundacja X: nawiązanie współpracy z firmą cateringową. Prywatne podmioty: dostawy żywności. Urząd wojewódzki: koordynacja punktu.</p>	<p>Wolontariusze: koordynacja i segregacja produktów; inwentaryzacja, sporządzanie listy towarów potrzebnych. Fundacja X: wyposażenie „techniczne” punktu, wyznaczenie głównych koordynatorów. Podmioty prywatne – dostawy towarów.</p>	<p>Urząd wojewódzki: prowadzenie rejestracji.</p>
Problemy	<ul style="list-style-type: none"> • Nieregularne dostawy żywności. • Przytłaczająca ilość żywności, która się psuła. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kradzieże. • Produkty z niezidentyfikowanych źródeł. • Przytłaczająca ilość towarów i brak równowagi zasobów. • Problemy z utylizacją rzeczy. • Niedobór ludzi potrzebnych do segregacji. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trudności z potwierdzeniem tożsamości. • Podszycanie się osób postronnych pod wolontariuszy. • Trudności z rejestrowaniem i wyrejestrowaniem powodujące problem „ciemnej liczyby”.

Tabela 1. cd.

	Punkt opieki medycznej	Namiot Pomocy Humanitarnej	Punkt dla dzieci	Punkt dla zwierząt
Organizacja:	Pracowali w nim głównie medycy na etacie, a luki w kadrze wypełniano wolontariuszami. Każdy pracownik podpisywał umowę. Zaostrzenie medyczne było dostarczane przez podmioty prywatne. Przestrzegano zasad sanitarnych. Każdej osobie zakładano oddzielną kartę zdrowia.	Powstał po kilku dniach, były tam wydawane paczki humanitarne z produktami pierwszej potrzeby dla osób z zewnątrz lub opuszczających punkt. W paczkach były towary nadwyżkowe z magazynów. Osoby, które korzystały z pomocy humanitarnej, nie mogły wchodzić do namiotu.	Uchodźcy i uchodźcy mogli zostawić swoje dzieci w punkcie. Był on wyposażony w miejsce do karmienia piersią i salę zabaw. W punkcie pomagali wolontariusze, a potem opiekunki, które zajmowały się dziećmi.	Weterynarze i technicy byli zapewniani przez NGO-sy. W drobnych zabiegach pomagali niewykwalifikowani wolontariusze. Każdemu zwierzęciu zakładano kartę. Poważne przypadki były kierowane do kliniki weterynaryjnej, natomiast drobne zabiegi, podawanie suplementów zapewniano w punkcie.
Aktorzy	NGO: koordynacja na początku (I etap). Prywatna firma: koordynacja punktu medycznego (II etap). Urząd wojewódzki: nawiązanie współpracy z medykami.	Wolontariusze: wydawanie i przygotowywanie paczek humanitarnych. Fundacja X: utworzenie i koordynacja namiotu.	Wolontariusze: koordynacja i dbanie o bezpieczeństwo dzieci (I etap). NGO: koordynacja i zapewnianie opiekunek dla dzieci (II etap). Urząd wojewódzki: nawiązywanie współpracy z organizacją, która podejmie się koordynacji punktu.	Wolontariusze: pomoc przy drobnych zabiegach. NGO: koordynacja punktu.
Problemy	<ul style="list-style-type: none"> • Brak sił przerobowych. • Brak miejsca na leki. • Działanie na granicy prawa (podawanie leków, robienie zabiegów). • Brak osób mówiących po rosyjsku / ukraińsku. 	<ul style="list-style-type: none"> • Osoby podszycujące się pod uchodźców. • Wolontariusze zabierający z magazynów produkty, które kończyły się w białym namiocie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niekompetentne opiekunki. • Brak kontroli nad osobami, które wchodziły i wychodziły. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak osób mówiących po rosyjsku / ukraińsku. • Brak pomocy ze strony Inspekcji Weterynaryjnej. • Wykraczanie poza kompetencje (np. niewykwalifikowani wolontariusze robili zastrzyki zwierzętom).

Obok kwestii dotyczących koordynacji i roli poszczególnych aktorów interesowały nas również opinie na temat: poczucia odpowiedzialności, działań podejmowanych w punkcie czy pojawiających się konfliktów. Niezwykle ważnym aspektem okazały się cele, do których dążyli poszczególni aktorzy, wynikające z wyznawanych przez nich wartości, tj. zapewnienie bezpieczeństwa czy wywiązywanie się z zadań. Wielowątkowość badania zaowocowała opracowaniem materiału empirycznego w ramach trzech obszarów: roli aktorów i logiki ich działania; problematyki odpowiedzialności i koordynacji działań; konsekwencji z tego wynikających.

Wyniki analiz

Rola aktorów w Punkcie X. Wspólne cele, różne logiki działania

Przedstawiciele zarówno administracji, jak i wolontariuszy i organizacji pozarządowych deklarowali, że kierują się przede wszystkim chęcią niesienia pomocy ofiarom wojny.

Przedstawiciele poszczególnych grup na poziomie osobistym odbierali zaistniałą sytuację bardzo podobnie, co przekładało się na empatyczną postawę spowodowaną między innymi doświadczeniem silnych emocji, które odczuwali w momencie pojawienia się pierwszych uchodźczyń i uchodźców w Punkcie X:

Jestem też przekonana, że to jest taki ludzki odruch serca, taka zwykła empatia [...] Ale jak tak patrzyłam na wolontariuszy, jak oni to przeżywali, oni tam trzymali się dzielnie [wolontariuszka 1].

[...] wymagało nie lada poświęcenia od samych urzędników, którzy nie musieli tego robić, ale to robili, bo czuli taką potrzebę po tym, co tam zobaczyli [przedstawicielka urzędu wojewódzkiego].

Doświadczenie sytuacji przełożyło się na osobiste zaangażowanie i podobne motywacje – żaden z rozmówców nie miał wątpliwości co do potrzeby niesienia pomocy, każdy z nich kierował się dobrem uchodźczyń i uchodźców. Personalne motywacje nie przekładały się jednak na podobieństwo celów „operacyjnych”. Każda z grup aktorów w swoich działaniach przyjmowała inne priorytety.

Wolontariusze. Od pierwszego dnia uruchomienia Punktu X działali w nim wolontariusze, którzy przyszedli „z ulicy” lub trafili tam na zaproszenie wcześniej zaangażowanych w pomoc znajomych. Po kilku dniach osoby, które codziennie pomagały w punkcie, zintegrowały się i przejęły rolę koordynujących pracę nowo pojawiających się wolontariuszy. W tym celu utworzono między innymi stronę i grupę dedykowaną w mediach społecznościowych, na której zawieszono grafik dyżurów. W grupie tej wyłoniła się również liderka, która odpowiadała za podział i delegację zadań,

pełniła rolę reprezentanta wolontariuszy i stała się ich głównym głosem w mediach. Z jej wypowiedzi wynika, że organizacja wolontariuszy w punkcie recepcyjnym przypominała strukturę korporacyjną, w której można było wyodrębnić „kadrę menedżerską”, składającą się ze stale przebywających w punkcie wolontariuszy nadzorujących działania, „specjalistów” od poszczególnych „działów pomocy”, zajmujących się bardzo konkretnymi obszarami wsparcia, czy „pracowników szeregowych”, tj. wolontariuszy tymczasowych:

[...] w tym pierwszym tygodniu było zarządzane wszystko przeze mnie, miałam koordynatorów na miejscu [...] Byli ci koordynatorzy główni, którzy przekazywali sobie informacje, no i koordynatorzy poszczególnych działów, i wszyscy wolontariusze, byli to różni ludzie, niektórzy przychodzili na stałe, angażowali się w różne rzeczy [...] ale przychodzili też ludzie na dwa, trzy dni, jak mogli, to przyszli [liderka wolontariuszy].

Formująca się w grupie wolontariuszy struktura spowodowała, że każdy miał przypisaną odpowiedzialność za konkretne zadania. Wyodrębniony został między innymi dział dostaw, zajmujący się pozyskiwaniem zasobów i ich logistyką, oraz dział wydawania pomocy rzeczowej: artykułów higienicznych, ubrań, walizek, czy dział wydawania żywności. Grupa wolontariuszy nie organizowała wyspecjalizowanych punktów, na przykład medycznego, chociaż pomagała w jego postawieniu. Liderka i koordynatorzy główni monitorowali przede wszystkim stan zasobów, w tym liczbę potrzebnych do pracy wolontariuszy, kontaktowali się również z darczyńcami i innymi aktorami działającymi w Punkcie X. Specjalizacja wolontariuszy spowodowała, że byli oni nastawieni przede wszystkim na realizację wyznaczonego zadania i osiągnięcie rezultatu w swoim obszarze, co pozwalało na wydajniejszą pracę:

Jak już dostaliśmy te listy [zadań] i zaczęliśmy na nich bazować, no to zaczęło to mniej czasu zajmować, coraz mniej [koordynatorka wolontariuszy].

Integracja wolontariuszy była możliwa dzięki wspólnemu celowi – chęci niesienia pomocy i dostrzeżenia, że pomoc jest niezbędna. Z upływem czasu cel ten uległ modyfikacji i został skorygowany o nabyte doświadczenie z pomagania. Liderka wolontariuszy i koordynatorzy weszli w role profesjonalistów, których celem była nie tylko pomoc uchodźcom, ale „pomoc z głową”. Przejawem tego było ustanawianie i przestrzeganie reguł pomocy, związanych między innymi z ograniczeniem wydawania pomocy rzeczowej dla uchodźczyń i uchodźców. Reguła ta nie wynikała wyłącznie z tego, że niektórych zasobów było zbyt mało. Dochodziło bowiem do kradzieży i oszustw, a reguły miały chronić przed nierówną i niesprawiedliwą dystrybucją:

[...] okazało się, że na wydawce walizkowej stał młody chłopak, i jak pani przyszła i powiedziała, że chce cztery walizki, to on dał. I tłumaczyliśmy, że nie wie, czy tam są cztery osoby, po jednej walizce na osobę, potem się okazało, jak ta pani wyjeżdżała, że nie było tam czwórki osób [...] [koordynator wolontariuszy].

Zasada profesjonalizmu kolidowała także ze zbyt empatyczną postawą wobec uchodźców. Koordynatorzy dostrzegali, że udzielanie pomocy musi być urealnione i nie ma tam przestrzeni na emocje:

Myślę, że to serce za bardzo rządziło tymi wolontariuszami [...]. Ja jestem w stanie zrozumieć, że ktoś ma ogromne serce do pomagania, do niesienia pomocy wszystkim, ale wszystkim pomóc się nie da [koordynator wolontariuszy].

Niekiedy dochodziło nawet do sytuacji, w których odsyłano wolontariuszy do domu, uznając ich za nieprzydatnych z uwagi na ich emocjonalne podejście do sytuacji:

[...] Miałam wolontariuszy, którzy przychodzili i płakali, nie byli w stanie kroku zrobić, nic nie pomagali. Pokazywałam im drzwi, mówiłam: nie pomagacie [liderka wolontariuszy].

Wraz z upływem czasu zmęczenie, frustracja i stres wolontariuszy powodowały, że poziom empatii się obniżał. Niektórzy otwarcie krytykowali „zbyt opiekuńcze” podejście do udzielania pomocy, twierdząc, że profesjonalna pomoc nie powinna zwalniać uchodźców z ich starań o poprawę sytuacji:

Natomiast moje doświadczenie mi mówi, że trzeba to robić z głową, cała ta sytuacja z Ukrainą nam pokazała, że my pomagać z głową nie umiemy [...]. Pomagać z głową to znaczy, że my mamy wesprzeć człowieka, ale też nauczyć go stać na własnych nogach i żeby sobie radził, a nie wyręczać go we wszystkim [wolontariuszka].

Administracja wojewódzka. Zupełnie odmienną logiką działania kierowali się przedstawiciele urzędu wojewódzkiego, wyznaczeni do koordynowania działań punktów recepcyjnych. Koordynatorzy Punktu X zostali postawieni przed zadaniem, które wymagało od nich działań wykraczających poza ich kompetencje służbowe i dotychczasowe ramy pracy. Główny koordynator miał doświadczenie wojskowe, co było – jego zdaniem – przyczyną, dla której został wytypowany do koordynowania pracy w punkcie recepcyjnym. Do jego codziennych zadań w urzędzie należały sprawy, które nie miały bezpośredniego powiązania z kryzysami uchodźczymi. Druga koordynatorka, która dołączyła w późniejszym etapie funkcjonowania Punktu X, miała doświadczenie w służbach bezpieczeństwa i w urzędzie wojewódzkim zajmowała się kwestią ochrony obiegu informacji.

Zadania koordynatora w początkowym etapie działania punktu recepcyjnego skupiły się głównie na realizacji wytycznych wynikających z planu zarządzania kryzysowego, tzn. dostosowania obiektu do potrzeb uchodźców – zapewnienia łóżek i urządzenia pomieszczenia. Realizacja tych zadań nie sprawiała większych trudności. Koordynatorzy dysponowali w tym zakresie zasobami z rezerw materiałowych wojewody i możliwością pomocy ze strony wojsk obrony terytorialnej (WOT). Problem stwarzały jednak pozostałe obszary, tj. zapewnienie wyżywienia i artykułów

higieny osobistej, punkty medyczne itd. W tym zakresie koordynatorzy nie dysponowali żadnymi zasobami, a plan zarządzania kryzysowego nie przewidywał szczegółowych rozwiązań:

- No właśnie, czy były tu w urzędzie jakieś procedury na taką lub podobną sytuację?
- Nie było. Były takie rzeczy, jak powódź, zerwanie dachu, wichura, ptasia grypa, jakieś inne, podobne zdarzenia kryzysowe, ale kryzys związany z uchodźcami pierwszy raz mieliśmy [koordynator urzędu wojewódzkiego].

[...] wojewoda udostępnił je [obiekty] i zostało tam otwarte, ale wszystko musieliśmy zorganizować sami. O ile wojewoda dysponuje ze względu na kryzys, wojny, nie wiem... jakąś infrastrukturą w sensie łóżka, koce itd., to już żadnymi materiałami, finansami nie dysponował [pełnomocnik wojewody ds. NGO].

Z uwagi na niewielkie zasoby kadrowe i brak szczegółowych wytycznych co do tego, jak powinni działać, urzędnicy, jak sami twierdzili, improwizowali, co okazało się niezbędne w pierwszych dniach działania punktu, kiedy panował chaos:

Ja zastałam tam chaos, ale nie było to zamierzone, wynikało to z organizowania tego miejsca w trakcie napływu tych ludzi. I nie jest to proste, że nagle stoi tam sto osób czekających w kolejce, zziębniętych, niepewnych jutra [koordynatorka UW].

Należy podkreślić, że, urzędnicy zaangażowali się w pomoc osobiście, z własnych pobudek, poświęcając swój prywatny czas na realizowanie zadań w punkcie recepcyjnym i, podobnie jak inni wolontariusze, ponosili koszty tej pomocy:

[...] to wymagało nie lada poświęcenia od samych urzędników, którzy nie musieli tego robić, ale to robili, bo czuli taką potrzebę, zostawali po godzinach, często do dwudziestej drugiej [koordynator UW].

Jednocześnie urzędnicy starali się wywiązywać z obowiązków służbowych. Koordynatorzy z urzędu niejednokrotnie podkreślali, że priorytetem jest kwestia zapewnienia bezpieczeństwa w obiekcie. Pod hasłem „bezpieczeństwo” rozumiano nie tylko zapewnienie fizycznej ochrony uchodźców, ale też eliminację ryzyk związanych z niedoborami zasobów żywności czy artykułów higienicznych w długiej perspektywie, dbanie o zapewnienie podstawowych urządzeń w obiekcie, na przykład pralki, czy monitorowanie sytuacji uchodźców:

Przede wszystkim trzeba było zrobić wizję lokalną obiektu, infrastruktury, pomieszczeń, zrobić przegląd całego obiektu pod kątem zabezpieczenia tych osób. [...] musieliśmy to wszystko uporządkować, nie mogliśmy tego wszystkiego przyjmować w taki niekontrolowany sposób, zwłaszcza żywności przynoszonej z zewnątrz, musieliśmy to ograniczyć, mając na uwadze względy bezpieczeństwa [koordynator UW].

Pod hasłem bezpieczeństwa kryło się również dbanie o standardy porządku i jego utrzymanie w obiekcie do czasu zamknięcia. Pojęcie porządku było rozumiane w kategoriach kontroli nad sytuacją w obiekcie i dotyczyło między innymi monitorowania liczby uchodźczyń i uchodźców (rejestrowania i wyrejestrowywania), nadzoru działań organizacji pozarządowych i wolontariuszy:

[...] byliśmy odpowiedzialni za bezpieczeństwo w pełni tego słowa znaczeniu, nie tylko za osoby, które tam stały, ale i za tych, co się poruszali po obiekcie. Trzeba było dokonać rejestracji wszystkich wolontariuszy [koordynatorka UW].

Organizacje pozarządowe – Fundacja X. Spośród organizacji pozarządowych w punkcie wyróżniała się Fundacja X, która włączyła się w działania po 10 marca 2022 roku. W tym wypadku można mówić o profesjonalnym podejściu do organizacji działań pomocowych. Przede wszystkim Fundacja X dysponowała znacznymi zasobami, które pozwalały na szerokie i długofalowe działania. Dotyczyło to zarówno zasobów materialnych, jak i wolontariuszy:

Fundacja wzięła na siebie ciepłe posiłki i całe wyżywienie, i cały wolontariat, i cała struktura opierała się o nich... Fundacja X ogarniała wszystkie systemy, sale magazynowe, punkty medyczne, sanitarne, opaski dla wolontariuszy [koordynatorka UW].

Wprowadziliśmy system zmianowy, który działał siedem dni w tygodniu, dwadzieścia cztery na dwadzieścia cztery, przez pięć tygodni, ponad dwustu czterdziestu naszych wolontariuszy działało w punkcie recepcyjnym [koordynatorka Fundacji X].

Fundacja X dysponowała również profesjonalną kadrą, która miała wcześniejsze doświadczenie w organizowaniu działań pomocowych. Koordynatorzy Fundacji X potrafili delegować zadania, układać grafiki wolontariuszy, zarządzać poszczególnymi punktami usługowymi, a także wprowadzać innowacyjne rozwiązania:

pomysł z opaskami był super [...] pokazywały, kto kiedy przyjechał, mieliśmy daty i wiedzieliśmy potencjalnie, kiedy wyjedzie, bo ta rotacja postępowała, ale mieliśmy też opaski dla osób z pomocy humanitarnej [koordynatorka Fundacji X].

Niektórzy rozmówcy określali rozwiązania wprowadzone przez Fundację X w kategoriach „sprawnie działającego przedsiębiorstwa”, które operuje w sposób otwarty i reaktywny:

Zbudowaliśmy... niektórzy się śmiali, że to taka korpostruktura, ale nam to bardzo ułatwiało pracę, wiedzieliśmy, co się dzieje bezpośrednio w każdym z miejsc, mogliśmy odpowiednio zareagować” [koordynatorka Fundacji X].

Powyższe obserwacje dotyczące logik działania aktorów prowadzą do wniosku, że w przypadku pomocy uchodźczynom i uchodźcom z Ukrainy mamy do czynienia

z pozornością wspólnoty celów i dążeń. Na poziomie praktyki wsparcia ujawniały się raczej mikrocele i różnice w sposobach pojmowania tego, jak należy je realizować. Największa różnica była widoczna między wolontariuszami z grupy nieformalnej a przedstawicielami administracji. Obie te grupy miały inną wizję ujarzmienia chaosu, jaki wyłaniał się w pierwszych dniach funkcjonowania punktu recepcyjnego. Wolontariusze byli nastawieni na szybkie i efektywne rozwiązywanie problemów i osiągnięcie celu, jakim było zapewnienie pomocy uchodźcom w sposób możliwie najbardziej efektywny. Z kolei dla urzędników priorytetem stało się długofalowe działanie, dążenie do ustabilizowania sytuacji i jej „zabezpieczenia”. Na tym tle wyróżniała się Fundacja X, która prezentowała się jako profesjonalny aktor, potrafiący sprostać oczekiwaniom administracji i włączyć w proces organizacji pomocy wolontariuszy. Różne logiki działania aktorów powodowały też, że inaczej postrzegali problemy, jakie występowały w punkcie recepcyjnym, na przykład dla wolontariuszy problem żywności oznaczał po prostu „szybkie dostarczenie posiłku dla potrzebującego”, podczas gdy dla urzędników priorytetem było bezpieczeństwo tej żywności i zapewnienie stałego, pewnego źródła dostaw.

Koordinacja działań i trudności we współpracy

Dyspozycje, którymi kierowali się poszczególni aktorzy w zakresie działań pomocowych w punkcie recepcyjnym, miały swoje przełożenie na ich wzajemny stosunek. W analizie wzięto pod uwagę to, jak kształtowały się relacje między aktorami zarówno w I etapie trwającym do momentu medialnej eskalacji konfliktu od 9 do 11 marca, jak i w II etapie, który rozpoczął się wraz z wprowadzeniem Specustawy (12 marca) i trwał do zamknięcia punktu recepcyjnego X. Podział na etapy był zauważany przez naszych rozmówców. Z ich wypowiedzi wynikało, że po 12 marca nastąpiła zmiana, która niewątpliwie wpłynęła na dalszy sposób współpracy w Punkcie X.

Etap I – rozproszenie odpowiedzialności i powstanie konfliktu

Pozycje aktorów działających w Punkcie X były określane przede wszystkim przez ich zasoby i możliwość swobodnego działania. W pierwszym etapie pozycja administracji w tym zakresie była wyraźnie słaba: nie istniały procedury, które pozwalałyby uregulować współpracę z darczyńcami czy organizacjami pozarządowymi, brakowało zasobów, w tym rąk do pracy, a przepływ informacji był utrudniony. Brak procedur w planie zarządzania kryzysowego dotyczył wytycznych, które wskazywałyby, jak postępować w sytuacji masowego zaangażowania obywateli w działania pomocowe. Procedury planu przewidywały jedynie rolę urzędu wojewódzkiego i służb bezpieczeństwa w organizacji samego obiektu, nie dając żadnych wskazówek dotyczących zarządzania pracą innych zaangażowanych w działania pomocowe. Brakowało wytycznych, które pozwalałyby na zawieranie umów w trybie pozakonkursowym

z organizacjami pozarządowymi lub firmami w zakresie dostarczania żywności czy artykułów higienicznych. Nieuregulowana była kwestia wolontariatu i umów z wolontariuszami. Nie istniały także rozwiązania, które pozwalałyby na monitorowanie sytuacji wewnątrz punktów recepcyjnych, tj. rejestrowania przybywających czy wyjeżdżających uchodźców, wolontariuszy, ewidencji stanu zasobów itp.

Brak rozwiązań proceduralnych nie oznaczał, że przedstawiciele urzędu nie mieli kompetencji i nie potrafili zorganizować pomocy, której od nich oczekiwano, w sposób skuteczny – problemem była implementacja rozwiązań w sposób zapewniający ich legalność. Mimo sytuacji kryzysowej urzędnicy nie zostali zwolnieni z obowiązku przestrzegania przepisów. Ich działania jako pracowników państwowych były uzależnione od oficjalnej struktury decyzyjnej:

Proszę mi wierzyć, w przypadku urzędników i administracji, jeżeli nie będzie pan postępował zgodnie z wytycznymi, z przepisami, to zostaniemy pociągnięci do odpowiedzialności [koordynatorka UW].

W niektórych sytuacjach koordynatorzy urzędu decydowali się na podjęcie ryzyka i działanie w sposób, którego nie zweryfikowali pod kątem zgodności z przepisami. Działania te były uzasadnione pilną potrzebą, aczkolwiek dotyczyły obszarów, w których popełnienie błędu nie byłoby zbyt kosztowne:

Czasami musieliśmy reagować, łącznie z tym, że musieliśmy wysłać niektóre osoby do zakładów psychiatrycznych, co nie było łatwe, bo procedury na szczeblu państwa nie były przystosowane do rzeczywistości. No i tu też trzeba było kombinować [koordynator UW].

W innych przypadkach przeważało podejmowanie decyzji bezpiecznych z punktu widzenia odpowiedzialności osobistej:

- Czy ktoś od państwa, czy wolontariusze lub ktoś z organizacji prowadził jakieś katalogi tych rzeczy, które przychodziły?
- My nie mogliśmy tego robić, bo jesteśmy urzędnikami, chodzi o ochronę danych osobowych. Ale nie mogliśmy sobie robić grafików w chmurach, gdzie tam zagląдают ludzie, przesuwają jak chcą, i to już robili oddolnie wolontariusze czy organizacje [przedstawicielka UW].

Przy braku procedur koordynatorzy działali według wystosowanych przez rząd ogólnych wytycznych, które odnosiły się do nawiązywania współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz wolontariuszami w celu pozyskania zasobów i rąk do pracy.

Ograniczone możliwości decyzyjne koordynatorów UW i niewielka liczba pracowników urzędu wydelegowanych do działań pomocowych pozwoliły zagospodarować przestrzeń działań w punkcie recepcyjnym X przez grupę wolontariuszy. Do pomocy zgłosiło się wiele osób chcących działać w punkcie oraz darczyńców,

którzy przekazywali produkty pierwszej potrzeby. Wolontariusze mieli zasoby pozwalające na organizowanie wsparcia – stanowili faktyczną siłę roboczą, bez której działania pomocowe nie mogłyby być realizowane, nie byli ograniczeni przepisami, co pozwalało im na prowadzenie działań w bardziej elastyczny sposób niż urzędnikom. Ponadto okazało się, że część z nich ma doświadczenie w wolontariacie i potrafiła sprawnie organizować własną pracę:

Ja tam wieloma rzeczami kierowałam, ale ci ludzie, którzy przyszli, ci wolontariusze, to były osoby mocno sprytnie i rozgarnięte, i sami układali, organizowali, biegali cały dzień [liderka wolontariuszy].

Liderka wolontariuszy doskonale zdawała sobie sprawę z sytuacji, w jakiej znajdowali się urzędnicy koordynujący punkt recepcyjny:

Była jedna osoba z urzędu decyzyjna, tylko to nie było tak, że ona miała plan na to miejsce, że tu będzie to, tu będzie to. Było tak – my przychodziliśmy z propozycjami, no i dobra, to idźcie i zróbcie. Gdzieś tam zarządzała tym miejscem, ale bez nas nie miałyby czym zarządzać [liderka wolontariuszy].

Z czasem znacznie większa niż się spodziewano liczba uchodźców zaczęła generować problemy, na które nie byli przygotowani koordynatorzy UW: problem ze znalezieniem dodatkowych łóżek, z czystością obiektu, higieną czy kradzieżami. Istotnym problemem stało się też zarządzanie zasobami pochodzącymi z darów: jednych produktów było zbyt mało, na przykład medycznych czy niektórych rodzajów żywności, a innych był nadmiar.

Mieliśmy ogromną ilość śmieci, to jest ta osobna część, o której mówiłam, odruch serca mieszkańców miasta, którzy uważali, że mogą tu wszystko przynieść i zostawić, i nie mogliśmy temu przeciwdziałać, bo potem hejt, że ja przynoszę tu spodnie, a oni nie chcą [koordynatorka UW].

Pojawiające się problemy i przeciążenie sytuacją przełożyły się na jakość współpracy z wolontariuszami. Deklarowali oni, że urzędnicy nie wspierają ich w organizacji działań, o czym świadczyło między innymi niewywiązywanie się z obietnic:

Była wyznaczona jedna osoba [z urzędu] do ogarniania żywności [...]. No i ja nie mogłem przez pół dnia się do niej dodzwonić, no i miałem głodnych uchodźców, bo [...] to obiecanie jedzenie nie przyszło [koordynator wolontariuszy].

Ponadto dochodziło do sytuacji niebezpiecznych, kiedy obywatele pomagający w punkcie sami musieli interweniować i wypraszać agresywnych ludzi na zewnątrz. Liderka wolontariuszy wspomina o zdarzeniu, w którym urzędnik nie podjął żadnych działań, by załagodzić sytuację zagrażającą innym osobom przebywającym w obiekcie:

Pamiętam, że podeszłam do urzędnika z UW i mówię – L., oni tam ciągną za koszulkę i lecą z łapami, proszę cię, podejdź do niego i go wyproś. [...] A on przez trzy, cztery godziny chodził wokół tego chłopaka i nic nie zrobił. [...] Wreszcie ja podeszłam i powiedziałam brzydkimi słowami, że ma wyjść stąd i dziękujemy za współpracę [koordynatorka wolontariuszy].

Wolontariusze twierdzili, że zarówno wojewoda, jak i pracownicy urzędu unikają odpowiedzialności za organizację wsparcia. Dotyczyło to przede wszystkim tych obszarów, w których nie czuli się pewnie co do posiadanych kompetencji, między innymi w kwestii bezpieczeństwa uchodźczyń i uchodźców czy legalności niektórych działań. Wolontariusze mieli komunikować swoje obawy koordynatorom z urzędu, którzy pozostawali w ich przekonaniu „głusi” i „bierni”:

Ja alarmowałam urzędników, z którymi pracowałam, mówiłam, super się bawimy, tylko w momencie, jak coś się stanie, jak kogoś zgwałcą, jak ktoś umrze, jak jakieś dziecko zostanie porwane itp., to ja za to nie wezmę odpowiedzialności, bo to jest wasza odpowiedzialność, bo to wy otworzyliście to miejsce, zorganizowaliście, aby ludzie mogli tu mieszkać, my wam pomagamy we wszystkim, robimy za was całą robotę, ale odpowiedzialności za was nie weźmiemy [liderka wolontariuszy]

Wymienione incydenty spowodowały brak zaufania do urzędników i utratę wiary w sprawczość administracji. W końcu doszło do eskalacji konfliktu. Liderka skontaktowała się z dziennikarzami i opowiedziała im o całej sytuacji. W opinii koordynatorów UW liderka wolontariuszy chciała przedstawić pracowników urzędu w niekorzystnym świetle i miała zakłamywać rzeczywistą sytuację, co było motywowane dbaniem o jej „karierę medialną”:

[W punkcie] powstała niefajna sytuacja, [...] znana blogerka stwierdziła, że dzięki niej powstał [Punkt X], wylansowała się na [nim], zachowania tej pani były skrajnie nieodpowiedzialne. Podam panu jeden przykład; [...] pani miała swoich wolontariuszy [w punkcie] i zlecała im różne zadania, jednym z takich zadań było opróżnienie regału w magazynie, zrobienie zdjęcia pustego regału, i ten pusty regał pojawił się na stronach internetowych i w mediach społecznościowych, że [w punkcie] nie ma żywności. I tak wygląda ta prawda, ta druga strona medalu [koordynator UW].

Z kolei liderka wolontariuszy reakcję wojewody i urzędników na konflikt medialny oceniła jako działanie na rzecz wizerunku, a nie pomoc uchodźczynom i uchodźcom:

Urząd jest to instytucja mocno propagandowa i strasznie zakłamana itp., więc spodziewajcie się innej wersji, że to oni wszystko zrobili, że od początku wszystkiego pilnowali, na sto procent [liderka wolontariuszy].

Wojewoda zinterpretował całą sytuację jako problem „braku kontroli”, czego efektem było wprowadzenie środków zaradczych w postaci drugiego koordynatora.

W przeciwieństwie do niektórych działających w I etapie przedstawiciele urzędu, którzy postrzegali wolontariuszy jako „aktora niezależnego”, nowy koordynator dostrzegł potrzebę uregulowania ich roli i zaklasyfikowania ich do kategorii „pracowników wojewody”:

Od początku było powiedziane, że we wszystkim decydem jest wojewoda, i wy wszyscy, pomagając tutaj, pracujecie na jego rzecz, i to było jasne. Ciężki to był orzech do zgryzienia, ciężko to było przełknąć niektórym, ale ktoś musiał to spiąć w całość, uporządkować, nadać temu ramy, to będzie się nam wszystkim lepiej pracowało [koordynator UW].

Wolontariusze nie czuli się dobrze w sytuacji, w której mieli być podlegli decyzjom wojewody. Z jednej strony wynikało to z przekonania o „braku kompetencji” urzędników do skutecznego zarządzania procesem pomagania, a z drugiej z problemami w komunikacji z koordynatorką wyznaczoną przez wojewodę (czyli L.):

Zwłaszcza L. [koordynatorka UW] była bardzo chętna do podejmowania szybkich decyzji, które nie były oparte o przesłanki zdroworozsądkowe, i to nam utrudniało to funkcjonowanie. W teorii tak, powinniśmy mieć akceptację na wszystko, ja powinienem biec do L. To było dwadzieścia decyzji w pół godziny, i jeżeli miałbym dzwonić, konsultować, co się dzieje, to nie miało prawa bytu po prostu. [...]. Powiedziałem to, ona nakrzyczała na mnie, delikatnie mówiąc, że kim ja jestem, żeby podejmować decyzję, że wolontariusze żadnych decyzji nie podejmują, pamiętam, jak kilka razy wykrzyczała mi to w twarz [wolontariusz].

Etap II – współpraca w warunkach ograniczonego zaufania

Etap drugi rozpoczął się wraz z opublikowaną 12 marca 2022 roku Specustawą, która wprowadziła kilka zapisów niezwykle istotnych dla organizacji punktów recepcyjnych. Przede wszystkim odblokowała środki finansowe, dając wojewodzie możliwość udzielania dotacji organizacjom pomagającym uchodźcom w trybie pozakonkursowym, dzięki czemu administracja wojewódzka zyskała większe uprawnienia i dostęp do zasobów, a tym samym wzmocniła swoją pozycję względem innych aktorów działających w punktach recepcyjnych. W efekcie doprowadziło to do zaproszenia przez wojewodę różnych organizacji do działania w Punkcie X, w tym Fundację X.

Organizacje, które pojawiły się w drugim etapie funkcjonowania punktu, nie wzbudzały zaufania wolontariuszy. Liderka wolontariuszy była zdania, że po aferze medialnej punkt stał się popularnym miejscem, w którym warto było się pokazać jako NGO. Według niej organizacje, które pojawiły się w drugim etapie, robiły to dla osiągnięcia własnych korzyści:

Z mojego doświadczenia wynika, że w takich instytucjach zarabia się podwójnie, są inne standardy. To żadne odkrycie, żadna nowość, przy takich okazjach bierze się

swoich ludzi, aby się podzielić kasą, i to jak świat stary, zawsze tak było, w Polsce jest to nagminne. Więc kto miał na tym zarobić, to zarobił [liderka wolontariuszy].

Nie tylko wolontariusze byli zdania, że NGO-sy wykorzystują sytuację wojny do zdobycia popularności. Również urzędnicy zauważyli, że w punkcie pojawiły się organizacje chcące pokazać się publicznie:

Wprost mówiąc, są organizacje, które są bardziej medialne, o ich działaniach było słyhać w mediach, bo same dbały o to, żeby wystąpić przed kamerami czy w radiu [...] [koordynator UW].

Fundacja X wyróżniała się jednak spośród pozostałych organizacji i wzbudzała zaufanie wolontariuszy. Wynikało to bezpośrednio z profesjonalnego podejścia koordynatorów Fundacji, którzy dali dużą niezależność wolontariuszom, zaufali im w zakresie prowadzonych działań i docenili ich starania. Nie dążyli do zastąpienia już istniejących rozwiązań, tylko zaadaptowali je na własne potrzeby, prowadząc przy tym dialog z wolontariuszami:

Ufaliśmy [wolontariuszom], przecież nikt nad nikim nie będzie stał i mówił, co ma robić. Przecież oni się tym zajmują, jeżeli robią to lepiej, to czemu nie? [...] jeśli chodzi o wolontariuszy, którzy przychodzili z miasta, z tej grupy facebookowej, to oni mieli swój harmonogram i nad nim czuwała ekipa M., i ona niesamowity zasięg osiągnęła, [...] i mieli kilka osób, które były do tego wyznaczone, wiedzieli, kto kiedy przychodzi, jakie mają zmiany, kto przychodzi wcześniej, kto kiedy otwiera, kto zostaje na noc. Dążyliśmy do tego, aby to scalić, żeby mieć jeden wspólny plik z grafikami i żeby razem móc rotować i się uzupełniać, to nie było tak znowu oddzielnie [koordynatorka Fundacja X].

Pozycja Fundacji X wynikała bezpośrednio z tego, że dysponowała znacznymi zasobami, a jej uczestnictwo było legitymizowane decyzją samego wojewody. Dla koordynatorów urzędu wojewódzkiego był to sygnał, że jest to organizacja, której można powierzyć część odpowiedzialności za realizację niektórych zadań.

[...] potem weszliśmy we współpracę z Fundacją i my jako koordynatorzy powiedzieliśmy, czego oczekujemy i czy oni mogą to, to i to nam zorganizować, w takiej a takiej formie, i oni weszli w tą współpracę [...] tu rozmawialiśmy z osobami z Fundacji, które organizowały już takie akcje, usiedliśmy do rozmów, co możemy zrobić, jak to widzimy, oni się pochyliłi nad naszymi propozycjami, naszymi prośbami, przedstawili nam różne rozwiązania i to wdrożyliśmy [koordynatorka UW].

Silna pozycja Fundacji X i dążenia jej koordynatorek do integracji działań poszczególnych aktorów nie zażegnały konfliktu między wolontariuszami a urzędnikami, aczkolwiek powstrzymały jego eskalację. Dzięki temu możliwe było dalsze współdziałanie aktorów w punkcie mimo dającej się odczuć napiętej atmosfery i ograniczonego zaufania. Ostatecznie jednak brak jasnej struktury odpowiedzialności i podziału kompetencji między aktorami, chociaż nie wpłynął ostatecznie na

jakość pomocy, kosztował utratę zaufania wolontariuszy do wojewody i jednostek administracji publicznej. Wolontariusze opuszczali Punkt X z poczuciem zawodu i bycia wykorzystanymi przez administrację:

Jeśli chodzi o urząd, to ja myślę, że dla nich to było wygodne, że przyszliśmy, to było dla nich dobre, że wzięliśmy na siebie tyle odpowiedzialności... [wolontariuszka].

Dyskusja

Głównym celem rozdziału była analiza procesu kooperacji administracji państwowej i aktorów społecznych (organizacji pozarządowych, wolontariuszy) w zakresie działań pomocowych prowadzonych w jednym z punktów recepcyjnych dla uchodźców i uchodźczyń z Ukrainy. Punkt recepcyjny X był przestrzenią, w której pod presją czasu i oczekiwań społecznych, w sytuacji masowego napływu osób wymagających natychmiastowej pomocy i bez możliwości wcześniejszego przygotowania przedstawiciele administracji i zwykli obywatele byli w stanie utworzyć strukturę oferującą kompleksowe wsparcie i usługi. Wyłonienie się tej struktury kooperacji nie odbyło się bez trudności. Przede wszystkim przedstawiciele państwa zdecydowali się na bardzo otwarty model świadczenia tego rodzaju usługi pomocowej, oparty na wsparciu ze strony aktorów społecznych przy minimalnym (przynajmniej na początku) wkładzie zasobów i roli państwa. Model ten miał swoje zalety i wady. Do pierwszych należy zaliczyć efektywność udzielanej pomocy, między innymi w postaci szybkości organizacji i dystrybucji zasobów pierwszej potrzeby, tj. żywności, artykułów higienicznych. W tym zakresie postawienie na kartę „społeczeństwo obywatelskie” było bardzo dobrym posunięciem, gdyż wolontariusze, organizacje pozarządowe i firmy prywatne stanęły na wysokości zadania i zaangażowały się w działania o wiele bardziej niż się spodziewano. Świadczenie tego rodzaju usług wyłącznie przez administrację mogłoby być wydłużone z uwagi na bariery proceduralne, na przykład związane z zamówieniami publicznymi na odpowiednie materiały, lub z uwagi na brak rąk do pomocy. Ponadto trzeba zaznaczyć, że o ile istniały zasady ogólne organizacji punktów recepcyjnych w planach zarządzania kryzysowego, o tyle nie było rozwiązań, które wskazywałyby, jak organizować poszczególne rodzaje działań czy usług, na przykład magazynów żywności, opieki nad zwierzętami.

Otwartość administracji na pomoc płynącą ze strony aktorów społecznych miała też swoje koszty. Koordynatorzy ze strony urzędu wojewódzkiego nie spodziewali się, że wolontariusze, których zaproszono do pomocy w punkcie recepcyjnym, wejdą w rolę koordynatorów działań. Brak ustalonych reguł współdziałania „na wejściu” i podziału zadań stworzył sytuację organizacyjnej pustki, którą wypełniła liderka wolontariuszy, kierując działaniami według własnego uznania. To kosztowało administrację przede wszystkim utratę pozytywnego wizerunku, niezwykle ważnego dla koordynatorów z urzędu wojewódzkiego i samego wojewody, którzy mu-

siali się tłumaczyć z podjętych działań i braku kontroli nad sytuacją. Brak jasnego podziału obowiązków spowodował sytuację rozproszonej odpowiedzialności, kiedy nikt do końca nie był pewny roli, jaką odgrywa, jaką ma swobodę decyzyjną i jakie konsekwencje może ponieść za swoje decyzje. Dla koordynatorów z urzędu wojewódzkiego była to sytuacja dylematu – z jednej strony czuli presję i oczekiwania ze strony społeczeństwa i przełożonych, z drugiej dysponowali ograniczonymi zasobami i nie mieli gotowych rozwiązań proceduralnych, które chroniłyby ich przed konsekwencjami. To na nich spadła największa odpowiedzialność za organizowane działania w obiekcie przy jednocześnie bardzo ograniczonej możliwości ich kontroli. Z kolei wolontariusze nie byli gotowi do przyjęcia na siebie odpowiedzialności za organizację niektórych działań. W sytuacjach, które ich przerastały, ograniczali się do roli sygnalistów i oczekiwali od urzędników interwencji. Ponadto bezpośrednie doświadczenie z ofiarami wojny, działania w pośpiechu i ogólne przemęczenie pomocą rodziły frustrację, która nie została w porę dostrzeżona przez urzędników i skanalizowana. W konsekwencji, mimo że zarówno przedstawiciele administracji, jak i wolontariusze działali w tym samym celu, padały wzajemne oskarżenia o partykularność interesów, uciekanie się do oszustw i dbanie wyłącznie o własny wizerunek, co wpłynęło niekorzystnie na zaufanie do administracji również nieuczestniczących bezpośrednio w sporze wolontariuszy i aktorów pozarządowych.

Na kooperację również istotnie wpłynęło kierowanie się odmiennymi wartościami i logikami działania przez wolontariuszy oraz organizacje pozarządowe i koordynatorów z urzędu. Ci pierwsi kierowali się potrzebą niesienia pomocy, która zamieniła się w profesjonalne działania nastawione na jak najszybsze i efektywne jej zapewnienie. W przypadku urzędników kluczowa pozostawała kwestia bezpieczeństwa i zapewnienia ciągłości działań w obiekcie. Różnice te uwidaczniały się przy okazji konkretnych działań, tj. organizacji dostarczania żywności, rozrywki dla uchodźców czy rejestracji. O ile w pierwszym tygodniu działania wolontariusze mieli znaczną swobodę w organizowaniu działań po swojemu, o tyle po aferze medialnej koordynatorzy z urzędu wojewódzkiego chcieli narzucić własne reguły w imię bezpieczeństwa i porządku. Z jednej strony działania kontrolne, tj. rejestrowanie wolontariuszy, były potrzebne z uwagi na niebezpieczne sytuacje, do których dochodziło w punkcie recepcyjnym, z drugiej potrzeba kontroli była formą wprowadzenia dyscypliny i zapanowania nad wolontariuszami, których chciano sprowadzić do roli pracowników wojewody.

W późniejszym okresie funkcjonowania punktu recepcyjnego sytuacja uległa znaczącej zmianie, widoczna też była zmiana podejścia państwa i administracji do zarządzania pomocą. Specustawa i ustanowienie funduszu pomocowego w rzeczywistości dawały wojewodzie i pracownikom administracji wysoki zakres swobody decyzyjnej, dzięki czemu mogli oni całkowicie kontrolować proces udzielania wsparcia uchodźczyniom i uchodźcom. Wprowadzenie do punktu recepcyjnego Fundacji X mającej swoich wolontariuszy i zasoby funduszu pomocowego oznaczało dla administracji zmianę reguł gry. Koordynatorzy z urzędu nie musieli już bazować

na darach osób prywatnych czy firm i wsparciu osób niezrzeszonych, co oznaczało, że mieli realną możliwość egzekwowania zasad, które narzucili wolontariuszom, na przykład przez sankcje i wykluczanie ich z pomocy. W praktyce jednak tak się nie stało – Fundacja X okazała się mediatorem w sporze i podeszła profesjonalnie do udziału wolontariuszy, inkorporując ich pomysły i włączając ich w proces decyzyjny dotyczący pomocy. Ostatecznie zatem to rola silnego aktora, mającego zasoby, doświadczenie i legitymizację, okazała się kluczowa dla zaprowadzenia porządku.

Opisywany przypadek punktu recepcyjnego można potraktować jako pewien rodzaj eksperymentu, który przeprowadziła administracja państwowa, szukając odpowiedniej formuły działania w kooperacji ze społeczeństwem. Przedstawiciele administracji dokonali pewnej wymiany – pozostawili pole działań w punkcie recepcyjnym jako otwarte dla aktorów społecznych, w tym zwykłych obywateli, poświęcając swój monopol biurokratyczny w zamian za zasoby i na rzecz skuteczności wsparcia. Jest to zupełnie inne podejście niż do bardziej powszechnego rozwiązania, jakim są obozy dla uchodźców, gdzie administracja ma całkowitą kontrolę nad procesem i rzadko, jeżeli w ogóle, dopuszcza innych aktorów do świadczenia usług. W ogólnym zestawieniu wymiana ta była korzystna dla samych uchodźczyń i uchodźców, którzy nie zostali zamknięci w instytucji i pozostawieni na łaskę wyłącznie funkcjonariuszy publicznych i otrzymali wsparcie na wysokim poziomie. Należy też wyraźnie podkreślić, że każdy z aktorów biorących udział w procesie pomocy był niezbędny do tego, aby wsparcie w punkcie recepcyjnym było świadczone w sposób skuteczny. Obywatele, firmy prywatne czy organizacje pozarządowe działały najlepiej w pierwszych momentach kryzysu, kiedy przedstawiciele państwa nie byli jeszcze gotowi do pełnego działania. Przedstawiciele administracji pilnowali bezpieczeństwa, organizowali obiekty i służby pilnujące porządku, pełnili rolę pośredników w kontaktach i nadzorców – a więc odpowiadali za wszystko, czego sektor obywatelski nie był w stanie zapewnić. W końcu też Fundacja X, która dokonała reorganizacji pomocy, zarządzała wolontariuszami i spełniła oczekiwania administracji wojewódzkiej, okazała się aktorem na tyle elastycznym w działaniu i zasobnym, że dzięki niej możliwe było pogodzenie sporów i sprofesjonalizowanie pomocy w obiekcie.

Wnioski dotyczące procesu deinstytucjonalizacji

Wnioski dotyczące procesu deinstytucjonalizacji wiążą się przede wszystkim z kwestią odpowiedniego przekazu reguł udziału obywateli w procesie świadczenia usług publicznych. Reguły powinny redukować niepewność dzięki jasnemu ustaleniu odpowiedzialności między aktorami. Trzeba pamiętać, że obywatele, podobnie jak wolontariusze, nie zawsze będą profesjonalistami i nie będą rozumieli zasad funkcjonowania systemów pomocowych w taki sposób, jak rozumieją je aktorzy instytucjonalni, tj. administracja czy organizacje pozarządowe. Z drugiej strony obywa-

tele mogą być koproducentami usług, mogą mieć swoje pomysły i doświadczenia i starać się usprawniać proces świadczenia usług. Rolą administracji powinno być stworzenie reguł, które przewidziałyby rolę obywatela na różnych poziomach zaangażowania – od spontanicznego, tymczasowego pomagacza do profesjonalnego, zaangażowanego pomysłodawcy. Reguły te powinny jasno komunikować o kompetencjach decyzyjnych, zakresie odpowiedzialności i ścieżkach komunikacji z innymi aktorami, w tym samą administracją. Powinno to następować zarówno przez włączanie obywateli w procesy decyzyjne dotyczące organizacji danej usługi, jak i przez zachowanie transparentności całego procesu i informowanie o logice, jaka stoi za danym rozwiązaniem. Obywatele, jeżeli mają współtworzyć lub świadczyć usługę publiczną, muszą nie tylko mieć świadomość swoich kompetencji decyzyjnych, ale znać swoją rolę w systemie i być świadomi logiki stosowanego rozwiązania. Bez przekonania o słuszności podejmowanych działań przez samych wykonawców trudno będzie o skuteczne usługi publiczne.



Bibliografia

- Ainsworth Frank, Maluccio Anthony N. (2003), *Towards new models of professional foster care*, „Adoption & Fostering”, t. 27, nr 4, s. 46–50.
- Amable Bruno (2003), *The Diversity of Modern Capitalism*, Oxford UP, Oxford.
- Anastasiou Dimitris, Kauffman James M. (2013), *The social model of disability. Dichotomy between impairment and disability*, „The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine”, nr 38(4), s. 441–459, <https://doi.org/10.1093/jmp/jht026>.
- Andrzejewski Marek (2019), *Przeobrażenia pieczy zastępczej i przysposobienia w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*, w: *Pieczka zastępcza i przysposobienie w polskim systemie prawa*, Jakub M. Łukasiewicz, Rafał Łukasiewicz (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Andrzejewski Marek (2022), *Deinstytucjonalizacja w rozwiązywaniu problemów społecznych w środowisku lokalnym*, w: *Współczesne problemy resocjalizacji. W stronę integracji teorii z praktyką*, Wiesław Ambrozik, Marek Konopczyński (red.), Impuls, Kraków.
- Archer Margaret S. (2013), *Człowieczeństwo. Problem sprawstwa*, tłum. Agata Dziuban, Nomos, Kraków.
- Baptista Isabel, Marlier Eric (2019), *Fighting Homelessness and Housing Exclusion in Europe. A Study of National Policies*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Baran-Furga Helena, Steinbarth-Chmielewska Karina (2012), *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 51–72.
- Baranowski Bohdan (1986), *Ludzie gościńca w XVII–XVIII wieku*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź.
- Bazuń Dorota i in. (2021), *Diagnoza potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w zakresie usług społecznych*, w: *Centrum usług społecznych. Od koncepcji do wdrożenia przepisów ustawy*, Marek Rymśza (red.), Instytut Pracy i Spraw Socjalnych–Kancelaria Prezydenta RP, Warszawa, s. 263–289.

- Bąbska Barbara, Rymsha Marek (2014), *Organizowanie społeczności lokalnej – metodyka pracy środowiskowej*, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Warszawa.
- Berger Peter L., Neuhaus Richard John (1977), *To Empower People. The Role of Mediating Structures in Public Policy*, American Enterprise Institute, Washington, D.C.
- Berkel Rik van i in., (red.) (2017), *Frontline Delivery of Welfare-to-Work Policies in Europe*, Routledge, New York.
- Bigby Christine i in. (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.
- Billis David (2010), *From welfare bureaucracies to welfare hybrids*, w: *Hybrid Organizations and the Third Sector*, tenże (red.), Palgrave Macmillan, Basingstoke–New York, s. 3–24.
- Bitner Maciej i in., (2018), *Postępy deinstytucjonalizacji. Raport*, WiseEuropa – Fundacja Warszawski Instytut Studiów Ekonomicznych i Europejskich–Fundacja Przyjaciółka–Koalicja na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej, Warszawa.
- Blum Richard H. (red.) (1970), *Society and Drugs. Social and Cultural Observations*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Błądowski Piotr (red.) (2021), *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”, Warszawa, https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_DEINSTYTUCJONALIZACJA_OD.pdf.
- Bogusz Renata (2013), *Społeczne reakcje wobec starości – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, w: *Zdrowie i choroba w badaniach socjologicznych prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie 1995–2013*, Włodzimierz Piątkowski (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Lublin, s. 137–153.
- Bovens M.A.P. (1998), *The Quest for Responsibility. Accountability and Citizenship in Complex Organizations*, Cambridge UP, Cambridge.
- Bozzini Emanuela, Enjolras Bernard (2010), *Governing Ambiguities. New Forms of Local Governance and Civil Society*, Nomos, Baden-Baden.
- Brachmann Andreas (2011), *Diskurse zur De-Institutionalisierung. Re-Institutionalisierung statt De-Institutionalisierung in der Behindertenhilfe*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Branden Taco, Pestoff Victor (2006), *Co-production, the third sector and the delivery of public services. An introduction*, „Public Management Review”, nr 8(4), s. 493–501.
- Brodniak Włodzimierz A. (2000), *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Bruijn Hans de, Heuvelhof Ernst (2008), *Management in Networks. On Multi-Actor Decision Making*, Routledge, London–New York.
- Bryderup Inge Marie, Johansen Sofie Aggerbo (2021), *Continuity and coherence for Danish children and young people placed outside their homes – a positive development?*, „Social Work & Society”, nr 19(1), s. 1–18, <https://ejournals.bib.uni-wuppertal.de/index.php/sws/article/view/706/1309>.
- Bucholc Marta (2015), *Format naszych czasów. O książce Mirosławy Marody „Jednostka po nowoczesności”*, „Studia Socjologiczne”, nr 3(218), s. 265–276.
- Bukowski Maciej, Duszczyk Maciej (red.) (2022), *Gościńska Polska 2022+. Jak mądrze wesprzeć Polskę i Polaków w pomocy osobom uciekającym przed wojną w Ukrainie*, WISE Europa, <https://www.migracje.uw.edu.pl/publikacje/cmr-spotlight-war-and-migration-the-recent-influx-from-ukraine-into-poland-and-possible-scenarios-for-the-future-2/>.

- Burawoy Michael (2009), *O socjologię publiczną. Przemówienie prezydenckie z roku 2004*, tłum. Agata Dziuban, w: *Nowe perspektywy teorii socjologicznej*, Aleksander Manterys, Janusz Mucha (red.), Nomos, Kraków, s. 525–561.
- Bruce Maurice (1974), *The Coming of the Welfare State*, B.T. Batsford Ltd., London.
- Canzano Julia (2020), *5 facts about homelessness in Denmark. Blog – Latest News*. <https://borgenproject.org/6-facts-about-homelessness-in-denmark/>.
- Carr-Saunders Alexander Morris (1955), *Metropolitan conditions and traditional professional relationships*, w: *The Metropolis in Modern Life*, Robert Moore Fisher (red.), Russel & Russel, New York, s. 279–288.
- Chmielewski Piotr (2011), *Homo agens. Instytucjonalizm w naukach społecznych*, Poltext, Warszawa.
- Chaczko Krzysztof (2021), *Doświadczenia z deinstytucjonalizacją w Europie Zachodniej i Polsce*, w: *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej*, Mirosław Grewiński, Joanna Lizut (red.), Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom, s. 31–44.
- Chrapkowska-Zielińska Aldona (1996), *Pomoc bezdomnym*, „Opieka – Wychowanie – Terapia”, nr 3, s. 37–40.
- Claassen Dirk, Priebe Stefan (2010), *Ethics of deinstitutionalization*, w: *Ethics in Psychiatry*, International Library of Ethics, Law, and the New Medicine, t. 45, Hanfried Helmchen, Norman Sartorius (red.), Springer, Dordrecht, s. 341–361.
- Costa Michela (author), Giraldi Miriana (revision) (2014), *Opening Doors for Europe's Children, Deinstitutionalisation and Quality Alternative Care for Children in Europe. Lessons Learned and the Way Forward*. Working Paper, Eurochild, Brussels, www.openingdoors.eu.
- Coulton Claudia J. (1979), *Social Work Quality Assurance Programs. A Comparative Analysis*, National Association of Social Workers, Washington D.C.
- Czapnik Marta (2018), *Partycypacja osób doświadczających ubóstwa w polityce pomocy społecznej – teoria, prawo, dobre praktyki*, EAPN, Warszawa.
- Danecka Marta, Matejek Józefa, Mirosław Joanna (2021), *Dylematy rodzinnej pieczy zastępczej w czasie pandemii Covid-19 – analiza jakościowa*, „Polityka Społeczna”, nr 2, s. 1–7.
- Davenport-Hines Richard (2006), *Odurzeni. Historia narkotyków 1500–2000*, tłum. Agnieszka Cioch, W.A.B., Warszawa.
- Davies Jonathan S. (2011), *The Limits of Network Governance. Challenging Governance Theory: From Networks to Hegemony*, Policy Press, Bristol.
- De Leon George (2003), *Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*, tłum. Helena Grzegołowska-Klarkowska, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- De Paz Martínez Laura, Müller Heinz (2018), *Migration in der Pflegekinderhilfe*, IGfH-Eigenverlag, Frankfurt am Main.
- Dębska-Cenian Aleksandra (2008), *Standard asystowania*, w: *Od ulicy do samodzielności życiowej. Standardy społecznej i zawodowej (re)integracji osób bezdomnych w sześciu sferach*, Aleksandra Dębska-Cenian, Piotr Olech (red.), Agenda Bezdomności – Standard Aktywnego Powrotu na Rynek Pracy, Gdańsk, s. 235–252.
- Dębski Maciej, Michalska Anna (red.) (2012), *Podręcznik streetworkera bezdomności*, Pomorskie Forum na Rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk.
- Domaradzka Anna (2010), *Aktywni inaczej? Przyczyny (nie)aktywności społecznej Polaków*, w: *Społeczeństwo w czasach zmiany. Badania Polskiego Generalnego Sondażu Społecznego 1992–2009*, Piotr Radkiewicz, Renata Siemieńska (red.), Scholar, Warszawa, s. 163–177.

- Domaradzka Anna (2015), *State of civil society in Poland*, w: *25 Years After. Mapping Civil Society in the „Visegrád Countries”*, Christian Schreier (red.) Maecenata Institute, Berlin, s. 109–142.
- Domaradzka Anna (2016), *Mapping civil society in the Visegrád countries*, w: *A Shrinking Space for Civil Society?*, Anna Domaradzka i in. (red.), Europa Bottom-Up 15, München, s. 23–32.
- Domaradzka Anna (2021), *Klucze do miasta. Ruch miejski jako nowy aktor w polu polityki miejskiej*, Scholar, Warszawa.
- Drake Robert F. (1999), *Understanding Disability Policies*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- DuBois Brenda, Miley Karla Krogsrud (1999), *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*, tłum. Krzysztof Czekał, Śląsk, Katowice.
- Duszczak Maciej, Kaczmarczyk Paweł (2022), *War and migration. The recent influx from Ukraine into Poland and possible scenarios for the future*, „CMR Spotlight”, nr 4 (39), <https://www.migracje.uw.edu.pl/publikacje/cmr-spotlight-war-and-migration-the-recent-influx-from-ukraine-into-poland-and-possible-scenarios-for-the-future-2/>.
- Duszczak Maciej, Lesińska Magdalena, Matuszczyk Kamil (2019), *Upolitycznienie problemu starzenia się społeczeństwa w Polsce. Teoria i praktyka*, Wydawnictwa UW, Warszawa.
- Dutkiewicz Tomasz (2018), *Aktualność Arystotelesowskiej zasady „złotego środka” we współczesnej etyce życia społeczno-politycznego i gospodarczego*, „Studia Gdańskie”, nr 43, s. 263–271.
- Ericsson Kent (2005), *The institution of the mind. The final challenge*, „Tizard Learning Disability Review”, nr 10(1), s. 57–61.
- Erzberger Christian (2015), *Expertise für das Dialogforum Pflegekinderhilfe*, GISS Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung, Bremen.
- Esping-Andersen Gösta (2010), *Trzy światy kapitalistycznego państwa dobrobytu*, tłum. Kazimierz W. Frieske, Difin, Warszawa.
- Etzioni Amitai (red.) (1969), *The Semi-Professions and their Organization*, The Free Press, New York.
- Ewijk Hans van (2010), *European Social Policy and Social Work. Citizenship-based Social Work*, Routledge, London–New York.
- Foucault Michel (1987), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. Helena Kęszycka, PIW, Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka Aldona (2014), *Zarządzanie usługami społecznymi. Studium partnerstw publiczno-społecznych*, Difin, Warszawa.
- Freidson Eliot (1994), *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy, and Policy*, University of Chicago Press, Chicago.
- Freyhoff Geert i in., (red.) (2004), *Included in Society. Results and Recommendations of the European Research Initiative on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People*, CPS, Budapest.
- Frieske Kazimierz W. (2010), *Transparentność w działaniach organizacji pożytku publicznego. Raport z badań*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa, <https://www.ekonomia-spoeczna.gov.pl/download/files/Biblioteka/Transparentnosc.pdf>.
- Fudała Jadwiga (2013), *Leczenie uzależnienia od alkoholu*, www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu.
- Furst Peter T. (red.) (1990), *Flesh of the Gods. The Ritual Use of Hallucinogens*, Waveland Press, Prospect Heights, IL.
- Gadowska Kaja (2015), *Dysfunkcje administracji. Służba cywilna w perspektywie neoinstytucjonalnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków.

- Gąciarz Barbara (2014), *W stronę nowego modelu polityki społecznej wobec niepełnosprawności. Kilka słów o projekcie badawczym*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2, s. 7–19.
- Giddens Anthony (2009), *Nowe zasady metody socjologicznej. Pozytywna krytyka socjologii interpretacyjnych*, tłum. Grażyna Woroniecka, Nomos, Kraków.
- Giermanowska Ewa (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”, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Glinowiecki Mateusz (2019), *Chory na schizofrenię w rodzinie i w środowisku społecznym. Potrzeba wsparcia*, Nomos, Kraków.
- Gliński Piotr (2006), *Style działań organizacji pozarządowych w Polsce. Grupy interesu czy pożytku publicznego?* Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Głąb Zbigniew, Kocejko Magdalena (2022), *Between safety and isolation. The governmental-ministerial approach to care homes in Poland during the COVID-19*, „Disability and Society”, <https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2147418>.
- Goffman Erving (2006), *Charakterystyka instytucji totalnych*, tłum. Zbigniew Zwoliński, w: *Współczesne teorie socjologiczne*, Aleksandra Jasińska-Kania i in. (red.), Scholar, Warszawa, s. 316–335.
- Goffman Erving (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. Olena Waśkiewicz, Jacek Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Goffman Erving (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Golczyńska-Grondas Agnieszka, Błaszczuk Magdalena (2020), *Deinstytucjonalizacja placówek opieki całkowitej nad dziećmi i młodzieżą w województwie łódzkim*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi–Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej–Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Golinowska Stanisława (2018), *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa.
- Golinowska Stanisława (2022), *On the concept of the deinstitutionalisation of care and the measures taken. Possibilities and limits*, „Problemy Polityki Społecznej” nr 57(3), s. 215–237.
- Grabowska Izabela i in. (2022), *Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego. Raport końcowy z I edycji badań dla branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna*, PARP, Warszawa, https://poir.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/Branowy-Bilans-Kapitau-Ludzkiego---opieka-zdrowotna-i-pomoc-spoeczna_12052022.pdf.
- Grabusińska Zuzanna (2013), *Domy pomocy społecznej w Polsce*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Gredig Daniel, Marsh Jeanne C. (2010), *Improving intervention and practice*, w: *The SAGE Handbook of Social Work Research*, Ian Shaw i in. (red.), Sage, Los Angeles, s. 64–82.
- Green Mike, Moore Henry, O'Brien John (2013), *Rozwój społeczności w oparciu o zasoby. Model ABCD w praktyce*, tłum. Alicja Unterschuetz, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL, Warszawa.
- Grewiński Mirosław (2021), *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej*, Elipsa, Warszawa.

- Grewiński Mirosław, Lizut Joanna (red.) (2021a), *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej. Szanse i zagrożenia*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom.
- Grewiński Mirosław, Lizut Joanna (2021b), *Idea, definicje i teoretyczne aspekty deinstytucjonalizacji w polityce społecznej*, w: *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej. Szanse i zagrożenia*, ciż (red.), Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom, s. 11–30.
- Grewiński Mirosław, Lizut Joanna (2021c), *Zakończenie*, w: *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej. Szanse i zagrożenia*, ciż (red.), Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom, s. 209–212.
- Grewiński Mirosław, Skrzypczak Bohdan (red.) (2011), *Środowiskowe usługi społeczne – nowa perspektywa polityki i pedagogiki społecznej*, Wydawnictwo WSP TWP, Warszawa.
- Habrat Bogusław (2006), *Miejsce leczenia substytucyjnego w leczeniu uzależnienia od opiatów*, w: *Optymalny Model Zaspokajania Potrzeb Leczniczych Ludzi Uzależnionych Od Nielegalnych Substancji Psychoaktywnych w Polsce*, Raport z badań zleconych przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Hacker Jacob S. (2006), *The Great Risk Shift. The New Economic Insecurity and the Decline of the American Dream*, Oxford UP, Oxford.
- Hanna Nessim, Dodge M. Robert (1997), *Kształtowanie cen. Strategie i procedury*, tłum. Jan Pindakiewicz, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Harlow Elizabeth (2022), *Children's Rights, Deinstitutionalisations and the development of foster care services across the world*, „Practice: Social Work in Action”, t. 34, nr 3, s. 171–183.
- Hermann Christoph (2007), *Neoliberalism in the European Union*, „Studies in Political Economy”, nr 79, s. 61–90.
- Hoffmann Beata (2014), *Narkotyki w kulturze młodzieżowej*, Impuls, Kraków.
- Høy Bente, Wagner Lis, Hall Elisabeth O.C. (2007), *The elderly patient's dignity. The core value of health*, „International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being”, t. 2, s. 160–168.
- Hupe Peter, Hill Michael (2007), *Street-level bureaucracy and public accountability*, „Public Administration”, nr 85, s. 279–299.
- Ilieva Stana (2014), *Homelessness in Bulgaria. Situation Review May 2014*, Working Paper. New Bulgarian University Scholar Electronic Repository, Sofia.
- Iwański Rafał (2019), *System pomocy społecznej a starzenie się populacji – wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej*, „Studia z Polityki Publicznej”, nr 1(21).
- Jabłoński Piotr (2012a), *Wstęp*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 9–12.
- Jabłoński Piotr (2012b), *Używanie wielu substancji psychoaktywnych. Opis zjawiska i terapia*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 355–370.
- Jabłoński Piotr, Puławska-Popielarz Katarzyna (2012), *Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 15–24.
- Jacobsson Kerstin, Korolczuk Elżbieta (red.) (2017), *Civil Society Revisited. Lessons from Poland*, Berghahn Books, New York–Oxford.

- Jankowski Kazimierz (1975), *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa.
- Jażdżkowski M. (2000), *Syndrom bezdomności*, „Świat Problemów”, nr 6(89), s. 4–7.
- Jessop Bob (2011), *Metagovernance*, w: *The Sage Handbook of Governance*, Mark Bevir (red.), Sage, Los Angeles, CA, s. 106–123.
- Jordan Andrew, Schout Adriaan (2007), *The Coordination of the European Union. Exploring the Capacities of Networked Governance*, Oxford UP, Oxford, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199286959.001.0001>.
- Kaczyńska Wanda (red.) (2010), *O etyce służb społecznych*, IPSiR UW, Warszawa.
- Kamińska Anna (2021), *Kotański. Bóg Ojciec. Konfrontacja. Opowieść o legendarnym twórcy Monaru*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kamiński Tadeusz (2015), *Kościelny trzeci sektor i jego specyfika*, „Trzeci Sektor”, nr 1(34), s. 27–35.
- Kantowicz Ewa (2001), *Wybrane koncepcje i standardy do kształcenia profesji społecznych w Europie*, w: *Profesje społeczne w Europie. Z problemów kształcenia i działania*, Śląsk, Katowice, s. 337–360.
- Karwacki Arkadiusz (2010), *Papierowe skrzydła. Rzecz o spójnej polityce aktywizacji*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń.
- Kavanagh David J., Mueser Kim T. (2007), *Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse*, „Journal of the Norwegian Psychological Association”, nr 44, s. 618–637.
- Kibler Sylwia (2022), *Granice*, w: *Opowieści nierodziców*, Katarzyna Gliwińska, Anna Kopacz (red.), Fundacja PROJEKT ROZ–Rozwój Opieka Zaufanie, Wielkie Drogi, s. 69–72.
- Kocejko Magdalena (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
- Koczurowska Jolanta (2012a), *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 283–298.
- Koczurowska Jolanta (2012b), *Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 183–198.
- Kolankiewicz Maria (2022), *Placówki opiekuńczo-wychowawcze. Historia i współczesność*, Difin, Warszawa.
- Kooyman Martien (2002), *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii*, tłum. Paweł Nowocień, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Kotler Philip i in. (1986), *Principles of Marketing*, FT Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Kowalcz Małgorzata (2020), *Terapia uzależnienia – krok po kroku*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego Dział ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom i Przemocy w Rodzinie, Katowice.
- Kozma Agnes, Mansell James, Beadle-Brown Julie (2009), *Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability. A systematic review*, „American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities”, nr 114, s. 193–222.

- Krasiejko Izabela (2011), *Nowa rola asystenta rodziny*, w: *Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę*, Dobroniega Trawkowska (red.), Akapit, Toruń, s. 261–289.
- Krasiejko Izabela (2016), *Asystentura rodziny. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Krasiejko Izabela (2021), *Empowerment w pracy z osobą i rodziną*, w: *Praca socjalna w Polsce. Wokół wolności i obywatelskości*, Maria Łuszczynska, Ewa Grudziwska, Marta Łuczyńska (red.), Impuls, Kraków 2021, s. 155–169.
- Krasnowolski Andrzej (2013), *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Kancelaria Senatu RP, Warszawa.
- Kromolicka Barbara (2000), *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu. Na przykładzie Szczecińskiego Hospicjum Domowego*, Pedagogium, Szczecin.
- Królikowska Jadwiga (2004), *Socjologia dobroczynności. Zarys problematyki biedy i pomocy na tle doświadczeń angielskich*, Żak, Warszawa.
- Ksenofontov Inna (2020), „They Should Be Grateful! The Gratitude of Disadvantaged Groups. A Missing Piece in Research on Intergroup Power Relations”, praca doktorska, maszynopis.
- Krzyszkowski Jerzy (2018), *Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej*, „Problemy Polityki Społecznej”, nr 3, s. 37–52.
- Kubalčíková Kateřina, Havlíková Jana (2016), *Current developments in social care services for older adults in the Czech Republic. Trends towards deinstitutionalization and marketization*, „Journal of Social Service Research”, nr 42(2), s. 180–198.
- Kukova Slavka (2019). *Task 1.2. Living independently and being included in community. Country: Bulgaria*, ANED.
- Kulesza Michał, Sześciło Dawid (2013), *Polityka administracyjna i zarządzanie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Langiewicz Wanda (2014), *System leczenia psychiatrycznego*, w: *Raport RPO. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce. Wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, Biuro RPO, Warszawa, s. 47–52.
- Lech Adam (2007), *Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje*, Śląsk, Katowice.
- Leś Ewa (2000), *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Elipsa, Warszawa.
- Leś Ewa (2005), *Zasada subsydiarności w pomocy społecznej. Doświadczenia niemieckie a praktyka pomocy społecznej w Polsce*, w: *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych*, Barbara Kromolicka (red.), Akapit, Toruń, s. 39–47.
- Lewenstein Barbara (2010), *Między rządzeniem a współrządzeniem. Obywatelskie modele rozwoju społeczności lokalnej*, w: *Partycypacja społeczna i aktywizacja w rozwiązywaniu problemów społeczności lokalnych*, Barbara Lewenstein, Jacek Schindler, Ryszard Skrzypiec (red.), Wydawnictwa UW, Warszawa, s. 21–42.
- Lutyński Jan (1990), *Działania pozorne*, w: *tenże, Nauka i polskie problemy. Komentarz socjologa*, PIW, Warszawa, s. 105–120.
- Łuczyńska Marta (2013), *Pracownicy socjalni w procesie profesjonalizacji*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Małecka-Łyszczek Magdalena, Mędrzycki Radosław (2021), *Osoby ubogie, niepełnosprawne i bezdomne w systemie pomocy społecznej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Mansell Jim i in. (2007), *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs. Report of a European study*, Main Report, t. 2, Tizard Centre, University of Kent, Canterbury.

- Marciniak-Madejska Natalia, Stenka Rafał, Weiner Karolina (2016), *Podręcznik dobrych praktyk w zakresie deinstytucjonalizacji. Rozwiązywanie problemu bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego w oparciu o usługi świadczone w lokalnej społeczności*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu, Poznań.
- Maremmani Irco, Shinderman Marc (1999), *Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadon. Polyabuse or undermedication*, „Heroin Addiction and Related Clinical Problems”, nr 1(2), s. 5–10.
- Marks Deborah (1997), *Models of disability*, „Disability and Rehabilitation”, t. 19, nr 3, s. 85–91, <https://doi.org/10.3109/09638289709166831>.
- Marody Mirosława (2015), *Jednostka po nowoczesności. Perspektywa socjologiczna*, Scholar, Warszawa.
- Maslach Christina (2003 [1982]), *Burnout. The Cost of Caring*, Malor Books, Los Altos, CA.
- Matusiak E. (2022), *Kruszenie kariatydy*, w: *Opowieści nierodziców*, Katarzyna Gliwińska, Anna Kopacz (red.), Fundacja PROJEKT ROZ–Rozwój Opieka Zaufanie, Warszawa.
- Maucher Mathias (2013), *Unia Europejska i usługi świadczone w interesie ogólnym*, w: *Podręcznik usług społecznych – przykład Niemiec*, Adalbert Evers, Rolf G. Heinze, Thomas Olk (red.), tłum. Katarzyna Sosnowska, Elipsa–Wydawnictwo WSP im. J. Korczaka, Warszawa, s. 587–611.
- McCarron Mary i in. (2019), *Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities. A systematic review*, „BMJ Open”, nr 9(4).
- Meder Joanna, Kałwa Agnieszka, Rosenfeld Magdalena (2006), *Podwójna diagnoza— „podwójne” problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne*, „Psychiatria”, t. 3, nr 4, s. 154–159.
- Merton Robert K. (2002), *Funkcje jawne i ukryte*, tłum. Jerzy Wertenstein-Żuławski, w: tenże, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Mędrzycki Radosław (2017), *„Zadania administracji publicznej w zakresie przeciwdziałania bezdomności. Studium administracyjnoprawne”*, praca doktorska, UKSW, Warszawa.
- Mica Adriana, Nys Sarah (2014), *Permanent failure, successful failure and fracasomania. Solving the problem of ownerless dogs in Romania*, Oñati Institute Seminar Series, Oñati International Institute for Sociology of Law, Antigua Universitat, Oñati.
- Mizerska Renata i in., (2018), *Psychoterapia. Vademecum*, Polska Rada Psychoterapii, Warszawa.
- Moraczewska Barbara (2013), *Bezdomność. Definicja, problemy, rozwiązania obecne oraz historyczne odwołanie do ludzi luźnych*, „Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość”, nr 10, s. 113–128.
- Morawski Witold (1998), *Zmiana instytucjonalna. Społeczeństwo, gospodarka, polityka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Morel Nathalie, Palier Bruno, Palme Joakim (red.) (2012), *Towards Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges*, Policy, Bristol.
- Morzycka-Markowska Maria, Drozdowicz Ewa, Nasierowski Tadeusz (2015), *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki, cz. 2: Skutki deinstytucjonalizacji*, „Psychiatria Polska”, nr 49(2), s. 403–412.
- Moussaoui Driss (2002), *A Biography of Jean Delay. First President of the World Psychiatric Association (History of the World Psychiatric Association)*, Servier, Paris.
- Nageswaran Vyas (2021), *Happiness and mental health in Denmark. Blog – Latest News*, <https://borgenproject.org/mental-health-in-denmark/>.

- Newman Abraham L., Posner Elliot (2018), *International soft law and mechanisms of political disruption*, w: *Voluntary Disruptions. International Soft Law, Finance, and Power, Transformations in Governance*, ciż (red.), Oxford University Press, Oxford, s. 13–30.
- Niewiadomska Iwona, Stanisławczyk Piotr (2004), *Uzależnienia. Fakty i mity. Narkotyki*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Nölke Andreas (2022), *Post-Corona Capitalism. The Alternatives Ahead*, Bristol UP, Bristol.
- North Douglass C. (1994), *Economic performance through time*, „The American Economic Review”, t. 84, nr 3, s. 359–368.
- Nózka Marcjanna (2006), *Włóczęgostwo. Zjawisko społeczne i interwencja socjalna*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Nyholm Inga, Haveri Arto (2009), *Between government and governance. Local solutions for reconciling representative government and network governance*, „Local Government Studies”, nr 35(1), s. 109–124.
- Olech Piotr (2011), *Metoda drabinkowa a metoda najpierw mieszkanie w rozwiązywaniu problemów bezdomności*, w: *O bezdomności bez lęku*, Łukasz Browarczyk, Maciej Dębski, Karolina Weiner (red.), Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk, s. 185–202.
- Olech Piotr (2022), *Deinstytucjonalizacja usług w obszarze bezdomności. Zasady, wartości, obszary i kryteria procesu*, w: *Pokonać bezdomność 2022. Ku deinstytucjonalizacji*, Jakub Wilczek (red.), Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności, Zabrze, s. 17–38.
- Oliwa-Ciesielska Monika (2006), *Piętno nieprzystosowania. Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Oliver Michael (1983), *Social Work with Disabled People*, Macmillan, Basingstoke.
- Oliver Michael (1996), *Understanding Disability. From Theory to Practice*, St. Martin's Press, New York.
- Osborne David, Gaebler Ted (1993), *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, Plume, New York.
- Osborne Stephen P. (2013), *A service-influenced approach to public service innovation*, w: *Handbook of Innovation in Public Services*, Stephen P. Osborne, Louise Brown (red.), Edward Elgar, Cheltenham, s. 60–71.
- Palacz-Chrisidis Agnieszka (2014), *Praca socjalna z osobami uzależnionymi i ich rodziną*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Pamporov Alexey, Vankova Zvezda, Shishkova Milena (2013), *Where is My Home? Homelessness and Housing Among Asylum Seekers, Refugees and Persons with International protection in Bulgaria*, Bulgarian Academy of Sciences, Maastricht University, Maastricht.
- Parsons Talcott (2009), *System społeczny*, tłum. Michał Kaczmarczyk, Nomos, Kraków.
- Piątek Krzysztof (2017), *Ośrodek readaptacyjny „Mateusz” – caching, terapia, mentoring itd.? W poszukiwaniu istoty nowego podejścia do wspierania osób opuszczających zakłady karne w Polsce*, w: *O (wyzwaniach) współczesnej pracy socjalnej. Nowe problemy – zmiana – transgresja*, Barbara Kromolicka, Aneta Jastrzębska (red.), Volumina.pl, Szczecin, s. 353–371.
- Piskozub Piotr (2019), *Rodzina wspierająca w świetle przepisów ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, w: *Pieczka zastępcza i przysposobienie w polskim systemie*

- prawa*, Jakub M. Łukasiewicz, Rafał Łukasiewicz (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 94–107.
- Pius XI (2021 [1931]), *Quadragesimo anno*, Capital, Warszawa.
- Pląsek Rafał (2020), *Opieka nad dziećmi pozbawionymi pieczy rodzicielskiej w perspektywie przemian instytucjonalnych w latach 1918–2018*, w: *System pieczy zastępczej. Wybrane aspekty w ujęciu krajowym i międzynarodowym*, Marta Danecka (red.), ISP PAN, Warszawa.
- Podemski Krzysztof (2014), *Spółczesność obywatelska w Polsce 25 lat po wielkiej zmianie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 76(2), s. 89–108.
- Podgórecki Adam (1962), *Charakterystyka nauk praktycznych*, PWN, Warszawa.
- Podgórecki Adam, Kubin Jerzy (red.) (1973), *Stosowanie nauk społecznych w praktyce*, Ossolineum, Wrocław.
- Pollitt Christopher, Bouckaert Geert (2011), *Public Management Reform. A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, Oxford UP, Oxford.
- Potocka Beata (2022), *Ja bym pozabijał*, w: *Opowieści nierodziców*, Katarzyna Gliwińska, Anna Kopacz (red.), Fundacja PROJEKT ROZ–Rozwój Opieka Zaufanie, Warszawa, s. 25–28.
- Przymeński Andrzej (2001), *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań.
- Rachowska Elżbieta (2012a), *Model Minnesota*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 199–206.
- Rachowska Elżbieta (2012b), *Zapobieganie nawrotom w uzależnieniu*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 217–228.
- Raław Mariola (2017), *Zinstrumentalizowane rodzicielstwo. Rodziny zastępcze – między usługą a odruchem serca. Perspektywa socjologiczna*, Akapit, Toruń.
- Raław Mariola (2019), *Rodziny zastępcze jako element polityki opiekuńczej. Pewność dowodów, niepewność sądów*, w: *Pieczka zastępcza i przysposobienie w polskim systemie prawa*, Jakub M. Łukasiewicz, Rafał Łukasiewicz (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Raław Mariola (2020), *Serwicyzacja rodzicielstwa zastępczego a ograniczenia upowszechniania rodzinnej opieki w krajach rozwiniętych*, w: *System pieczy zastępczej. Wybrane aspekty w ujęciu krajowym i międzynarodowym*, Marta Danecka (red.), ISP PAN, Warszawa.
- Raław-Markowska Mariola (red.) (2005), *Pomoc dzieciom i rodzinie w środowisku lokalnym. Debata o nowym systemie*, ISP PAN, Warszawa.
- Raław Mariola, Trawkowska Dobroniega (2015), „Zależność od szlaku” – społeczne i prawne konteksty uchwalenia ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej, „Praca Socjalna”, nr 2, s. 20–58.
- Radwan-Pragłowski Janusz, Frysztacki Krzysztof (1998), *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Śląsk, Katowice.
- Rakusa-Suszczewski Mikołaj (2022), „Deinstytucjonalizacja jako ruch społeczny”, UODI–Centrum Europejskie UW, sierpień, maszynopis.
- Riessman Frank, Carroll David (2000), *Nowa definicja samopomocy. Polityka i praktyka*, tłum. Helena Grzegołowska-Klarkowska, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.

- Rogala-Obłękowska Jolanta (1999), *Młodość i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu*, ISNS UW, Warszawa.
- Rathus Spencer A. (2004), *Psychologia współczesna*, tłum. Bogdan Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Ruszkowska Marzena (2013), *Rodzina zastępcza jako środowisko opiekuńczo-wychowawcze*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Rymsza Marek (2013), *Od akcji dobroczynnej do pracy środowiskowej. Działalność Brata Alberta w środowisku ludzi bezdomnych w Krakowie i innych miastach polskiej Galicji na przełomie XIX i XX wieku*, w: *Dobre praktyki pracy środowiskowej*, tenże (red.), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, s. 63–103.
- Rymsza Marek (2014), *Rola organizacji obywatelskich i sektora gospodarki społecznej w świadczeniu usług reintegracyjnych*, w: Arkadiusz Karwacki, Tomasz Kaźmierczak, Marek Rymsza, *Reintegracja. Aktywna polityka społeczna w praktyce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, s. 359–382.
- Rymsza Marek (2016), *Jaka profesjonalizacja pracy socjalnej w Polsce i jaki rozwój służb społecznych*, „Problemy Polityki Społecznej”, nr 25(4), s. 25–42.
- Rymsza Marek (2020), *Social work and other helping professions in the process of professionalization. The specificity of Poland after 1989 from the sociology of professions perspective*, „Problemy Polityki Społecznej”, nr 4(51), s. 49–74.
- Rymsza Marek (red.) (2021a), *Centra usług społecznych. Od koncepcji do wdrożenia przepisów ustawy*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych–Kancelaria Prezydenta RP, Warszawa.
- Rymsza Marek (2021b), *Jak urzeczywistniać ideę samorządności terytorialnej w państwie unitarnym? Przykład centrów usług społecznych*, „Zeszyty Naukowe KUL”, nr 65, s. 67–86.
- Rymsza Marek (2021c), *Społeczne ramy pracy socjalnej jako profesjonalnej działalności pomocowej*, w: *Praca socjalna w Polsce. Wokół wolności i obywatelskości*, Maria Łuszczynska, Ewa Grudziwska, Marta Łuczyńska (red.), Impuls, Kraków, s. 69–84.
- Rymsza Marek (2022a), *Ewolucja pracy socjalnej i innych zawodów pomocowych w Europie w XX i XXI wieku. W stronę nowego profesjonalizmu praktyk pomocowych*, „Praca Socjalna”, nr 37(4), s. 13–34.
- Rymsza Marek (2022b), *Solidarnościowy kapitał mobilizacyjny. Polacy wobec ukraińskich uchodźców*, „Więź”, nr 2 (688), s. 65–74.
- Sassen Saskia (1991), *The Global City. New York, London, Tokyo*, Princeton UP, Princeton, NY.
- Sennett Richard (2012), *Szacunek w świecie nierówności*, tłum. Jan Dzierzgowski, Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa.
- Sheehan Michael Finbar (1993), *Dual diagnosis*, „Psychiatric Quarterly”, nr 64(2), s. 107–134.
- Shinkfield Alison J., Graffam Joseph (2009), *Community reintegration of ex-prisoners*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, nr 1(53), s. 29–42.
- Silvers Anita (2003), *On the possibility and desirability of constructing a neutral conception of disability*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, nr 24, s. 471–87.
- Skalec-Ruczyńska Agata (2020), *Trendy w opiece zastępczej. Międzynarodowa analiza porównawcza*, w: *System pieczy zastępczej. Wybrane aspekty w ujęciu krajowym i międzynarodowym*, Marta Danecka (red.), ISP PAN, Warszawa, s. 139–166.
- Skąpska Grażyna, Ziółkowski Marek (1998), *Instytucja społeczna*, w: *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Władysław Kwaśniewicz i in. (red.), Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 317–321.
- Skrzypczak Bohdan (2011), *Organizowanie społeczności lokalnej. Pedagogiczne uwarunkowania środowiskowej usługi społecznej*, w: *Środowiskowe usługi społeczne. Nowa perspektywa*

- polityki i pedagogiki społecznej*, Mirosław Grewiński, Bohdan Skrzypczak (red.), Wydawnictwo WSP TWP, Warszawa, s. 45–68.
- Słupczyńska-Kossobudzka Elżbieta, Wciórka Jacek (2003), *Psychiatria środowiskowa*, w: *Psychiatria*, Adam Bilikiewicz i in. (red.), t. 3: *Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne, społeczne*, Urban & Partner, Wrocław, s. 507–526.
- Sobczak Krzysztof (2022), *Rząd zapowiada dalszą deinstytucjonalizację pieczy zastępczej*, <https://www.prawo.pl/prawo/pieczna-zastepcza-rzad-chce-dalszej-deinstytucjonalizacji,515209.html>, (dostęp: 19.05.2022).
- Sørensen Eva, Torfing Jacob (red.) (2016), *Theories of Democratic Network Governance*, Palgrave Macmillan, New York.
- Spasova Slavina, Baeten Rita, Vanhercke Bart (2018), *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332533/Eurohealth-24-4-7-12-eng.pdf>.
- Stankiewicz Leszek (2002), *Zrozumieć bezdomność (aspekty polityki społecznej)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Stenka Rafał, Olech Piotr, Browarczyk Łukasz (red.) (2014), *Model. Gminny standard wychodzenia z bezdomności*, Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk.
- Stoker Gerry (1998), *Governance as theory. Five propositions*, „International Social Science Journal”, nr 50, s. 17–28.
- Strzelecki Janusz (2018), *Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*, cz. 1, „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA”, nr 1 (81), s. 26–31.
- Stuart Mary, Weinrich Michael (2001), *Home is where the help is. Community-based care in Denmark*, „Journal of Aging and Social Policy”, nr 12(4), s. 81–101.
- Stubnya Gusztáv i in. (2010), *Deinstitutionalization in Europe. Two recent examples from Germany and Hungary*, „Psychiatria Danubia”, nr 22(3), s. 406–412.
- Surdacki Marian (2016), *Prepozytury szpitalne. Podstawowy typ polskiego szpitala średnio-wiecznego*, „Nasza Przeszłość. Studia z Dziejów Kościoła i Kultury Katolickiej w Polsce”, t. 125, s. 5–53.
- Szadura-Urbańska Elżbieta, Olech Piotr (red.) (2022), *Podręcznik. Model Najpierw Mieszkanie i rekomendacje wdrażania*, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Wrocław, https://sites.google.com/view/bezdomnosc-pl/baza-wiedzy/housing_first (dostęp: 4.11.2022).
- Szarfenberg Ryszard (2010), „Standaryzacja usług społecznych” (ekspertyza przygotowana w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”), maszynopis, WRZOS, Warszawa, <https://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Ryszard%20Szarfenberg.pdf>.
- Szarfenberg Ryszard (2012), *Ewaluacja organizowania i rozwoju społeczności lokalnej, czyli o odmianach i sprawności trzeciej metody pracy socjalnej*, <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/ewaluacjaOSL.pdf>.
- Szarfenberg Ryszard (2017), *System mieszkaniowy, interwencja publiczna i dobre praktyki*, w: *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności. Dobre praktyki i refleksja systemowa*, Jakub Wilczek (red.), Biuro RPO, Warszawa, s. 118–125.
- Szatur-Jaworska Barbara, Grewiński Mirosław (2021), *Dylematy definicyjne w kontekście wypracowania definicji usług społecznych na potrzeby powołania centrów usług społecznych w Polsce*, w: *Centra usług społecznych. Od koncepcji do wdrożenia przepisów ustawy*, Marek Rymśa (red.), Instytut Pracy i Spraw Socjalnych–Kancelaria Prezydenta RP, Warszawa, s. 33–66.

- Sześciło Dawid (2015), *Współzarządzanie jako koprodukcja usług publicznych*, „Zarządzanie Publiczne”, nr 1(31), s. 13–21.
- Szluz Beata (2021), „Przez zamknięte okno ganku”. *Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w biografjach opiekunów rodzinnych*, Wydawnictwo URz, Rzeszów.
- Szűdi Gábor i in. (2017), *The de-institutionalisation of care for older people in the Czech Republic and Slovakia. National strategies and local outcomes*, w: *Social Services Disrupted. Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity*, Flavia Martinelli, Anneli Anttonen, Margitta Mätzke (red.), Edward Elgar, Cheltenham, UK, s. 239–258.
- Szukalski Piotr (2011), *Starzenie się ludności. Wyzwanie XXI wieku*, w: Piotr Szukalski, Zofia Szweda-Lewandowska, *Elementy gerontologii społecznej* (Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ), Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2011, s. 5–26.
- Šiška Jan, Beadle-Brown Julie (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*, <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>.
- Šiška Jan i in. (2017a), *Active citizenship and community living in Europe. Current policy, practice and research*, w: *The Changing Disability Policy System. Active Citizenship and Disability in Europe*, Routledge Advances in Disability Studies, t. 1, Rune Halvorsen i in. (red.), Routledge, Abingdon–New York, s. 72–89.
- Šiška Jan i in. (2017b), *Changes and Diversity in Community Living in Europe – the Experiences of Persons with Disabilities*, w: *Understanding the Lived Experiences of Persons with Disabilities in Nine Countries. Active Citizenship and Disability in Europe*, Routledge Advances in Disability Studies, t. 2, Rune Halvorsen i in. (red.), Routledge, Abingdon–Oxon.
- Šiška Jan i in. (2018), *Social inclusion through community living. Current situation, advances and gaps in policy, practice and research*, „Social Inclusion”, nr 6, s. 90–109 DOI:10.17645/si.v6i1.1211.
- Świątkiewicz Grażyna (2012), *Uzależnienia od narkotyków. Kontekst społeczny*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 25–31.
- Taylor Marilyn (2011), *Public Policy in the Community*, Palgrave Macmillan, Basingstoke–New York.
- Taylor Salisbury Tatiana, Killaspy Helen, King Michael (2016), *An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care. Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit)*, „BMC Psychiatry”, nr 16(54), <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0762-4>.
- Thomas Carol (2004), *How is disability understood? An examination of sociological approaches*, „Disability & Society”, t. 19, nr 6, s. 569–583, <https://doi.org/10.1080/0968759042000252506>.
- Todorova-Koleva Mariela (2016), *The process of deinstitutionalisation and development of residential care in Bulgaria*, „Scottish Journal of Residential Child Care”, t. 15, nr 2, s. 80–85.
- Toren Nina (1972), *Social Work. The Case of a Semi Profession*, Sage, London.
- Trawkowska Dobroniega (2007), *Działania pozorne w pomocy społecznej – przypadek (i przypadłość) pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej”, nr 10, s. 131–149.

- Truchanowicz Grażyna, Walczewska Karolina (2017), *Program asystowania osobom bezdomnym w mieszkaniach*, w: *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności. Dobre praktyki i refleksja systemowa*, Jakub Wilczek (red.), Biuro RPO, Warszawa, s. 24–32.
- Turnpenny Agnes i in. (2018), Mapping and understanding exclusion. Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe, Project report, Mental Health Europe, Brussels, <https://kar.kent.ac.uk/64970/>.
- Twardowski Andrzej (2018), *Społeczny model niepełnosprawności. Analiza krytyczna*, „Studia Edukacyjne” nr 48, s. 97–114.
- Twardowski Andrzej (2019), *Kontrowersje wokół społecznego modelu niepełnosprawności*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, nr 2(16), s. 7–23, <https://doi.org/10.14746/kse.2019.16.1>.
- Twelvetrees Alan (2014), *Pracując ze społecznością*, tłum. Anna Konieczna-Purchała, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Wejzman Zbigniew (2007), *O pomocniczości i innych fundamentalnych zasadach współpracy*, w: *Partnerstwo w praktyce. System współpracy samorządów lokalnych z organizacjami pozarządowymi*, Dagmara Bielawska, Maciej Bielawski, Arkadiusz Jachimowicz (red.), Elbląskie Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Pozarządowych, Elbląg, s. 4–10.
- Wilczek Jakub (2017), *Wstęp. O potrzebie zmiany systemu przeciwdziałania bezdomności*, w: *Programy mieszkaniowe w przeciwdziałaniu bezdomności. Dobre praktyki i refleksja systemowa*, tenże (red.), Biuro RPO, Warszawa, s. 7–15.
- Wielgus Benita, Morawski Jakub (2018), *Psychiatria środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych i psychologii*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica”, nr 11, folia 267.
- Wilensky Harold L. (1964), *The Professionalization of Everyone?*, „The American Journal of Sociology”, t. 52, nr 2, s. 137–158.
- Wojnar Roman (2021), „Lecznictwo uzależnień w Polsce”, Szkolenie w dziedzinie uzależnienia rekomendowane przez KBPN, maszynopis, Pszczyna.
- Wojnar Marcin, Bisaga Adam (2012), *Leczenie osób z podwójną diagnozą*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Piotr Jabłoński, Bogusława Bukowska, Jan Czesław Czabała (red.), Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s. 299–311.
- Woronowicz Bohdan T. (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, cz. 2, Media Rodzina, Parpamedia, Warszawa, s. 393–449.
- Wygnańska Julia (2022), *Najpierw mieszkanie. Kompas dla rozwiązań systemowych*, w: *Pokonać bezdomność 2022. Ku deinstytucjonalizacji*, Jakub Wilczek (red.), Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności–Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Zabrze, s. 39–45.
- Załużka Maria (2000), *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Zbyrad Teresa (2012), *Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy. Na przykładzie domów pomocy społecznej*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 4(40), nr 2, s. 51–69.
- Zybała Andrzej (2015), *Społeczeństwo obywatelskie i polityka publiczna*, „Społeczeństwo Obywatelskie”, t. 2, nr 1–2, s. 35–53.
- Zych Adam (2017), *Starość jako kategoria naukowa [ACOS]*, w: *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 3, tenże (red.), Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski, Katowice.

Żaroń Agata (2018), *Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych*, „Psychiatria”, nr 15(1), s. 45–49.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.
- Konwencja ONZ z dnia 13 grudnia 2006 r. o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r., Dz.U. 2012, poz. 1169.
- Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, Dz.U. 1923, nr 92, poz. 726 (uchylona w 1990 r.).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230 ze zm.
- Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 1990, nr 87, poz. 506 ze zm. (uchylona w 2004 r.).
- Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1991, nr 46, poz. 201 ze zm. (uchylona w 1997 r.)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994, nr 111, poz. 5350 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776 ze zm.
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. 2003, nr 96, poz. 873 ze zm.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593, ze zm.
- Ustawa z dnia z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005, nr 179, poz. 1485 ze zm.
- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. 2010, nr 201, poz. 1540 ze zm.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz.U. 2015, poz. 1705.
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, Dz.U. 2019, poz. 1818.
- Ustawa z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2021, poz. 1243.
- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej, Dz.U. 2022, poz. 1812.
- Ustawa z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2022, poz. 2140.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015, Dz.U. 2011, nr 24, poz. 128.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, Dz.U. 2017, poz. 458.
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni, Dz.U. 2018, poz. 896.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w Centrach Zdrowia Psychicznego, Dz.U. 2020, poz. 2086 i 2364 oraz 2021, poz. 1976, 2022 poz. 2491.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2019, poz.1640.

Raporty instytucjonalne, dokumenty

- Abramowska-Kmon Anita, Antczak Radosław (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”, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa, s. 15–39.
- Ad Hoc Expert Group (2009), Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=614&furtherNews=ye>.
- Analiza rozwiązań w zakresie włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami – raport syntetyczny (2021), projekt: „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych, Warszawa.
- Bogdanov George, Georgieva Lidia (2018), ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care – Bulgaria 2018, European Social Policy Network (ESPN).
- Bundesministerium für Gesundheit (2021), *Beschäftigte in der Pflege. Pflegekräfte nach SGB XI – Soziale Pflegeversicherung*, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html>.
- Derrick (2022) *Elder Care in Germany and Expat Life*, <https://www.elderguru.com/elder-care-in-germany-and-expat-life/>.
- 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/>.
- ETHOS (2022), Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego, Opracowanie na podstawie materiałów Europejskiego Obserwatorium Bezdomności: Julia Wygnańska, National Correspondent, European Observatory of Homelessness FEANTSA, s. 2–3, https://www.feantsa.org/download/pl____7386404743356865659.pdf.
- EFPS (2017), Europejski Pilar Praw Socjalnych, Parlament Europejski, Rada UE i Komisja Europejska, KA-05-17-081-PL-N.
- Europejska Grupa Ekspertów (2012), *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, Bruksela, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf>.
- EU Funds Checklist (2021), „EU funds Checklist to promote independent living and de-institutionalization”, wyd. 1, listopad 2019, wyd. popr. maj 2021, <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2021/07/updated-checklist-new-eeg-logo.pdf>.
- EZOP II (2021), *EZOP II – rozpowszechnienie zaburzeń*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021.
- FERS (2022), *Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego*, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, Warszawa, <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/fundusze-europejskie-dla-rozwoju-spolecznego>.

- Grammenos Stefanos (2013), *European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities. Final report prepared by Centre for European Social and Economic Policy (CESEP ASBL) on behalf of the Academic Network of European Disability Experts (ANED)*, Academic Network of European Disability Experts (ANED).
- Healthcare Denmark (2019), *Assisted living, innovating better live. A dignified elderly care in Denmark, White Paper*, <https://healthcaredenmark.dk/media/tmkhokaf/white-paper-dignified-elderly-care-pdf-uk.pdf>.
- ICD-10 (2000), *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja 10*, rozdz. 5: „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” (red. przekładu S. Pużyński, Jacek Wciórka), Wydawnictwo Vesalius, Kraków–Warszawa.
- ICD-11 (2022), *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja 11*, www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release.
- Informacja o sytuacji (2016), Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015, MRPiPS, Warszawa, <https://das.mpips.gov.pl/source/Informacja.pdf>.
- Informacja o sytuacji (2021), Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2020, MRPiPS, Warszawa 2021, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2020>.
- Informacja Rady Ministrów (2021), Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2020 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 821 oraz z 2021 r., poz. 159 i 1006), Warszawa, lipiec 2021.
- Komunikat KE (2010), Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, Komisja Europejska, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Bruksela, 15 listopada 2010, KOM(2010) 636, wersja ostateczna.
- Komunikat KE (2021), Unia równości. Strategia na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030, Komisja Europejska, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Bruksela, 3 marca 2021, COM(2021) 101, wersja ostateczna.
- Krajowy program przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu* (2021), Aktualizacja 2021–2027. Polityka publiczna z perspektywą do roku 2030, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20210000843/O/M20210843.pdf>.
- Kvist Jon (2018), ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care – Denmark 2018, European Social Policy Network (ESPN).
- Program resortowy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022, <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1299,program-opieka-wytchnieniowa-edycja-2022>.
- Program MiiR (2018), Program rządowy „Dostępność Plus 2018–2025”, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Warszawa.
- Raport Eurostat (2015), Disabled people by sex, age and need for assistance, <https://data.europa.eu/data/datasets/oe0x3fqppwezstt19vs6g?locale=en>.
- Raport Eurostat (2020a), Self-reported use of home care services by sex, age and level of activity limitation, <https://data.europa.eu/data/datasets/iwcjneawuu4jarn3e44pw?locale=en>.
- Raport Eurostat (2020b), Long-term care (health) expenditure, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00214/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=b7e42601-5edd-4620-b05b-082f366d9b46>.

- Raport Eurostat (2020c), Psychiatric care beds in hospitals, <https://data.europa.eu/data/datasets/41fenmla9neb56b4kkuow?locale=en>. Raport Eurostat (2022), Social Scoreboard of Indicators, Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/european-pillar-of-social-rights/indicators/social-scoreboard-indicators>.
- Raport FEANTSA (2007), European Typology of Homelessness and Housing Exclusion ETHOS. European Federation of National Organisations Working with the Homeless FEANTSA.
- Raport GUS (2014), Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf.
- Raport GUS (2019), Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce w 2018 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/universytety-trzeciego-wieku-w-polsce-w-2018-r-,10,2.html>.
- Raport GUS (2020), Jakość życia osób starszych w Polsce, GUS, Warszawa.
- Raport GUS (2021), Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa–Białystok.
- Raport GUS (2022a), Emerytury i renty w 2021 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/emerytury-i-renty-w-2021-r-,32,13.html>.
- Raport GUS (2022b), Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa–Białystok.
- Raport KE (2014), Study on Mobility, Migration and Destitution in the European Union. Final Report, Komisja Europejska.
- Raport MRPiPS (2019), Ogólnopolskie badanie liczby osób bezdomnych. Edycja 2019, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa, <https://www.gov.pl/web/rodzina/ogolnopolskie-badanie-liczby-osob-bezdomnych-i>.
- Raport MRiPS (2021), Realizacja Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w latach 2017–2019, MRiPS, <https://www.gov.pl/web/rodzina/efekt-programu-wybrane-dzialania>.
- Raport NIK (2016), Realizacja zadań narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego. Informacja o wynikach kontroli, nr ewid.186/2016/p/16/055/kzd, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Raport NIK (2019a), Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019). Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 170/2019/p/19/059/kzd., Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Raport NIK (2019b), Wykonywanie przez gminy zadań z zakresu gospodarki mieszkaniowej, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/18/005/LBY/>.
- Raport NIK (2020), Informacja o wynikach kontroli. Działania wspierające i aktywizujące osoby bezdomne, P/18/096, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22486,vp,25161.pdf>.
- Raport NIK (2021), Realizacja kompleksowego programu wsparcia rodzin „Za życiem”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,24960,vp,27708.pdf>.
- Raport OECD (2021), Homeless population, OECD Affordable Housing Database, OECD – Social Policy Division – Directorate of Employment, Labour and Social Affairs.

- Raport Opening Doors (2018a), Bulgaria. 2018 Country Factsheet, Opening Doors for Europe's Children Campaign, <https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2019/03/country-fiche-Bulgaria-2018.pdf>.
- Raport Opening Doors (2018b). How the EU can support the transition from institutional to family- and community-based care in the next Multiannual Financial Framework, https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/MSE_Publication_08032018.pdf.
- Raport UNICEF (2018), 15 years of De-institutionalization Reforms in Europe and Central Asia. Key results achieved for children and remaining challenges, https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2018-11/Key%20Results%20in%20Deinstitutionalization%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia_0.pdf.
- Raport UNICEF, Eurochild (2021), Better data for better child protection systems in Europe. Mapping how data on children in alternative care are collected, analysed and published across 28 European countries, <https://www.unicef.org/eca/media/19761/file/DataCare%20Technical%20Report.pdf>.
- Raport Validity (2021), Deinstitutionalisation and Life in the Community in Bulgaria. A Three-Dimensional Illusion. A report by Validity Foundation, <https://validity.ngo/wp-content/uploads/2021/09/Deinstitutionalisation-and-Life-in-the-Community-in-Bulgaria-FINAL.pdf>.
- Sprawozdanie MPiPS-05 za 2010 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2010>, dostęp: 31.07.2023.
- Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2015>, dostęp: 31.07.2023.
- Sprawozdanie MPiPS-05 za 2020 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-2020>, dostęp: 31.07.2023.
- Sprawozdanie MRPiPS (2015), Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2014 oraz wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (21/22 styczeń 2015), Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Warszawa, <https://archiwum.mrips.gov.pl/pomoc-spoeczna/bezdomnosc/materialy-informacyjne-na-temat-bezdomnosci/>.
- Sprawozdanie MRPiPS (2017), Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2016), Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, <https://archiwum.mrips.gov.pl/pomoc-spoeczna/bezdomnosc/materialy-informacyjne-na-temat-bezdomnosci/>.
- Sprawozdanie MRiPS (2021a), Sprawozdanie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nr MRPiPS-05-2021.
- Sprawozdanie MRiPS (2021b), Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2020, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa.
- Sprawozdanie MRiPS (2021c), Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego Senior+ na lata 2021–2025, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa, https://das.mpips.gov.pl/source/2022/sprawozdanie%202021/Sprawozdanie%20z%20realizacji%20programu%20wieloletniegoSenior%20na%20lata%202021_2025_edycja%202021.pdf.

- Sprawozdanie MRiPS (2022), Sprawozdanie z realizacji Programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025 – edycja 2021, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa, https://das.mpips.gov.pl/source/2022/Sprawozd%20Aktywni%20za%202021%20_19_09_2022.pdf.
- SRUS (2022), Strategia rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), MP 2022, poz. 767.
- Strategia Demograficzna 2040 (2022), MP, poz. 196.
- Strategia OzN (2021), Strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021–2030, MP, poz. 218.
- Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020, MP 2016, poz. 1254.
- Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, MP, poz. 1250.
- Uchwała nr 167 Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, MP 2020, poz. 1125 (z załącznikiem).
- Udowodnienie usług społecznych i zdrowotnych na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia 2021–2035 (2021), Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce, projekt.
- Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi (z załącznikiem), https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/eeg-toolkit_polish.pdf.
- Wystąpienie RPO (2022), *Jak poprawić los dzieci, które trafiają do pieczy zastępczej? Analiza Adama Bodnara dla MRiPS*, 16.03.2021 r., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/dzieci-pieczna-zastepcza-niedostatki-systemu-rpo-mrips>.
- Verster Annette D., Buning Ernest (2000), „Methadone Guidelines”, badania w ramach projektu finansowanego przez European Commission, Directorate General V, <http://www.q4q.nl/methwork>.
- WHO (2021), *Mental Health Atlas 2020*, World Health Organization.
- World Happiness Report* (2022), <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2022/WHR+22.pdf>.
- Wytyczne MIiR (2019), Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Warszawa, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/projekt-wytycznych-w-zakresie-realizacji-przed-siewziec-w-obszarze-wlaczania-spolecznego-i-zwalczania-ubostwa-z-wykorzystaniem-srodkow-efs-i-efrr-na-lata-2014-2020/>.
- Wytyczne MRPiPS (2018), Wytyczne w zakresie pomocy osobom bezdomnym, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej Warszawa, https://www.poznan.uw.gov.pl/system/files/zalaczniki/wytyczne_w_zakresie_pomocy_osobom_bezdomnym_0.pdf.
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020.

Strony internetowe

<http://www.koalicja.org/o-nas/jak-powstawalismy/>
www.parpa.pl
www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/wotuwy
www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu
www.wotuw.pl/index.php/o-wotuw/zadania-wotuiw/
<https://habitat.pl/spoleczna-agencja-najmu/>
https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/desinstit
https://ec.europa.eu/regional_policy/pl/policy/themes/social-inclusion/
https://ec.europa.eu/regional_policy/pl
https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/regional-policy_pl
https://ec.europa.eu/info/topics/regional-policy_pl
https://ec.europa.eu/info/topics/employment-and-social-affairs_pl
<https://eur-lex.europa.eu/PL/legal-content/summary/division-of-competences-within-the-european-union.html>
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=86&langId=pl>
<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com>
www.uodi.uw.edu.pl
<https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki>
<http://www.niepelnosprawni.pl>
<https://niepelnosprawni.gov.pl>
Wykaz otwartych placówek Senior+, źródło: https://senior.gov.pl/program_senior_plus/strona/83
www.who.int
www.parpa.pl
www.wotuw.pl
<https://habitat.pl/spoleczna-agencja-najmu/>

Noty o autorach

Mariola Bieńko – dr hab., socjolożka, profesor uczelni w Katedrze Studiów Rodziny i Patologii Społecznej w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Zajmuje się problematyką socjologii życia rodzinnego, bliskich związków, wychowania i edukacji seksualnej oraz zagadnieniami cielesności i ekspresji seksualności w doświadczeniach i praktykach życia codziennego. Autorka publikacji naukowych z dziedziny socjologii intymności. Współpracuje z instytucjami kultury, ekspertka w polskich i międzynarodowych projektach naukowo-badawczych oraz kampaniach społecznych. Członkini Rady Naukowej Dyscypliny Nauki Socjologiczne oraz Polskiego Towarzystwa Socjologicznego.

Anna Domaradzka – dr hab., socjolożka. Dyrektorka Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie kieruje zespołem Civil City Lab i prowadzi badania nad konsekwencjami wdrażania nowoczesnych technologii dla jakości życia w mieście i miejskiej demokracji. Ekspertka w międzynarodowych projektach badawczych dotyczących innowacji w przestrzeni miast oraz budowania kapitału społeczności lokalnych przez inwestycje w kulturę, przedsiębiorczość społeczną i aktywność obywatelską. Jej główne zainteresowania badawcze to społeczeństwo obywatelskie, ruchy społeczne i aktywność lokalna oraz badania przestrzeni miejskiej i jej wpływu na zachowania społeczne.

Mateusz Glinowiecki – dr, socjolog, pracuje w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Autor publikacji naukowych oraz analiz i ekspertyz z zakresu socjologii rodziny i socjologii medycyny. Certyfikowany Terapeuta Środowiskowy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zaangażowany w proces wdrażania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, w latach 2009-2013 związany z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, od 2014 r.

opiekun mieszkania chronionego-treningowego dla osób w kryzysach psychicznych prowadzonego przez Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Integracja”.

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 projektów badawczych i badaczka oraz autorka publikacji w wymienionych obszarach.

Beata Hoffmann – dr hab., socjolog. Pracuje w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jej główne zainteresowania naukowe to społeczno-kulturowe aspekty uzależnień i socjologia kultury. Z problematyką uzależnień związana od czasu studiów przez pracę w Ośrodku Terapii Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii (dawn. III Klinika Psychiatryczna Oddział Odwykowy). Recenzentka projektów badawczych poświęconych uzależnieniom, członkini jury konkursów dla młodzieży w ramach Działań na rzecz Uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Od wielu lat współpracuje naukowo w obszarze uzależnień z uniwersytetami z Polski, krajów UE i ze świata.

Krzysztof Jasiński – prof. dr hab., socjolog. Pracuje w Centrum Europejskim Uniwersytetu Warszawskiego. Jego główne pola zainteresowań badawczych to: socjologia ekonomiczna, modele i instytucje kapitalizmu, elity bogactwa, reprezentacje interesów ekonomicznych, grupy interesów i lobbing, integracja europejska, globalizacja i procesy deglobalizacji. Autor oraz współautor książek i artykułów naukowych dotyczących zróżnicowań instytucjonalnych i gospodarczych w Unii Europejskiej, elit transnarodowego biznesu, specyfiki polskiego wariantu kapitalizmu, organizacji przedsiębiorców i pracodawców, a także problematyki uchodźców ukraińskich w Polsce. Kierownik projektów badawczych i badacz w wymienionych obszarach.

Karolina Lignar-Paczoła – dr, socjolożka. W latach 2022–2023 pracowała w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jej główne zainteresowania badawcze to socjologia pracy, zawodu i profesji oraz procesy profesjonalizacji zawodów pomocowych i pomocowo-rozwojowych. Specjalistka i praktyczka zarządzania zasobami ludzkimi. Autorka programów rozwojowych w organizacjach pozarządowych i biznesowych oraz ekspertyz dotyczących budowania kultur organizacyjnych.

Tomasz Oleksy – dr, psycholog społeczny, adiunkt na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Jego zainteresowania badawcze dotyczą relacji między

ludźmi i nowymi technologiami (takimi jak przestrzenie wirtualne, AI i roboty społeczne), a także psychologii środowiskowej i społecznej.

Mariola Raclaw – dr hab., socjolożka. Pracuje w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jej główne pola zainteresowań badawczych to socjologia rodziny oraz starzenia się i niepełnosprawności, a także analizy polityki rodzinnej i ludnościowej w perspektywie socjologicznej. Autorka artykułów, publikacji naukowych oraz analiz i ekspertyz dotyczących obszaru pomocy społecznej, polityki rodzinnej i ludnościowej, w szczególności w aspekcie opieki nad osobami zależnymi, w tym pieczy zastępczej. Kierowniczka projektów badawczych i badaczka w wymienionych obszarach. Członkini Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Rządowej Rady Ludnościowej.

Magdalena Roszczyńska-Kurasińska – dr, psycholożka. Adiunktka w Instytucie Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego. W swojej pracy interesuje się takimi zagadnieniami, jak zrównoważony rozwój społeczny, zaufanie, nauka obywatelska, psychologiczne podstawy zachowania, wpływ nowych technologii na życie jednostek i społeczności, psychologiczne podstawy samoorganizacji społeczności lokalnych, mechanizmów współpracy oraz społeczne znaczenie dziedzictwa kulturowego. Kierowniczka projektów badawczych i badaczka w wymienionych obszarach.

Marek Rymsza – dr hab., socjolog, pracuje na Wydziale Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie obecnie pełni funkcje prodziekana do spraw rozwoju i współpracy oraz kierownika Zakładu Socjologicznych Analiz Polityk Publicznych w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych. Specjalizuje się w zagadnieniach polityki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki usług społecznych, pracy środowiskowej i pracy socjalnej, oraz w analizie funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego i sektora non-profit. Inicjator i kierownik Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych UODI.

Ewa Stachowska – dr hab., socjolożka. Pracuje w Instytucie Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalizuje się w socjologii kultury i religii, socjologii organizacji oraz zmian społecznych. Jest autorką artykułów, publikacji oraz raportów z badań dotyczących wspomnianych zakresów. Aktualnie kieruje polską częścią międzynarodowego projektu badającego wpływ procesów cyfryzacji na wspólnoty religijne. Jest członkinią towarzystw naukowych i sieci badawczych w kraju i za granicą.

Mateusz Trochymiak – pracownik Instytutu Studiów Społecznych im. Roberta Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego. Jego pola zainteresowań badawczych to socjologia

ekonomiczna, polityka społeczna oraz digitalizacja sektora publicznego. Autor artykułów, publikacji naukowych oraz analiz i ewaluacji projektów dotyczących obszaru pomocy społecznej, w szczególności pracowników socjalnych i transferów socjalnych.

Agnieszka Vetulani-Cęgiel – dr hab., politolożka, jest zatrudniona na stanowisku profesora uczelnianego w Collegium Polonicum na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, gdzie kieruje Pracownią Badań nad Polityką i Zarządzaniem Cyfryzacją. Jest członkinią polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych o profilu politologicznym oraz studiów europejskich. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół kształtowania polityk sektorowych UE, reprezentacji interesów i lobbingu, przejrzystości i jakości demokracji, w tym kwestii związanych z procesami cyfryzacji w sferze publicznej. Uczestniczyła jako kierowniczka lub wykonawczyni w kilku krajowych i międzynarodowych projektach badawczych.

Anna Wnuk – dr, psycholożka społeczna. Adiunktka na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, kierowniczka Laboratorium Psychologii Społecznej i Klinicznej (SocLab UW). Odbiła staż na Uniwersytecie w Utrechcie w European Research Centre on Migration and Ethnic Relations. W 2021 r. otrzymała „Wyróżnienie Rektora UW” za osiągnięcia naukowe. Jej zainteresowania badawcze obejmują psychologię społeczną i środowiskową, relacje międzygrupowe, studia miejskie oraz problematykę zmian klimatycznych.

Szymon Wójcik – dr, socjolog. Adiunkt w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego w Zakładzie Socjologicznych Analiz Polityk Publicznych. Specjalizuje się w analizach polityki społecznej, ubóstwa, ekonomii społecznej, aktywności podmiotów trzeciego sektora. Realizator projektów dotyczących ewaluacji programów społecznych i interwencji publicznych oraz ekonomii społecznej. Ekspert kluczowy w projekcie PO WER „System partycypacyjnego zarządzania sferą ekonomii społecznej”. Sekretarz Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych UODI.

Nina Wróblewska – doktorantka Szkoły Doktorskiej Nauk Społecznych na Uniwersytecie Warszawskim. Pracuje w Instytucie Studiów Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Członkini zespołu Laboratorium Miasta Obywatelskiego - Civil City Lab. Jej główne pola zainteresowań badawczych to: socjologia miasta, neuronnorodność, partycypacja społeczna.

Informacja o Uniwersyteckim Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych

Czym jest Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych?

Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych (UODI) to wspólne przedsięwzięcie trzech jednostek Uniwersytetu Warszawskiego. Są to:

- Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji UW (WSNSiR UW, lider Partnerstwa),
- Centrum Europejskie UW (CE UW),
- Instytut Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca UW (ISS UW).

UODI to wieloletnie przedsięwzięcie analityczno-badawcze prowadzone w formule obserwatorium, polegające na monitoringu procesów rozwoju, deinstytucjonalizacji (uśrodkowania) i profesjonalizacji szeroko rozumianych praktyk pomocowych zachodzących w Polsce, z uwzględnieniem kontekstu europejskiego związanego z agendą Unii Europejskiej.

Monitoring obejmuje różne obszary profesjonalnych praktyk pomocowych, takie jak: piecza zastępcza, wsparcie osób z niepełnosprawnościami, programy senioralne, wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego, w tym terapia uzależnień, działania adresowane do osób w kryzysie bezdomności, pomoc uchodźcom i migrantom, a także programowanie polityk miejskich oraz monitoring działań programowych i legislacyjnych dotyczących polityki deinstytucjonalizacji prowadzonych przez organy UE.

Zgodnie z założeniami społecznie odpowiedzialnej uczelni publicznej, jaką jest Uniwersytet Warszawski, UODI rozwija stosowane nauki społeczne tak, aby rezultaty prac analityczno-badawczych były wykorzystywane na polu praktyki społecznej. Dlatego UODI jest otwarte na współpracę z instytucjami publicznymi odpo-

wiedzialnymi za programowanie i wdrażanie polityki deinstytucjonalizacji oraz rozwój i koordynację środowiskowych usług społecznych, z organizacjami szeroko rozumianego sektora obywatelskiego zainteresowanymi upowszechnianiem metodyki wsparcia środowiskowego w ramach prowadzonych przez siebie projektów, programów i dzieł pomocowych oraz z organizacjami środowiskowymi reprezentującymi poszczególne profesje i zawody pomocowe. Prace UODI obejmują też analizę funkcjonowania otoczenia społecznego Uniwersytetu Warszawskiego przez prowadzenie monitoringu polityk miejskich stolicy w zakresie rozwijania usług środowiskowych dla mieszkańców.

Rezultaty prac UODI są szeroko udostępniane w formie publikacji naukowych i popularno-naukowych, w Internecie na stronie www.uodi.uw.edu.pl, a także przez otwarte konferencje i seminaria.

Działalność i dorobek UODI

Prace UODI zostały zainicjowane 15 marca 2021 r. przez organizację międzynarodowej konferencji pt. „Deinstytucjonalizacja w politykach publicznych – nowy paradygmat rozwoju”¹. W konferencji wzięli udział: Rektor UW i Prorektor UW, przedstawicielka Komisji Europejskiej, Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, reprezentanci międzynarodowych organizacji sieciujących: European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, European Network on Independent Living, United Nation Children’s Fund oraz wielu polskich naukowców z UW i innych uczelni, eksperci i praktycy z organizacji pomocowych oraz urzędnicy odpowiedzialni za polityki publiczne na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.

W okresie kwiecień–maj 2021 r. w ramach cyklu trzech seminariów naukowych kontynuowano prace programowe, dookreślając pola działań analityczno-badawczych. Ośmioosobowa grupa inicjatywna doprowadziła do zawiązania w lipcu 2021 r. formalnego porozumienia o współpracy trzech jednostek uniwersyteckich. Grupę tę utworzyli:

- dr hab. Anna Domaradzka-Widła, ISS UW,
- prof. dr hab. Krzysztof Jasiński, CE UW,
- dr Karolina Lignar-Paczocha, WSNSiR UW,
- dr Magdalena Roszczyńska-Kurasińska, ISS UW,
- dr hab. Marek Rymśza, WSNSiR UW,
- dr hab. Bohdan Skrzypczak, WSNSiR UW,
- dr Szymon Wójcik, WSNSiR UW,
- dr hab. Kamil Zajączkowski, CE UW.

¹ Konferencja została zorganizowana w trybie on-line z wykorzystaniem studia konferencyjnego. Zapis audio-wideo dwóch sesji plenarnych dostępny na stronie www.uodi.uw.edu.pl.

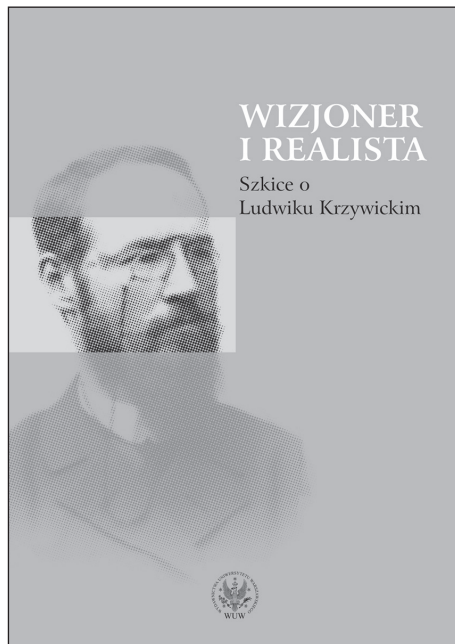
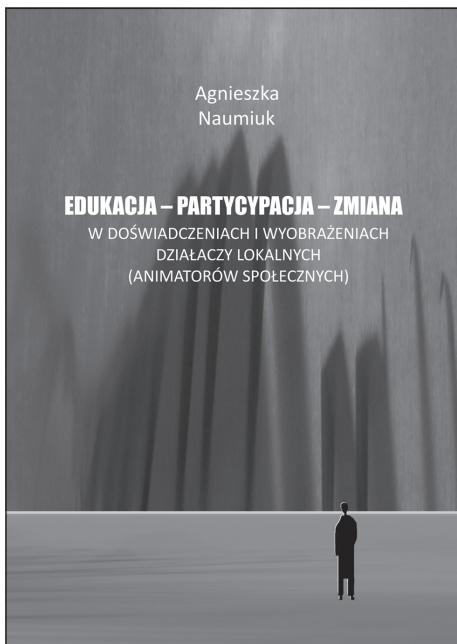
W 2022 i 2023 r. prace analityczno-badawcze w ramach UODI prowadzone są dzięki dotacjom Rektora Uniwersytetu Warszawskiego, a także środkom własnym partnerów UODI. Oprócz zaangażowanej grupy inicjatywnej w pracach uczestniczy szerszy zespół naukowców współpracujących z obserwatorium jako eksperci.

W 2022 r. w ramach UODI zostały zorganizowane cztery seminaria naukowe, trzy warsztaty z udziałem praktyków poświęcone działaniom pomocowym adresowanym do uchodźców wojennych z Ukrainy oraz ogólnopolska konferencja pt. „W stronę środowiskowych usług społecznych – deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i w Europie”². W konferencji wzięli udział przedstawiciele ministerstw odpowiedzialnych za wdrażanie strategii deinstytucjonalizacji działań pomocowych (Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej) oraz regionalnych ośrodków polityki społecznej, którym została powierzona rola regionalnych koordynatorów rozwoju usług społecznych i procesów deinstytucjonalizacji, naukowcy z Uniwersytetu Warszawskiego i innych uczelni, przedstawiciele służb społecznych, eksperci i praktycy. Tom *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie*, publikowany przez Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, zawiera dorobek UODI wypracowany w 2022 r.

W 2023 r. UODI kontynuuje prace analityczno-badawcze. Prowadzone są analizy metodyki działań środowiskowych w ramach wybranych profesji, zawodów i specjalności pomocowych (pracownik socjalny, streetworker, asystent zdrowienia, organizator społeczności lokalnej, zawodowy rodzic zastępczy, pracownik humanitarny, opiekun, asystent międzykulturowy), badania podstawowe nad kapitałem solidarności jako zasobem środowiskowych praktyk pomocowych, kontynuowany jest monitoring polityki deinstytucjonalizacji na poziomie Unii Europejskiej, systematyzowana wiedza na temat działań środowiskowych adresowanych do uchodźców wojennych z Ukrainy, realizowane są badania lokalnych potencjałów sieci wsparcia oraz społecznych konsekwencji wdrażania nowoczesnych technologii, analizowane jest programowanie polityk miejskich z uwzględnieniem perspektywy prawa obywateli do miasta i koncepcji rozwoju społecznie zrównoważonego. Kontynuowany jest też cykl spotkań seminaryjnych, a najważniejszym wydarzeniem naukowym będzie konferencja on-line zaplanowana na 12 grudnia 2023 r.


Marek Rymśza, kierownik UODI UW

² Konferencja w trybie on-line, z wykorzystaniem studia konferencyjnego. Zapis audio-wideo trzech sesji konferencyjnych dostępny na stronie www.uodi.uw.edu.pl.



Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Smyczkowa 5/7, 02-678 Warszawa
tel. 22 55 31 333
www.wuw.pl

Monografia przedstawia dorobek analityczno-badawczy pierwszego roku działalności Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych (UODI) – partnerskiej inicjatywy podjętej na Uniwersytecie Warszawskim przez Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji, Centrum Europejskie oraz Instytut Studiów Społecznych imienia Profesora Roberta Zajonca. W 2022 r. analizowano działania pomocowe w sześciu obszarach problemowych, jakimi są piecza zastępcza, niepełnosprawność, zdrowie psychiczne, uzależnienia, bezdomność i programy senioralne. Ekspertki UODI wskazują na szanse związane z upowszechnianiem podejścia środowiskowego do organizowania wsparcia w każdym z tych obszarów. Zarazem podzielają przekonanie, że deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych nie jest celem samym w sobie, ale procesem mającym służyć dobrostanowi osób wspieranych, i to interes tych osób wyznacza ramy implementacji tego podejścia. Po drugie, prace UODI dotyczyły kształtowania się polityki deinstytucjonalizacji w Unii Europejskiej, z uwzględnieniem programowych prac organów UE oraz wdrażania polityk publicznych w państwach członkowskich. Po trzecie, zrealizowano badania dotyczące działań pomocowych adresowanych do ukraińskich uchodźców wojennych. W Polsce w 2022 r. ukształtował się środowiskowy model wsparcia, bez tworzenia obozów dla uchodźców. Jego podstawą jest społeczna absorpcja uchodźców oparta na oddolnych inicjatywach pomocowych. Analizy UODI pokazują, jak ważne dla utrzymania środowiskowego charakteru wsparcia jest właściwe zagospodarowanie potencjału społecznych aktorów działań pomocowych oraz umiejętne wspieranie wspierających, aby móc przekształcać zryw pomocy w bardziej uporządkowane działania uspołecznione.



Raporty
Uniwersyteckiego
Obserwatorium
Deinstytucjonalizacji
Praktyk Pomocowych
UW

www.wuw.pl