

dr. Elżbieta Bojanowska (Dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych)

Dzień dobry Państwu. Szanowni Państwo, zgromadzeni tutaj na sali, jak i online, witam bardzo serdecznie na kolejnej debacie Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych. Tym razem wspieranie samodzielności i niezależnego życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Witam bardzo serdecznie naszych prelegentów, panią profesor Agnieszkę Sowe-Koftę, panią profesor Ewę Giermanowską oraz uczestników, naszego panelu, panią Agnieszkę Niedziwiecką, prezes zarządu Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych w Łodzi, panią Dorotę Krakowską, dyrektor Centrum Usług Społecznych w Tarnowie, panią doktor Joannę Lizut z Uczelni Korczaka, pana profesora Pawła Poławskiego, pana dyrektora Kamila Bobka, dyrektora Departamentu Współpracy z Organizacjami Podrządowymi z PFRON i pana doktora Rafała Bakalarczyka.

Dziękuję bardzo, że pozytywnie odpowiedzieli Państwo na nasze zaproszenie do debaty. Cieszę się również, że online są z nami przedstawiciele instytucji rządowych, samorządowych, organizacji pozarządowych, świata nauki i studenci. Mam nadzieję, że dzisiejsza dyskusja, wymiana poglądów tak doświadczonych akademików i praktyków przyniesie wiele korzyści. Dziękuję bardzo. Pani profesor, oddaję głos.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Ja również serdecznie Państwa witam. To już jest druga w tym cyklu debat między nauką a praktyką debata poświęcona kwestii usług społecznych. I tak jak w poprzedniej debacie patrzyliśmy na kwestie bardziej zorientowane na organizację świadczenia wsparcia, tak dzisiaj będziemy rozmawiali o usługach społecznych w kontekście podmiotowym. Będziemy mówili o potrzebach poszczególnych grup odbiorców, będziemy mówili o tych działaniach, które są skuteczne, będziemy starali się wskazywać innowacyjne kierunki działań, ale też będziemy próbowali czerpać inspiracje z doświadczeń zagranicznych. Ja dzisiaj pozwolę sobie zacząć referatem, który był bardzo ważny dla mnie pokażę pewne działania realizowane w Polsce, które Państwo zresztą pewnie doskonale znają z praktyki w kontekście międzynarodowym.

Myślę, że pierwszym kluczowym pytaniem jest pytanie, dlaczego usługi społeczne akurat w tym czasie są dla nas niezwykle ważne. Truizmem jest już powiedzenie, że populacja krajów europejskich się starzeje, ale to, co za tym idzie, to przede wszystkim potrzeby wynikające z rosnącego ryzyka niesamodzielności. Osoby starsze są tą grupą, która jest najbardziej narażona, to widzimy na prawym wykresie, na życie z ograniczeniami samodzielności. To ryzyko szczególnie rośnie bardzo silnie już po 50. roku życia, a osoby w wieku lat 80 lub więcej w dużej mierze, potrzebują wsparcia. Oczywiście nie oznacza to, że każda osoba starsza tego wsparcia będzie potrzebowała, ale w mniejszym czy większym zakresie więcej niż co trzecia osoba będzie z pewnością potrzebowała pomocy. Polska jest też krajem, w którym udział osób powyżej 16 roku życia, która deklaruje potrzeby, wsparcia, czy pewien stopień niesamodzielności z uwagi na ograniczenia w wykonywaniu czynności w gospodarstwie domowym, ale też czynności obsługi osobistej jest stosunkowo wysoki.

Wracając do kwestii potrzeb rozwoju usług społecznych, to nie tylko kwestie ilościowe, czyli rosnącej populacji osób starszych, rosnącej populacji osób z niepełnosprawnościami, ale też i usługi społeczne tak są, czy powinny być organizowane, by poszanować potrzeby, by poszanować prawo do godnego życia osób z niepełnosprawnością, prawo do wyboru rodzaju, typu opieki, miejsca sprawowania tej opieki.

Przy czym bardzo silną preferencję obserwujemy nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach europejskich na preferencje do opieki w środowisku, czy to domowym, czy w środowisku, w miejscu zamieszkania, w najbliższej okolicy, w miejscu, które jest bliskie i znane.

Kolejny powód, dla którego usługi społeczne są istotne i się rozwijają, to potrzeba aktywizacji i reintegracji zarówno społecznej, jak i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. I tutaj mowa już niekoniecznie o osobach z niepełnosprawnościami, chociaż również oczywiście, ale też i o osobach w kryzysie bezdomności, o dzieciach opuszczających pieczę zastępczą, czy generalnie o wsparciu świadczonym wobec poszczególnych członków rodziny.

We wszystkich krajach europejskich, jeśli chodzi o opiekę nad osobami starszymi, osobami z niepełnosprawnością, bo w tej pierwszej części naszej debaty głównie będziemy mówili o potrzebach tych dwóch grup, przez wiele lat rozwijały się w krajach europejskich najróżniejsze instytucje opieki, w tym opieki instytucjonalnej. Natomiast świadczenie opieki w systemie publicznym jest niezwykle kosztowne. To widać, kiedy projektowane są wydatki w państwach europejskich, w perspektywie najbliższych kilkadziesiąt lat, robi to Aging Working Group, te wydatki w relacji do PKB są coraz wyższe. W Polsce są poniżej 1%, PKB w krajach Europy Zachodniej są ponad dwukrotnie wyższe. I właściwie we wszystkich krajach, co doskonale pokazują badania SHARE, jest silne zorientowanie, czy silne oczekiwanie, że to jednak, może nieoczekiwane, może świadomość tego, że to jednak pierwszą instytucją pomocową jest rodzina.

Instytucje innego rodzaju, czy to opieki domowej, mają za zadanie wspierać rodzinę w świadczeniu opieki. Te rodzina to są najczęściej partnerzy, to są często dzieci, ale też i w pomocy zaangażowane są osoby mieszkające w najbliższym sąsiedztwie. Usługi społeczne mają te osoby w świadczeniu pomocy i opieki wspierać. Natomiast istotne jest też zapewnienie wsparcia opiekunom, dlatego, że opieka jest niezwykle obciążająca i emocjonalnie, psychicznie, ale też fizycznie. Opiekunowie mają też prawo do tego, by być zaangażowanymi na rynku pracy. Mają też prawo do tego, by mieć prawo, jeśli ta opieka jest opieką całodobową, do ubezpieczenia społecznego. Wreszcie na bardzo istotną rolę usług społecznych wskazują doświadczenia pandemii COVID-19.

To był taki moment kryzysowy, to był moment załamania, to był moment, w którym w większości krajów europejskich w wyniku lockdownu ludzie przebywali w domach, chorowali, byli objęci kwarantanną, izolacją i w tym momencie wsparcie ze strony różnego rodzaju instytucji, świadczących usługi społeczne było niezwykle istotne. To były nie tylko usługi publiczne, bardzo ważną rolę odgrywały organizacje pozarządowe. Organizując sieci wsparcia telefonicznego na przykład, zapewniając kontakty ze społeczeństwem, zapewniając dowóz niezbędnych artykułów żywności na przykład. O czym warto jeszcze pamiętać, to że usługi stanowią coraz większy sektor gospodarek europejskich. Wiąże się to z rosnącą rolą sektora ekonomii społecznej, zatrudnienia w organizacjach pozarządowych. Według danych z 2019 roku, sektor ekonomii społecznej w krajach europejskich stanowi około 5% zatrudnienia w gospodarkach europejskich.

Kiedy mówimy o usługach społecznych, to mówimy o jednolitym bycie. Absolutnie nie. I tutaj nie ma zgody środowiska naukowego, czym są usługi społeczne. Nie ma zgody co do ich zakresu ani funkcji. My dzisiaj będziemy mówić pewnie w największej mierze o usługach społecznych skierowanych do osób starszych, do osób z niepełnosprawnościami, ale też i do osób w kryzysie zdrowia psychicznego i innych grup potrzebujących.

Natomiast usług społecznych, może być bardzo wiele i one mogą obejmować bardzo wiele obszarów. Najszerszy przegląd definicji usług społecznych można znaleźć w książce prof. Mirosława Grewińskiego z przed dwóch lat. I nie liczyłam, przyznaję, ale myślę, że definicji usług społecznych, definicji naukowych przywołanych jest tam kilkanaście. Do mnie chyba najbardziej przemawia definicja brytyjskiego, ekonomisty Nicolasa Barra, który zajmuje się od kilku dekad analizami państwa opiekuńczego, który definiuje usługi społeczne jako takie usługi, które zorientowane są na wypełnienie luk między różnymi instytucjami państwa opiekuńczego, po to, aby pomóc ludziom, którzy nie są w stanie sami zapewnić sobie godnego czy odpowiadającego ich potrzebom życia.

I usługi te wprowadzane są wówczas, gdy opieka ze strony rodziny załamuje się lub wymaga wsparcia. Ta definicja, można powiedzieć, że trochę neoliberalna nawet, ale ona pokazuje jakby pierwszą rolę rodziny jako takiego kręgu wsparcia, a dopiero potem potrzebę wsparcia ze strony instytucji publicznych, czy organizacji pozarządowych. Wydaje mi się o tyle ważne, że ona rzeczywiście odzwierciedla te fakty, które potem znajdujemy w badaniach społecznych. Tak jak jest i wiele definicji usług społecznych, tak i wiele wskazuje się ich możliwych zakresów, jak i możliwych funkcji. Te funkcje najczęściej powtarzające się, dotyczące zaspokojenia potrzeb fizycznych i psychicznych osób wymagających wsparcia, podkreślają rolę państwa jako tej instytucji, która gwarantuje otrzymanie pomocy, ale też i wysiłki, jakie powinny być podejmowane, czy to przez instytucje publiczne, czy przez organizacje pozarządowe, a czasem organizacje prywatne świadczące usługi w celu poprawienia sytuacji osób otrzymujących wsparcie.

Podkreśla się też, że ta pomoc powinna mieć charakter profesjonalny, czyli powinna być świadczona przez osoby do tego odpowiednio przygotowane i powinna być świadczona w sposób zapewniający poszanowanie godności i oparta na relacji osobistej, mimo oczywistego profesjonalizmu. Zakres przedmiotowy usług społecznych jest niezwykle szeroki, obejmujący usługi edukacyjne, zdrowotne, rehabilitacyjne, opiekuńcze, różnego rodzaju asystenckie, ale też i rekreacyjne, doradztwa, komunikacji, mediacji czy usługi kulturalne, a nawet usługi komunalne. To bardzo dobrze widać też w polskim prawie, gdzie usługi społeczne w sposób inny i bardzo szeroki zdefiniowane są np. w prawie zamówień publicznych, obejmując również usługi komunalne, natomiast inaczej zapisane są w prawie o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych, chociaż tak czy inaczej tamtych obszarów świadczenia usług społecznych wymienionych jest dużo, bo jest ich bodajże 14.

Jeśli chodzi o definicję taką bardziej operacyjną, stosowaną w krajach Unii Europejskiej, to oczywiście tutaj też nie ma jednolitego podejścia. Możemy wskazać, na definicję zorientowane na świadczeniu dawców, czyli podkreślające fakt, że usługi społeczne realizowane są przez podmioty sektora publicznego, organizacje non-profit i wybrane instytucje sektora prywatnego i obejmują aktywności ekonomiczne i społeczne głównie w obszarze pracy socjalnej i opieki instytucjonalnej. Z drugiej strony znajdujemy też w opracowaniach europejskich definicję zorientowane na zaspokojenie potrzeb odbiorców, które podkreślają, że jest to pewnego rodzaju dobro publiczne dostarczane bezpośrednio do odbiorcy. Jako przykłady wskazują usługi pomocy społecznej, usługi publicznych służb zatrudnienia, opieki nad dziećmi, mieszkalnictwa społecznego czy opieki długoterminowej.

Wydaje mi się, że najszersza jest trzecia z podanych tutaj definicji, wskazująca, że są to różnego rodzaju interwencje i to co jest ważne, to jest tutaj podkreślony taki aspekt ich jakościowy, to są interwencje zorientowane na osiągnięcie dobrostanu. Znowuż mamy aspekt instytucjonalny, kto te usługi świadczy, podmioty i tutaj chyba jest powszechna zgoda, tak, podmioty publiczne, organizacje non-profit, podmioty prywatne. Warto też podkreślić pewien aspekt prewencyjny związany z usługami społecznymi. Także to są te usługi, które mają przeciwdziałać ryzykom prowadzącym do wykluczenia społecznego. Głównym dokumentem na poziomie europejskim wpisanym w otwartą metodę koordynacji, która ma wspierać realizowanie usług dla różnych grup osób potrzebujących w krajach europejskich i wprowadzenie strategii i działań, które będą skierowane do tych osób jest Europejski Filar Praw Socjalnych.

W 20 zasadach filaru podkreśla się potrzebę wspierania poszczególnych grup. Zasada trzecia odnosi się do osób z niepełnosprawnościami i potrzeby prowadzenia takich działań polityki społecznej, które mają charakter równościowy. Ale też już tutaj bezpośrednio wskazana jest potrzeba zapewnienia dostępu do usług społecznych, wspierających osoby z niepełnosprawnościami w zakresie zatrudnienia, ochrony socjalnej, edukacji i dostępu do towarów i usług. Zasada jedenasta odnosi się do sytuacji dzieci i potrzeby zapewnienia dzieciom dostępu do odpowiedniej, wysokiej jakości opieki i edukacji. Zasada siedemnasta dotyczy kwestii integracji osób z niepełnosprawnościami i ponownie podkreślana jest kwestia dostępu do usług społecznych, tak by umożliwić aktywną partycypację w życiu społecznym i rynku pracy. Zasada osiemnasta bardziej dotyczy sytuacji również osób starszych, nie tylko osób z niepełnosprawnościami, podkreślając potrzebę zapewnienia dostępu do opieki długoterminowej, świadczonej przede wszystkim w środowisku lokalnym i opieki domowej. Zasada dziewiętnasta dotyczy bardzo istotnego obszaru zapewnienia odpowiedniego mieszkalnictwa chronionego, wspomaganego, w tej chwili w Polsce rozwijają się mieszkania treningowe. Podkreśla też, że usługi w zakresie mieszkalnictwa są szczególnie istotne dla osób w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych kryzysem bezdomności. Zasada dwudziesta dotyczy pewnych zasobów infrastrukturalnych, które dla każdego powinny być odpowiednio zapewniane.

Te zasady filaru przekładają się na strategie, strategie na poziomie europejskim, strategie na poziomie europejskim, przekładają się potem na strategie krajowe i na konkretne działania na poziomie krajowym. Z perspektywy rozwoju usług społecznych szczególnie myślę warto wymienić strategię w zakresie opieki, która adresuje kwestie rozwoju opieki wobec różnych grup, zarówno dzieci, dzieci już w okresie żłobkowym, dzieci w okresie przedszkolnym, jak i osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Ale też i podkreśla potrzebę wsparcia dla opiekunów. W tej chwili w krajach europejskich, tam, gdzie systemy opieki długoterminowej jeszcze nie są rozbudowane, tutaj przede wszystkim w krajach Europy Wschodniej przygotowywane są strategie w zakresie opieki długoterminowej, uwzględniające też pewne zalecenia wynikające ze strategii w zakresie opieki, strategii Komisji Europejskiej.

Niewątpliwie ważnym obszarem są działania zapisane w strategii w sprawie niepełnosprawności. Przy czym ta strategia oczywiście nie jest pierwszą, która, o ile strategia dotycząca opieki po raz pierwszy została ogłoszona w bodajże 2021 roku, to jeśli chodzi o kwestie niepełnosprawności, tutaj mamy w zasadzie ciągłość zachowaną przez ostatnich 15 lat. Zmieniają się tylko priorytety poszczególnych dokumentów określanych na czy wskazujących cele na poszczególne okresy.

W strategii na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami, po pierwsze podkreśla się kwestie godnościowe, czyli zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami życia, godnego życia. w środowisku przez nich wybranym z preferencją dla środowiska domowego i preferencją do niezależnego życia. Ale też istotne są role w kwestii aktywizacji społecznej i zawodowej, opieki i braku dyskryminacji w życiu społecznym.

Wreszcie warto wspomnieć o europejskiej strategii na rzecz praw dzieci i deklaracji dotyczącej platformy zwalczania bezdomności. Tutaj dopiero pierwsze działania w tym obszarze zostały podjęte. Te strategie europejskie oczywiście wpisują się w szersze zalecenia zapisane w SDGs, w agendzie ONZ-owskiej. Tak jak jest wiele definicji naukowych, usług społecznych, tak jak jest co najmniej kilka definicji i różnego rozumienia. Usług społecznych na poziomie Unii Europejskiej czy w krajach Unii Europejskiej. Ale można podkreślić pewne elementy wspólne. Po pierwsze usługi społeczne, tak jak są one w krajach europejskich świadczone, najczęściej oparte są na indywidualnej ocenie potrzeb. Po drugie obejmują zarówno usługi o charakterystyce społecznej, ale też informacyjnej, informacyjnym jako taki pierwszy punkt. Definiujemy potrzeby, informujemy o możliwościach wsparcia, a dopiero później określa się jakie bezpośrednie wsparcie w ramach usług jest potrzebne. Zawsze zorientowane są one na wspieranie samodzielności, czyli w pierwszej kolejności na opiekę domową, opiekę środowiskową. W większości krajów europejskich podkreśla się kwestie wspierania rodziny w pełnieniu jej funkcji i zabezpieczeniu potrzeb. A usługi często też mają charakter doradczy, treningowy wobec rodzin.

Wreszcie w dużej mierze skierowane są do osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, co wynika z obciążenia demograficznego w krajach europejskich. No i ostatni obszar usług społecznych, które wspierają aktywizację społeczną, zawodową. Jeśli chodzi o ulokowanie usług społecznych w aktach prawnych, to widzimy dwie tendencje. W części krajów obowiązują ustawy o usługach społecznych, czy regulacje prawne zapisane stosunkowo szeroko, to znaczy obejmujące regulacje w różnych obszarach, których te usługi są świadczone. Przykładem są kraje skandynawskie, Szwecja, Finlandia, ale też i Belgia. W drugiej grupie krajów widzimy regulacje zorientowane na zaspokojenie poszczególnych, specyficznych grup odbiorców. Tak jest na przykład w Niemczech, gdzie mamy odrębne ustawy czy kodeksy dotyczące usług społecznych, czy to dla rodzin, czy to dla osób wymagających opieki długoterminowej, to też wynika z tego, że w Niemczech opieka długoterminowa jest wydzielonym, odrębnym sektorem od pomocy społecznej i od opieki zdrowotnej. Jest to specyfika tego kraju, jedyne mającego system, klarowny system ubezpieczeniowy wydzielonej opieki długoterminowej spośród krajów europejskich.

Myślę, że tutaj również wpisuje się prawo czeskie, w którym ustawa o usługach społecznych dla osób niesamodzielnych wprowadzona została w 2006 roku i wyznaczyła klarownie i rodzaje dostępnych usług i kryteria dostępności usług dla osób z ograniczonym poziomem samodzielności, a ten poziom samodzielności wyznaczany jest w stosunku do podstawowych i instrumentalnych aktywności życia codziennego. I przyznam szczerze, miałam spory problem z ulokowaniem Polski, bo mamy tutaj z jednej strony ustawę o realizowaniu usług społecznych, przez Centra Usług Społecznych, która wskazywałaby raczej, że może mamy jedną regulację ogólną, ale z drugiej strony mamy regulacje szczegółowe dotyczące na przykład pomocy społecznej, czy usług świadczonych w domach pomocy społecznej. I tak też pomyślałam sobie, że ustawa o CUS-ach, jak ją na co dzień nazywamy, nie podając pełnej nazwy, ona przecież już zaraz na samym początku, chyba w trzecim czy czwartym paragrafie, potem, jak wskazuje, 14 typów usług odwołuje się do 19 regulacji szczegółowych.

Więc raczej skłaniałabym się do tego, by powiedzieć, że tu też mamy regulacje ulokowane w różnych szczegółowych prawach, mimo że ustawa o realizacji usług społecznych wydaje się być pewnym takim rozwiązaniem też parasolowym, ale w odniesieniu do CUS-ów wyłącznie. Nie w odniesieniu do innych instytucji. Jakie są najważniejsze kierunki rozwoju usług społecznych obecne w krajach europejskich? Pierwszym z takich kierunków jest personalizacja. I ta personalizacja odbywa się na różny sposób. Po pierwsze poprzez wdrażane w sposób mniej lub bardziej sformalizowane mechanizmy indywidualnej oceny potrzeb. Zapotrzebowania nie tylko na poziomie populacji, ale zapotrzebowania indywidualnego, po to, żeby te usługi miały charakter jak najbardziej dopasowany do indywidualnych możliwości osoby objętej wsparciem. Po drugie ta personalizacja ma charakter finansowy, na przykład poprzez wprowadzanie bonów opiekuńczych. W Polsce był taki projekt. Niemniej nigdy wprowadzenia bonu opiekuńczego nie uzyskał on wsparcia do tego, by być realizowanym.

No i wreszcie personalizacja ma wymiar wyboru usługodawcy. Ja bym powiedziała, że zarówno kwestia bonów, czy takich voucherów na pewnego rodzaju usługi, jak i kwestia dotycząca możliwości wyboru usługodawcy, to one ewidentnie służą marketingowi. To znaczy, to są takie elementy, które służą do tego, by rynek usług społecznych się rozwijał. Nie tylko poprzez instytucje sektora publicznego, ale również instytucje sektora prywatnego, które tworzą się w odpowiedzi na zapotrzebowanie i w odpowiedzi na konkretne pieniądze, które za usługami idą.

Drugim kierunkiem, w których pokładane są bardzo duże nadzieje, jest wykorzystanie nowych technologii w zakresie usług społecznych, w tym w szczególności w opiece, opiece długoterminowej. To mogą być zarówno technologie wspierające bezpośrednio osoby wymagające pomocy. W Polsce to zazwyczaj jest taki guzik pierwszej pomocy zamontowany w zegarku czy monitorowanie funkcji życiowych. Natomiast oczywiście te technologie mogą mieć znacznie bardziej rozbudowane.

Drugim kierunkiem jest inwestowanie w technologie, które wspierają opiekunów nieformalnych, czy opiekunów formalnych. Wystarczy prosta aplikacja na telefonie opiekuna, który będzie widział, co się dzieje z daną osobą, tudzież osoba bezpośrednio z nim będzie mogła się skontaktować, albo parametry życiowe będą widoczne na telefonie opiekuna. Wprowadzone są również takie narzędzia pozwalające na sprawniejsze zarządzanie personelem, zarządzanie czasem pracy personelu świadczącym usługi społeczne. Też często są to narzędzia po prostu oparte na aplikacjach zainstalowanych na smartfonach. Oczywiście to tak jest, że bardzo duże nadzieje w tym obszarze są pokładane. Niemniej w tej chwili w opiece ja nie widzę takich rozwiązań, które byłyby rzeczywiście na szeroką skalę poza opaskami i wdrażane, i wprowadzane.

I wciąż myślę, że kwestia pracy socjalnej jest tutaj, czy pracy opiekuńczej bezpośrednio z osobą wymagającą pomocy jest dominująca. Kolejny kierunek rozwoju usług to wsparcie opiekunów nieformalnych, w szczególności opiekunów rodzinnych, którzy świadczą opiekę bezpłatnie. To wsparcie w formie usługowej obejmuje też takie miękkie mechanizmy usług psychologicznych, wsparcia w formie grup samopomocowych, warsztatowych. Myśmy też w Instytucie prowadzili taki projekt w ubiegłym roku, łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka. Tam grupy samopomocowe opiekunów też powołały się w Przasnyszu, chyba też w jeszcze jednej lokalizacji. I były bardzo wysoko oceniane. Opiekunowie rzeczywiście nie mają takiej, mają ogromne potrzeby, natomiast nie zawsze mają przestrzeń do tego, by wzajemnie sobie pomagać. Są to rozwiązania nisko kosztowe, a bardzo korzystne.

Ale też wsparcie opiekunów formalnych to jest odpowiedni dostęp do usług zdrowotnych, odpowiedni dostęp do usług rehabilitacyjnych. Ponieważ opieka jest niezwykle obciążająca, zarówno emocjonalnie, jak i fizycznie. Wreszcie są to różnego rodzaju warsztaty, treningi umiejętności oraz usługi opieki wytchnieniowej, które w Polsce też powoli się rozwijają. I wreszcie bardzo ważny kierunek, ale też bardzo trudny. Chyba nie ma takiego kraju, który by sobie z nim w sposób wystarczająco skuteczny poradził, to jest kwestia koordynacji, tudzież integracji usług. Koordynacji zarówno na poziomie regulacji prawnych, ponieważ w większości krajów europejskich usługi świadczone są zarówno w sektorze opieki, ochrony zdrowia, jak i w sektorze pomocy społecznej. Ale przede wszystkim koordynacji na poziomie lokalnym, gdzie mamy różnego rodzaju interesariuszy działających międzysektorowo, działających niejednokrotnie. W sektorze prywatnym.

Wreszcie koordynacji między różnymi poziomami administracji, ponieważ poziom lokalny jest odpowiedzialny za wdrażanie usług, poziom regionalny bardzo często za planowanie tychże usług. I tutaj kwestia odpowiedniej organizacji jest niezwykle istotna. Chciałabym podać kilka przykładów systemów opieki. Ale nie będę kompleksowo odpisywała całych systemów, bo myślę, że to by zajęło nam zbyt dużo czasu. Ale chciałabym wskazać pewne cechy ich wspólne w wybranych krajach europejskich i też pewne rozwiązania, które są rozwiązaniami wartymi uwagi. Wybrałam do tego celu Austrię, Szwecję i Czechy. W Austrii, tak jak i w Polsce, tak jak i w Szwecji usługi udzielane są w formie opieki domowej, opieki dziennej i opieki instytucjonalnej. Ja raczej będę mówiła o tych dwóch formach opieki środowiskowej. Kwestię opieki instytucjonalnej pozostawiam jednak na boku.

Usługi opieki domowej, środowiskowej udzielane są wobec osób z niepełnosprawnościami. Wobec osób starszych w celu poprawy ich jakości życia i funkcjonowania w środowisku lokalnym. Udzielane są poprzez instytucje administracji lokalnej, przy czym w Austrii mamy dosyć silną regionalizację. To znaczy regiony są odpowiedzialne za to, jakiego rodzaju usługi będą dostępne na ich terenie. W literaturze można znaleźć takie idee przewodnie, że usługi powinny być udzielane zgodnie z zasadą case and care management, czyli powinny mieć charakter spersonalizowany. Ważną rolę odgrywają różnego rodzaju usługi mobilne, obejmujące dowożenie posiłków, opiekę pielęgniarstwa, czy pomoc domową, taką o charakterze asystenckim, pomocy w gospodarstwie domowym. Usługi opieki dziennej świadczone są w geriatrycznych domach opieki dziennej i obejmują różnego rodzaju warsztaty, usługi terapeutyczne, organizacje wydarzeń, wycieczek tematycznych, wsparcie doradcze dla opiekunów. Natomiast w całym systemie jakość usług wspierana jest poprzez certyfikację i jest powołany w tym celu urząd certyfikujący jednostki i świadczący opiekę zarówno całodobową, jak i opiekę w środowisku.

Ważnym elementem jest umożliwienie osobom, które wychodzą z opieki całodobowej, czy opieki szpitalnej, przebywania w takich ośrodkach opieki tymczasowych, zapewnienie mieszkania współdzielonego po to, by mieć czas na zaplanowanie opieki, dostępnej docelowo. Rozwijają się też mieszkania współdzielone ze wsparciem usługowym jako taka alternatywna forma opieki dla osób, które nie mogą lub nie chcą być objęte opieką całodobową. Mamy przecież też taką ideę deinstytucjonalizacji opieki, również obecną w Austrii. Nie są już w stanie funkcjonować w środowisku własnego domu. Wartą podkreślenia kwestią jest to, że Austria jako jedyna w 2007 roku wprowadziła regulacje umożliwiające pracę migrantów, świadczących całodobowe usługi opiekuńcze w domach swoich podopiecznych. Ci migranci po pierwsze są zarejestrowani, zakładają własną działalność gospodarczą i muszą przejść też podstawowe szkolenie z zakresu pomocy.

Oczywiście ten system nie jest idealny, ten system nie jest odporny na nadużycia, ten system nie zawsze zapewnia odpowiednią jakość usług, ale Austria jest jedynym krajem, która tego typu regulacje wprowadziła, dzięki czemu na przykład wie ile migrantów pracuje bezpośrednio w domach swoich podopiecznych. W innych krajach, w Niemczech czy w Polsce, gdzie tego typu opieka jest świadczona, ona jest świadczona w sektorze nieformalnym. Także warto tutaj mieć na uwadze tego typu rozwiązanie, które już nie jest nawet pewną innowacją, obowiązuje od kilkunastu lat. I mimo, że jest krytykowane lokalnie jako rozwiązanie niedoskonałe, to jest jedynym tego typu rozwiązaniem w Europie. Jeśli chodzi o opiekę wobec osób starszych w Szwecji, to usługi są silnie zdecentralizowane, realizowane przez samorządy lokalne i od wielu, wielu lat podkreśla się potrzebę deinstytucjonalizacji opieki. Rzeczywiście w tym kierunku działania zostały bardzo silnie podjęte od początku lat 90. I liczba osób objętych opieką instytucjonalną znacznie się przez ostatnie dwie dekady zmniejszyła.

Personalizacja opieki ma miejsce poprzez tworzenie indywidualnych planów opieki dla osoby wychodzącej z okresu hospitalizacji. I podkreśla się potrzeby współdziałania w tym zakresie personelu medycznego z personelem pomocy społecznej. To, by zapewniana opieka była jak najbardziej kompleksowa i mogła zapobiegać ponownej hospitalizacji, tudzież przejściu osoby do opieki instytucjonalnej. Usługi opieki domowej świadczone są na zasadzie uniwersalizmu, a więc bez testu dochodowego, chociaż jest minimalna opłata za ich świadczenie. Ważną rolę w systemie odgrywają też usługi opieki, czyli dzienne, świadczone w centrach dziennego wsparcia. Istotne są również usługi świadczone dla opiekunów. One obejmują zarówno wsparcie finansowe, jak i wsparcie usługowe, na przykład w postaci opieki wytchnieniowej. Przy czym w literaturze podkreśla się, że ze względu na silną decentralizację te usługi nie zawsze są dostępne, nie zawsze są dostępne w tym samym wymiarze, nie zawsze są dostępne również przy tej samej odpłatności. I jest to cały czas jeszcze wyzwaniem dla tego systemu.

Jeśli chodzi o usługi opieki nad osobami niesamodzielnymi w Czechach, to tak jak już wcześniej wspomniałam, ustawa regulująca zakres tej opieki i uprawnienia do usług opiekuńczych została wprowadzona w 2007 roku. Usługi świadczone są przez instytucje administracji lokalnej, natomiast władze regionów przygotowują trzyletnie plany rozwoju usług społecznych. Podobne rozwiązania, czy podobne kierunki w tej chwili realizowane są w Polsce, gdzie regionalne ośrodki polityki społecznej przygotowują plany deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych i dąży się do tego, by były przygotowywane również lokalnie. gdzie regionalne ośrodki polityki społecznej przygotowują plany deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych. Usługodawcami są zarejestrowane w rejestrach regionalnych instytucje publiczne, ale również dosyć istotną rolę odgrywają organizacje pozarządowe i instytucje sektora prywatnego. Przy czym podkreśla się, że ze względu na niedostateczną podaż usług, często opieka jest prywatyzowana, to znaczy sektor publiczny jest niewydolny, w związku z czym część usług po prostu świadczona jest przez instytucje prywatne w sposób całkowicie odpłatny.

Rozwijają się również mieszkania chronione i mieszkania wspomagane, w tym powoli. Jest to działanie długofalowe. I kiełkuje idea kompleksów mieszkalnych dla osób, które wymagają stałej pomocy i chcą kontynuować życie w środowisku. Nie będę szczegółowo mówiła o sytuacji Polski, bo to będzie w kolejnym referacie. Natomiast chciałabym podkreślić, że ponieważ we wszystkich krajach, mówiłam też o definicji usług społecznych, w Polsce ta definicja jest niesłychanie szeroka. Określona przede wszystkim w ustawie o realizowaniu usług społecznych.

Natomiast w niektórych wypadkach ograniczana jest do usług wspierających osoby starsze i osoby niesamodzielne, tudzież osoby z niepełnosprawnościami. Tak się dzieje w przypadku niektórych projektów na przykład finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego. Dominującą rolę, jeśli chodzi o świadczenie usług, podobnie jak w innych krajach, odgrywa samorząd lokalny. Rozwijają się też nowe kierunki usług opiekuńczych, na przykład usługi sąsiedzkie. I w ostatnim czasie zostały wpisane do ustawy o pomocy społecznej. To, co jest polską specyfiką, to, że obok ośrodków pomocy społecznej, centrów usług społecznych, które są instytucjami publicznymi najsilniej zaangażowanymi w świadczenie pomocy, rozwijają się różnego rodzaju inne centra usługowe. Centra usług społecznościowych, centra usług socjalnych, one pod bardzo różnymi nazwami funkcjonują i w wielu lokalizacjach powstają. Myślę, że warto też podkreślić rozwijające się wsparcie opieki dziennej, zarówno w klubach, centrach seniorów, jak i w centrach opiekuńczo-mieszkalnych skierowanych głównie dla osób z niepełnosprawnościami.

I wreszcie rozwijanie się usług wspierających opiekunów. Przy czym myślę, że problemem tutaj jest cały czas jeszcze bardzo nierównomierne rozproszenie tych usług na terenie Polski, głównie ze względu na ich programowy charakter. Tak jak już wspomniałam, dąży się do przyjmowania przez samorzady planów rozwoju usług społecznych. To jest działanie realizowane w CUS-ach, planów deinstytucjonalizacji usług społecznych. To jest działanie realizowane na poziomie regionalnym i lokalnym. Takie działanie też było realizowane w projekcie, w którym brał udział Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Jako jeden z partnerów opracowano lokalne plany deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych. W 20 lokalizacjach, gminach i powiatach na terenie całej Polski. I też gminy i powiaty, powiaty to PCPR oraz domy pomocy społecznej, realizowały różnego rodzaju wsparcie usługowe dla osób usamodzielnianych, oparte na indywidualnych planach usamodzielniania. Realizowane też były warsztaty dla rodzin zastępczych, warsztaty usamodzielniające, rozwijano opiekę dzienną poprzez tworzenie ośrodków wsparcia czy szkolenie dla personelu, przygotowując personel do świadczenia usług społecznych w społeczności lokalnej.

Podsumowując, jakie są wyzwania związane z rozwojem usług społecznych i świadczeniem usług w sposób skuteczny? Po pierwsze, potrzeba włączenia odbiorców usług i ich rodzin oraz usługodawców w proces planowania usług społecznych, tak by jak najlepiej diagnozować zarówno potrzeby lokalne, jak i możliwości ich zaspokojenia i w miarę możliwości dopasować stronę popytową ze stroną podażową, tudzież włączać organizacje pozarządowe, instytucje prywatne w możliwości zaspokojenia potrzeb, jeśli one przekraczają możliwości instytucji publicznych. Druga kwestia to jest kwestia odpowiedzialności za realizowanie i koordynowanie usług społecznych między regionami, między różnymi poziomami administracji, między sektorami. W Polsce na przykład zadania w zakresie realizowania bezpośredniego z klientem pracy są rozłożone między zadania gminy i powiatu i niekiedy skoordynowanie tych usług, na przykład procesów deinstytucjonalizacji osób przebywających w DPS-ach, gdzie większość DPS-ów jest powiatowa, z realizacją usług, które realizowane są na poziomie gminy, niewątpliwie jest bardzo poważnym wyzwaniem, jeśli skutecznie chcemy wprowadzać deinstytucjonalizację usług społecznych.

Kolejna kwestia to problemy z zapewnieniem odpowiedniej infrastruktury mieszkaniowej. Wskazuje się tu na braki w odpowiedniej infrastrukturze, na braki lokalowe po prostu, tudzież na potrzeby dopasowania infrastruktury mieszkaniowej do indywidualnych potrzeb. W niektórych krajach, na przykład w Niemczech w ramach systemu opieki długoterminowej gwarantowane są, jeśli osoba tego potrzebuje oczywiście, środki finansowe na dopasowanie lokalu do zmieniającej się sprawności, odpowiednie wyposażenie łazienki czy zapewnienie odpowiedniego podjazdu windy. W starych kamienicach montowane są windy po to, by osoby z niepełnosprawnościami czy starsze mogły dostać się, żeby nie były więzione w swoim mieszkaniu ze względu na to, że są tam wyłącznie schody.

Kolejna kwestia widoczna absolutnie we wszystkich krajach europejskich to niedobory kadrowe. Zawody opiekuńcze nie są zawodami prestiżowymi, nie są też zawodami wysoko wynagradzanymi, w związku z czym wszędzie obserwujemy deficyty kadrowe. No i też poszukiwanie. No i też poszukuje się nowych możliwości zatrudniania. Tutaj pewną ścieżką rozważaną w wielu krajach jest zatrudnienie w ramach reintegracji zawodowej czy zatrudnianie migrantów. Należy jednak wziąć też pod uwagę i różnice językowe, różnice kulturowe i proces odpowiedniego przygotowania do świadczenia usług, tak by zapewnić ich odpowiednią jakość. Wreszcie kwestia terytorialnej dostępności usług. Planowania usług, możliwości korzystania z różnego rodzaju programów kierowanych do samorządów. To też jest taki element koordynacyjny. We wszystkich krajach istotna jest rola sektora prywatnego. Przy czym sektor prywatny ma różne funkcje. Znaczą albo funkcję komplementarną wobec usług świadczonych w sektorze publicznym albo funkcję kompensacyjną. To znaczą wypełnia lukę tam, gdzie te usługi nie są świadczone na wystarczającym poziomie.

No i wreszcie ostatni temat to możliwości wykorzystania nowych technologii w usługach społecznych. Tutaj wciąż są bardzo duże oczekiwania. Nie do końca spełnione, ale myślę, że następne lata przyniosą być może rozwiązania. Następne pokolenia też osób starszych wymagających wsparcia będą coraz bardziej obeznane z technologiami cyfrowymi. Więc ten świat usług społecznych będzie się też zmieniał przy wykorzystaniu nowych technologii. Dziękuję bardzo i oddaję głos pani dr Elżbiecie Bojanowskiej, która przybliży nam sytuację w Polsce.

dr. Elżbieta Bojanowska (Dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych)

Dziękuję bardzo. Szanowni Państwo. Osoby potrzebujące wsparcia czy pomocy były zawsze w społeczeństwach. Także pomoc tym osobom jest zjawiskiem ponadczasowym. Można powiedzieć, że istniała od zawsze. Na przestrzeni wieków zaś zmieniały się modele, były różne modele, różne tendencje i różne kierunki tych działań. Niemniej jednak zawsze kluczową rolę odgrywała rodzina. Tymczasem dziś zmienia się struktura rodziny, relacje międzypokoleniowe, które kiedyś stanowiły jej potencjał i na którym budowano jej funkcjonowanie. Zjawisko zależności i utraty samodzielności wynikające z choroby czy niepełnosprawności może występować i występuje we wszystkich fazach ludzkiego życia. To jednak, jak pokazują dane, w znacznym stopniu wiąże się z procesem starzenia się, a szczególnie z procesem podwójnego starzenia się populacji, czyli rosnącego udziału ludności w najstarszych grupach wiekowych powyżej 80 lat. Jak podaje GUS, obecnie osób w wieku 80 lat i więcej mamy 4,4% populacji. W 2030 roku będzie to prawie 6%, w 2035 prawie 8%, w 2040 9,5%, a w 2050 10,4%. Natomiast przeciętny wiek trwania życia w zdrowiu, nazywany również wskaźnikiem oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności, w Polsce w 2022 roku wyniósł 60 lat i 1 miesiąc dla mężczyzn i 63 lata i 7 miesięcy dla kobiet. Tyle lat żyjemy w zdrowiu.

Chcę też podkreślić czy zaznaczyć, że w starszych grupach wiekowych maleje liczba orzeczonych osób z niepełnosprawnością, ale wzrasta liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Nie ma potrzeby po prostu orzekania o niepełnosprawności tychże osób. Jeżeli wzrasta nam liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, to wzrasta prawdopodobieństwo korzystania z pomocy osób trzecich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Jeżeli zaś chodzi o dyskusje i ustalenia terminologiczne dotyczące niesamodzielności, trwają one od kilku, jeśli nie kilkunastu lat. Wynikają one też z wieloznaczności, wieloobszarowości czy wielopłaszczyznowości. Samego pojęcia niepełnosprawności oraz różnych rodzajów niepełnosprawności czy sposobów ich klasyfikowania. Dlatego też trudno mówić o osobach niepełnosprawnych jak o jednej grupie, która ma takie same problemy i spotyka się i trzeba je tak samo rekompensować.

Jeżeli zatem przyjmiemy, że sprawność oznacza zdolność do wykonywania określonych czynności, i dotyczy zarówno ciała, jak i umysłu, a samodzielność to zdolność do wykonywania różnorodnych czynności w życiu codziennym. Na przykład zdolność do samodzielnego funkcjonowania w społeczności bez pomocy lub z niewielką pomocą innych osób. To pojęcia te wiążą się nierozdzielnie z autonomią, niezależnością, samostanowieniem czy możliwością zaspokajania własnych potrzeb. A zatem niesamodzielność powoduje zależność, konieczność korzystania z pomocy bądź opieki innych osób z powodu upośledzenia funkcji organizmu, czy to fizycznej, psychicznej lub umysłowej. Niesamodzielność według WHO to utrata możliwości zaspokajania swoich życiowych potrzeb przez jednostkę, a główne działania systemów opieki nad osobami niesamodzielnymi powinny koncentrować się na zapewnieniu wsparcia przede wszystkim w środowisku zamieszkania, osoby, która tej pomocy wymaga.

Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, do której przystąpiły wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej, stała się podstawą strategii na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021-2030 i poprzedzającej ją europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności na lata 2010-2020, o której też wspominała Pani Profesor. Zgodnie z obowiązującą strategią, z punktem siódmym osoby z niepełnosprawnościami, zarówno starsze jak i młodsze, mają równe prawo do niezależnego życia i wyłączenia społecznego oraz dokonywania wyborów takich samych jak inne osoby dotyczących zarówno miejsca zamieszkania oraz tego z kim i jak mieszkają. Niezależne życie, stanowi konwencja, wymaga zróżnicowanego krajobrazu wysokiej jakości, dostępnych, ukierunkowanych na człowieka i przystępnych cenowo, opartych na społeczności i rodzinie usług, które obejmują pomoc osobistą, opiekę medyczną i interwencję pracowników socjalnych, które ułatwiają codzienne życie i dają wybór osobom z niepełnosprawnościami i ich rodzinom.

Ponadto Komisja Europejska określiła pewne priorytety, wskazując między innymi na dostępność, czyli tę możliwość swobodnego przemieszczania się i pobytu, ale także uczestnictwa w procesach demokratycznych, czy zapewnienia godnej jakości życia, a także możliwości prowadzenia niezależnego życia. Ponieważ strategia koncentruje się w szczególności właśnie na procesie deinstytucjonalizacji, ochronie socjalnej i niedyskryminacji w miejscu pracy, ale także zwraca uwagę na równe uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami. Zwraca uwagę na wykluczenie części osób z życia społeczności i braku kontroli nad swoim codziennym życiem, które wynika głównie z niewystarczającego dostępu do odpowiednich usług na poziomie społeczności lokalnych, mieszkań czy też pomocy technicznych, jak również z ograniczonej dostępności wsparcia dla rodzin, opiekunów nieformalnych i pomocy osobistej.

Ponadto Komisja Europejska zwróciła uwagę, że ten sektor właśnie, boryka się z niedoborem pracowników i trudnymi warunkami pracy. W przypadku zaś osób starszych z niepełnosprawnościami, które mieszkają na obszarach wiejskich, występuje również większe ryzyko niewystarczającej dostępności usług społecznych, braku tych usług i świadczeń zdrowotnych. Szanowni Państwo, jeżeli podejmujemy decyzję w zakresie doboru usług opiekuńczych i miejsca, i miejsca życia osoby starszej, to Wilkinson mówi, że musimy zwrócić uwagę na trzy rzeczy. Po pierwsze, jakie są potrzeby osoby starszej, te potrzeby, które musimy zaspokoić. Po drugie, jaka jest całościowa oferta usług, które te potrzeby może zaspokoić. I po trzecie, jakie są możliwości i źródła finansowania tychże usług.

Ponieważ Pani Profesor mówiła o różnych kierunkach działań, ja przede wszystkim skupię się na procesie deinstytucjonalizacji. U nas nazywanym, może lepiej, procesem úsrodowiskowienia. Bo ten kierunek głównie dzisiaj nam wyznacza nasze działania. Bowiem on ma na celu przede wszystkim umożliwić odbiorcom usług społecznych jak najdłuższe przebywanie w miejscu zamieszkania. I niezależnie od różnych sposobów rozumienia pojęcia úsrodowiskowienia. Oczekiwania w stosunku do tego procesu koncentrują się na tych rozwiązaniach, które pozwalają częściowo przenieść opiekę z instytucji do środowisk lokalnych oraz wesprzeć osoby potrzebujące wsparcia, a także ich otoczenie, ich sprawowanie. Artykuł 19 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych wskazuje, że osoby niepełnosprawne będą miały możliwość wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać na zasadzie równości z innymi osobami. A także, że nie będą zobowiązane do mieszkania w szczególnych warunkach.

Po drugie będą miały dostęp do szerokiego zakresu usług wspierających świadczonych w domu bądź placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz do innych usług w miejscu zamieszkania i innych usług wspierających świadczonych w ramach społeczności lokalnej, w tym do pomocy osobistej niezbędnej do życia i do włączenia w społeczność oraz które zapobiegają izolacji i segregacji społecznej. Zatem te wszystkie działania, które powinny być proponowane i są proponowane w dużej mierze powinny być adresowane z jednej strony do osób zależnych, a z drugiej strony do ich opiekunów. I wśród tych działań adresowanych do osób niesamodzielnych musimy postawić na rozwój mieszkalnictwa dziś treningowego i wspomaganego, jeszcze niedawno chronionego, ale jesteśmy w nowym procesie prawnym, bo reguluje to rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 30 października tego roku, czyli bardzo świeże w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych.

To rozporządzenie określiło minimalny standard usług świadczonych w mieszkaniu treningowym, który między innymi dotyczy samoobsługi, zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, w tym przygotowania posiłków czy efektywnego zarządzania czasem. Określił także minimalny standard świadczony w mieszkaniu wspomaganym, kierowanym do osób niepełnosprawnych, osób w podeszłym wieku czy przewlekle chorych, w których należy tym osobom pomagać w wykonywaniu czynności dnia codziennego, czy to przemieszczania, czy higiena osobista, ubieranie się, pranie, sprząatanie. Tu mamy cały katalog wymienionych usług świadczonych w tychże mieszkaniach.

Te usługi mają być świadczone w różnych porach dnia i adekwatne mają być do potrzeb tychże osób w ciągu 7 dni w tygodniu, czyli codziennie bym powiedziała, jednak nie krócej niż 3 godziny dziennie. Kolejną rzecz, na którą powinniśmy bardzo mocno postawić to rozwój różnych form opieki dziennej, ośrodków wsparcia. Ich mamy całkiem sporo na terenie kraju, ale wydaje się, że cały czas zbyt mało. Czy to środowiskowych domów samopomocy, czy dziennych domów pomocy, domów dziennego pobytu, czy klubów seniora.

Bo to one właśnie zapewniają te zindywidualizowane zajęcia i zaspokajają potrzebę tychże osób. To także rozwój usług społecznych w miejscu zamieszkania. Znamy doskonale usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, nie chcę o nich mówić, ale chcę zwrócić uwagę, że znowu mamy nową sytuację prawną, bo od 1 listopada mamy wpisane do ustawy usługi sąsiedzkie jako nową formę świadczenia pomocy społecznej. Ona została wprowadzona nowelizacją ustawy o pomocy społecznej z lipca tego roku. Usługi sąsiedzkie mogą być przyznane osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby, bądź innych przyczyn wymaga innych osób, a jest jej pozbawiona tej pomocy. Te usługi sąsiedzkie obejmują m.in. pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawowej opieki higieniczno pielęgnacyjnej oraz w miarę potrzeb i możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Do kolejnych działań, do których powinniśmy zmierzać, to wprowadzenie usługi asystencji osobistej. Kolejna rzecz też wspomniana to teleopieka i telemedycyna. Ja ją też umieściłam jako to działanie, które powinny być realizowane w środowisku. Między innymi Komisja Europejska zwróciła uwagę na potrzebę wykorzystania tych technologii informacyjno-komunikacyjnych, ale także dzisiaj już sztucznej inteligencji, czy robotykę do projektowania usług świadczonych na miejscu, ale także na odległość, dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Jednak ich skuteczne wykorzystanie wymaga usunięcia barier w dostępności w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami i inwestowania w umiejętności cyfrowe tychże osób.

Wspomnę tylko o działaniach kierowanych do opiekunów osób niesamodzielnych. To jest niezwykle ważna. To opieka wytchnieniowa. To podnoszenie kompetencji opiekuńczych. To przeciwdziałanie wypaleniu opiekunów. To bardzo mocno wyszło właśnie w tym projekcie wspomnianym łagodzenie skutków pandemii takiego ryzyka, gdzie tworzyły się grupy samopomocowe w Przasnyszu, ale te grupy były, one były, te osoby wspierające były ważne dla osób zależnych, ale one bardzo mocno pomyślały, że one same potrzebowały grupy wsparcia. I te ich spotkania dla nich były bardzo ważne. Te spotkania z psychologiem. Dlatego musimy pamiętać też o tym aspekcie. Czy też pomóc opiekunom nieformalnym potem wrócić na rynek pracy. Szanowni Państwo i chciałam zwrócić uwagę na wyniki badań też wspomnianych, w których uczestniczył Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, a mianowicie opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów, planów DI usług społecznych. Jakże tutaj wnioski, szczególnie z punktu widzenia dzisiejszej debaty.

Przedstawiciele gmin, w których podejmowane są inicjatywy w obszarze usamodzielnienia, wskazują, znaczy wykazują się świadomością celu procesu deinstytucjonalizacji, ale także wskazują na jego złożoność. Wskazując nie tylko na proces wychodzenia z instytucji, ale także na profilaktykę pozwalającą na zminimalizowanie zapotrzebowania na wsparcie instytucjonalne. Z drugiej strony widzimy różnorodne rozumienie tego pojęcia. Bywa ono rozumiane jako dążenie do całkowitego odejścia od całodobowej opieki instytucjonalnej i idącą zatem likwidacją instytucji, co oczywiście budzi opór i obawy i myślę, że nie ma takiego w ogóle kierunku dzisiaj zmian, czy też inne obawy, czy opieka środowiskowa w sposób pełny, kompleksowy zapewni odpowiednie wsparcie dla wszystkich potrzebujących osób, bo przecież te osoby potrzebujące są bardzo różnorodną grupą społeczną. Jest też odbierane jako zagrożenie dla miejsc zatrudnienia pracowników instytucji pomocy. Jako przykład DI też jest wymieniane odchodzenie od opieki w dużych DPS-ach na rzecz mniejszych.

Niezależnie jednak od sposobów rozumienia pojęcia deinstytucjonalizacji, oczekiwania w stosunku do tego procesu koncentrują się na rozwiązaniach, które pozwalają przynajmniej częściowo przenieść opiekę z instytucji do środowisk lokalnych oraz wesprzeć osoby potrzebujące wsparcia, a także ich otoczenie w jej sprawowaniu. To wynika między innymi ze strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 z perspektywą do 2035, która wskazuje na potrzebę otwarcia domów pomocy społecznej na świadczenie usług środowiskowych, w tym wsparcia krótkoterminowego w postaci opieki wychnieniowej oraz organizowania mieszkalnictwa treningowego. Choć już chcę zaznaczyć, że dzisiaj DPS-y też tę formę mogą świadczyć. Katalog skutków procesu DI, na którą zwracali badanie, jest bardzo zróżnicowany. Między innymi wskazywali na to, że będzie to stanowiło obciążenie dla instytucji, czyli zwolnienie miejsc dla osób, które rzeczywiście wymagają stałej instytucjonalnej opieki, bo takie osoby zawsze będą w społeczeństwie, które będą wymagały opieki instytucjonalnej. Nie będzie rodzina czy nawet opiekunowie nie będą w stanie poradzić sobie z tą opieką w domu. Zwracali uwagę na lepsze, bardziej efektywne wykorzystanie środków na pomoc, czyli opieka instytucjonalna nie pomaga często w wyjściu z kryzysu, na wyjściu z tego problemu. Zwracali uwagę także na większy kontakt z osobami z niepełnosprawnościami i w kryzysach, że w środowisku bardziej jest większe uwrażliwienie na ich potrzeby. To sprzyja także budowaniu otwartości społeczeństwa i przeciwdziałania stygmatyzacji tychże osób.

Natomiast brak izolacji, czyli przebywanie w środowisku sprzyja budowaniu więzi społecznych i rodzinnych. Zwracali także uwagę na pełnienie różnego rodzaju ról społecznych przez tę osobę. I branie odpowiedzialności przez nie za własne życie, taką sprawczość ich. Kolejną kwestią, na którą zwracali uwagę, to była pewna indywidualizacja opieki. Lepsze i bardziej adekwatne, spersonalizowane zaspokajanie potrzeb. Jedna z wypowiedzi respondentów z Gdańska brzmiała tak, odnośnie deinstytucjonalizacji. Jest to przywracanie osób społeczeństwu. Odejście od instytucji sprawia, że osoba ma szansę stanąć na własnych nogach i przestać być, mówiąc w cudzysłowie, kosztem dla reszty społeczeństwa. Natomiast chcę zwrócić uwagę, że jeśli mówimy o osobach starszych, to raczej mówimy o pewnej profilaktyce i wydłużaniu okresu samodzielnego funkcjonowania, niż o usamodzielnianiu.

Dodatkowym, takim wyzwaniem w przypadku seniorów są też te schorzenia i zaburzenia, które współwystępują, jak niepełnosprawności umysłowe, otępienie czy niepełnosprawności fizyczne. Zwłaszcza w tym pierwszym przypadku osoby samodzielne niefunkcjonujące oznaczają zagrożenie, samodzielne funkcjonowanie oznacza zagrożenie bezpieczeństwa dla ich zdrowia. Wyzwaniem jest zapewnienie odpowiedniej specjalistycznej opieki geriatrycznej czy dobrego dostępu do specjalistów. I zorganizowanie takiej holistycznej opieki w ramach warunków pozainstytucjonalnych, czyli poza DPS-em jest wyzwaniem bardzo trudnym i stanowi taką dużą barierę w tym procesie deinstytucjonalizacji na poziomie gmin. Brakuje także zasobów kadrowych, brakuje także opiekunek dla organizacji usług opiekuńczych w środowisku. Dlatego też w przypadku szczególnie osób starszych wymagających stałej, podkreślam stałej całodobowej opieki możliwość jej sprawowania poza instytucjami często przekracza możliwości zarówno samorządów jak i samych rodzin. W przypadku cięższych zaburzeń proces deinstytucjonalizacji można powiedzieć jako pełne usamodzielnienie właściwie nie ma szans powodzenia. W percepcji badanych szeroka grupa osób wymaga tej stałej, całodobowej opieki instytucjonalnej, ponieważ nie jest sama w stanie funkcjonować w społeczeństwie.

I kilka słów podsumowania. Tym elementem kształtującym stosunek do procesu środowiskowania na poziomie decydentów w samorządach są też koszty, które muszą być poniesione. Samorzady posiadają niewystarczające zasoby do realizacji kompleksowych usług wspierających odejście od tej opieki instytucjonalnej. Mam na myśli tutaj zarówno możliwości finansowe poprzez zapewnienie wsparcia wykwalifikowanej kadry opiekuńczej czy medycznej, specjalistów, psychologa, psychiatry, rehabilitanta czy tej kadry asystenckiej. Kolejną kwestią, którą zmagają się gminy jest też niewystarczająca liczba mieszkań wspomaganych, treningowych. Niewystarczająca jest także liczba ośrodków wsparcia czy ich przepełnienie, mimo że cały czas powstają nowe. Jednocześnie te osoby zaangażowane w działania środowiskowania podkreślają znaczenie kosztów zaniechania i pozytywne skutki deinstytucjonalizacji w przyszłości. Proces deinstytucjonalizacji wywołujący wzrost zapotrzebowania na usługi w środowisku zamieszkania będzie musiał rozwiązać dwa wzajemnie wpływające na siebie wyzwania. Jednym z nich jest właśnie wzrost odsetka osób starszych w Polsce i depopulacja niektórych regionów oraz znacznie mniejsze niż obecnie wsparcie opiekunów rodzinnych, czyli ten spadek potencjału opiekuńczego rodziny przy jednoczesnym pogłębianiu się braku opiekunów formalnych. Zachodzące bowiem zmiany demograficzne w tym podwójne starzenie się wskazują z jednej strony na zwiększanie się zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne czy lecznicze, z drugiej zaś strony na zmniejszanie się populacji potencjalnych opiekunów. I z tym Państwa zostawiam. Dziękuję bardzo.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo za tę bardzo ciekawą wypowiedź i poproszę Panią Profesor Ewę Giermanowską, która przybliży nam wspomniane już usługi asystencji osobistej.

dr hab. Ewa Giermanowska (UW)

Dziękuję bardzo. Proszę Państwa, ja chciałam króciutko powiedzieć Państwu o usługach asystencji osobistej. Dlaczego właśnie ta asystencja osobista? Ja w ostatnich kilku latach zajmowałam się badaniami w Polsce i Norwegii dotyczącymi funkcjonowania usług asystencji osobistej. Jestem też członkiem zespołu przy pełnomocniku rządu do spraw osób niepełnosprawnych, który pracuje nad tak zwaną ustawą konwencyjną o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami. Jak Państwo wiedzą, są właściwie teraz takie dwie ustawy kluczowe dla środowiska osób z niepełnosprawnościami. Jedna to jest ustawa asystencji osobistej, druga właśnie o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami. Obie ustawy są kluczowe dla środowiska osób właśnie niepełnosprawnych, czy z niepełnosprawnościami, ponieważ one jakby odnoszą się do takiego społecznego i prawo człowieka modelu niepełnosprawności.

I chciałam właśnie dzisiaj powiedzieć trochę o tej usłudze asystencji osobistej i o tych wynikach badań, ponieważ w Polsce ta ustawa o asystencji osobistej jest mocno zaangażowana, ale nie została uchwalona. Trwają stale prace i no jest to środowiska osób z niepełnosprawnościami bardzo walczą o uchwalenie tej ustawy. Ona jest konieczna, bo ponieważ do tej pory nie mamy prawnej regulacji asystencji osobistej i chciałam przybliżyć Państwu jakby pewne definicje i oczekiwania związane z tą ustawą, ale też co wynika z doświadczeń norweskich, ponieważ Norwegia już od wielu lat wdraża asystencję osobistą. Jest to usługa, która tam funkcjonuje, ale która stale jest udoskonalana. To znaczy nie jest tak, że udało się w Norwegii osiągnąć idealne rozwiązania. Tam stale toczą się debaty i dyskusje jak poprawić funkcjonowanie tej usługi społecznej, bo nie jest to pomoc socjalna, jest to usługa społeczna w takim szerokim rozumieniu, jest to narzędzie wyrównywania szans, jak to, czy narzędzie równości, jak to w Norwegii jest określone.

I to asystencja osobista wyrasta z prawo człowieczego modelu niepełnosprawności, ze społecznego modelu niepełnosprawności i koncentruje się na podmiotowości osoby z niepełnosprawnością. To jest bardzo ważne i jej maksymalnej decyzyjności o wsparciu. To ona jest w centrum jakby podejmowania tych decyzji i jest to wsparcie innej osoby świadczone na rzecz osób z niepełnosprawnością pod jej kierownictwem, stanowiące narzędzie, które umożliwia jej niezależne życie. Więc jest to pewne narzędzie, które ona kontroluje i decyduje o tym narzędziu. I niezależne życie, co oznacza niezależne życie, jeżeli chodzi właśnie o asystencję osobistą i o oczekiwania związane właśnie z wdrożeniem tej ustawy. Niezależne życie oznacza, że osoby mogą sprawować kontrolę nad swoim życiem i podejmować wszelkie decyzje, które go dotyczą. I to dotyczy miejsca zamieszkania, codziennego trybu funkcjonowania, relacji osobistych, odzieży, żywienia, higieny i wszelkich innych czynności, także pracy czy edukacji. Tych czynności, które dla każdego człowieka pełnosprawnego leżą w jego decyzyjności.

I tutaj rzeczywiście asystencja jest traktowana, nie jest traktowana jako forma o charakterze socjalnym, ale jako prawo. Prawo osób niepełnosprawnych do godnego życia na równych zasadach z innymi osobami. I tutaj rzeczywiście, jeżeli chodzi o takie upowszechnienie usług asystencji osobistej, to ono wynika jakby z konwencji o prawach osób niepełnosprawnych przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 2006 roku. Polska ratyfikowała konwencję w 2012 roku. I od ratyfikacji tej konwencji, no powinniśmy tą ustawę asystencji przyjąć osobistej, natomiast nie jest to takie proste, jeszcze do tego wróć. I artykuł 19 łączy asystencję osobistą z niezależnym życiem i włączeniem w społeczeństwo, co odnosi się do dzisiejszego jakby tytułu naszej sesji, że asystencja osobista, niezależne życie i włączenie w społeczeństwo, to są spójne jakby elementy tego samego jakby obszaru, prawda. I jeżeli Polska ratyfikowała konwencję, to artykuł 19 mówi o tym, że państwa uznają równe prawo wszystkich osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie wraz z prawem dokonywania wyboru, na równi z innymi osobami, podejmują skuteczne i odpowiednie środki w celu pełnego korzystania z tego prawa oraz ich pełnego włączenia i udziału w społeczeństwie.

Jest to prawo. I prawo dotyczy będą miały możliwość wyboru miejsca zamieszkania, podjęcia decyzji, gdzie będą i z kim mieszkać, będą miały dostęp do szerokiego zakresu usług wsparcia, świadczonych w domu, w miejscach zapewniających zakwaterowanie, świadczonych w społeczności lokalnej, w tym do asystencji osobistej. U nas zostało to źle przetłumaczone w naszym tłumaczeniu konwencji, bo jako pomoc osobista. Asystencja osobista nie jest pomocą socjalną, bo jest to asystencja osobista niezbędnej do życia i włączenia w społeczność oraz zapobiegającej izolacji i segregacji społecznej. I oczywiście te usługi muszą być świadczone w społeczności lokalnej i dostępne dla osób niepełnosprawnych i odpowiadać ich potrzebom. Czyli tutaj to co dzisiaj było już wspomniane postulaty deinstytucjonalizacji i decyzyjności, i wyboru osób z niepełnosprawnościami. Dlaczego ta usługa asystencji jest osobista i tak specyficzna i tak traktowana właśnie w sposób szczególny?

Ponieważ ona odnosi się do, jest to narzędzie, to jest komentarz ogólny, może ja powiem Komitetu ONZ na temat niezależnego życia i bycia częścią społeczności, który interpretuje konwencję. I w tym komentarzu mówi się o tym, że asystencja osobista odnosi się do dopasowanego do użytkownika, czyli osoby z niepełnosprawnością, wsparcia osób drugich. Jest to narzędzie, które umożliwia niezależne życie i świadczenia mogą być w różnych krajach różnie zorganizowane i świadczone. Natomiast są pewne kryteria, które muszą spełniać. Czyli

finansowanie musi się odbywać w oparciu o spersonalizowane kryteria, indywidualną ocenę potrzeb.

Czyli osoba w zależności od uzyskanej oceny potrzeb otrzymuje takie świadczenie i środki te na potrzeby muszą być przyznane osobie z niepełnosprawnością i przez nią wydatkowane. Może to być budżet osobisty, mogą być to płatności bezpośrednio. W każdym razie to ona ma decydować, a nie ośrodek pomocy społecznej, jak te środki ona będzie wydawać czy to będzie jakiś indywidualny pakiet wsparcia, czy to będzie budżet osobisty. To już tutaj konwencja tego nie definiuje. Usługi muszą podlegać kontroli osoby z niepełnosprawnością, czyli może ona sobie wybrać jednego z wielu wykonawców, którzy świadczą usługi, ale może też sama zatrudnić asystenta, być bezpośrednim pracodawcą. I wreszcie jest to relacja jeden na jeden, co oznacza, że asystenci muszą być pozyskiwani, szkoleni i nadzorowani przez osobę z niepełnosprawnością. Nie można jej narzucić asystenta. Ona musi wybrać lub sama sobie przez jakąś agencję pośredniczącą zatrudnić i samodzielnie decyduje o warunkach świadczenia usługi. Osoba z niepełnosprawnością, ona pozostaje w centrum podejmowania decyzji wsparcia.

Czyli tutaj to jest bardzo ważne, ta decyzyjność, kontrola i wybór. To jest jej prawo. Prawo do korzystania z tej usługi, a państwo jest zobowiązane dostarczyć środki finansowe na sfinansowanie tej usługi. I tutaj są wyniki sondażu dotyczące usług asystencji osobistej w 21 krajach. Tu wypełniały tę ankietę osoby z niepełnosprawnościami i członkowie Ruchu Niezależnego Życia w Europie. Takie elementy właśnie związane z wyborem i kontrolą nad usługą uzyskały wysoką zgodność. Co to znaczy? Czym ma być asystencja osobista? Użytkownicy mogą wybrać swoich asystentów, użytkownicy usług mogą zwolnić swoich asystentów. Asystenci są chronieni przepisami BHP. W ramach programu użytkownik określa godziny, w których asystencja będzie świadczona w nocy, weekend i święta. To osoba z niepełnosprawnością decyduje, kiedy do tej usługi ma dostęp. Użytkownicy czy osoby z niepełnosprawnością mają możliwość odwołania się od wyniku swoich ocen i procedura jest przejrzysta, bezpłatna i nie pociąga za sobą dodatkowych kosztów. Czyli asystencja jest przyznawana na potrzeby indywidualnej oceny potrzeb, ale osoba z niepełnosprawnością może zakwestionować i może się odwołać od tej oceny.

Program jest realizowany niezależnie od sytuacji rodzinnej, w tym małżeńskiej, czyli to czy ktoś mi z rodziny pomaga nie ma to żadnego znaczenia. Asystencja zależy od moich potrzeb, jakie ja mam. Użytkownicy mogą zachować swoją asystencję, jeżeli się przeprowadzają do innego regionu. Program opiera się na filozofii niezależnego życia lub społecznym modelu niepełnosprawności i świadczenie usług asystencji w ramach programu jest uznawane za prawo człowieka, obywatela. Czyli to jest prawo. Ja mam prawo do tej usługi. Jeżeli chodzi o te elementy, które wymieniłam, czyli umożliwiające wybór i kontrolę nad usługą, panowała wysoka zgodność wśród badanych wszystkich krajów, w tych 21 krajach. Jeżeli chodzi o taką największą barierę związaną z realizacją tej usługi, to wskazywano przede wszystkim na bariery finansowe. Czyli, że państwa tną wydatki publiczne lub ograniczają finansowanie związane z tymi usługami, co wpływa na jakość i dostępność do tej usługi.

I teraz, jak wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o asystencję osobistą w Polsce. Rzeczywiście w Polsce jest zrealizowana usługa asystencji osobistej, mimo że ona do tej pory nie jest uregulowana prawnie. Jest realizowana w ramach konkursów. Konkursy, tutaj są takie dwa typy konkursów. Pierwszy jest skierowany do samorządów, drugi skierowany do organizacji pozarządowych. To są, jak państwo widzą, edycje od 19 roku. Kolejne edycje corocznie są ponawiane, przedłużane. One są, środki są obecnie pozyskiwane z Funduszu Solidarnościowego i te programy kierowane są do dzieci do ukończenia 16 roku życia, które mogą otrzymać asystencję, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności i konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby oraz do osób z orzeczeniem o znacznym i umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które wymagają takiej usługi.

I jeżeli chodzi na przykład o edycję w 24 roku, czyli tą na przyszły rok, to jest pół miliarda złotych przeznaczonych na funkcjonowanie usług asystencji osobistej dla samorządów. Z tym, że jest to działanie projektowe. To są wszystko projekty, które muszą występować bądź samorządy, bądź organizacje pozarządowe. Jeżeli chodzi o zapotrzebowanie na usługi asystencji osobistej, to ono rośnie. Tutaj jest taki raport Najwyższej Izby Kontroli pokazującej, ile osób skorzystało w 20 roku z usług asystencji osobistej. To było około 10 tysięcy osób. Jeżeli chodzi o 21 to jest prawie 20 tysięcy osób. To po prostu bardzo rośnie, ale nie są to jakby duże liczby, ponieważ usługa asystencji osobistej jest w Polsce usługą nową i zarówno jak wdrażano te programy, to zarówno i samorządy, ale i osoby niepełnosprawne nie miały wiedzy jak korzystać z tej usługi, czy jak zorganizować tą usługę. Tutaj są ocena programów, jeżeli chodzi o lata tutaj 20-21, tu jest 16-20. To są takie dwa projekty, które dotyczyły właśnie programów tego asystencji osobistej. Pierwszy to jest aktywni niepełnosprawni, narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych. To była ocena programów asystencji osobistej prowadzonych przez samorządy, organizacje pozarządowe w latach 2016-2020.

I tutaj w tą ocenę były zaangażowane między innymi środowiska osób reprezentujących właśnie przedstawicieli środowiska osób z niepełnosprawnościami. I co wynikało z tych badań? Że na terenie Polski w tym okresie, kiedy robiono tą ocenę, nie była realizowana usługa asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami, która byłaby w pełni zgodna z zapisami konwencji i komentarzy. Czyli były realizowane usługi asystencji, ale one jednak odbiegały od pewnych standardów, które są zapisane w tych dokumentach. I doświadczenia w zakresie organizowania i wykorzystania asystencji osobistej miały charakter projektowy, fragmentaryczny, merytorycznie chaotyczny, co obniżało dostępność i jakość usług. Czyli organizacje, jak powiedzielibyśmy, uczyły się usług asystencji osobistej. I usługa asystenta osobistego była mylona z asystentem osoby niepełnosprawnej. Jest to usługa w systemie pomocy społecznej. Czyli to jest usługa socjalna. Asystent osobisty nie jest pomocą socjalną. I tutaj to w tym pierwszym okresie takie problemy występowały. Jeżeli chodzi o informacje o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli za lata 2020-2021, to w tych badaniach wyszło, że większość uczestników była bardzo zadowolona z programu, że mogły korzystać z usług asystencji osobistej, ale był problem z organizacją i nadzorem nad usługami.

W związku z tym, w tym okresie nie wykorzystano środków finansowych na usługi asystenckie, czyli nie wszystkie organizacje i samorządy wykorzystywały te środki. I niepełne było wykorzystanie zaplanowanych godzin usług asystenckich. Czyli planowano, a potem brakowało asystentów i nie można było zrealizować programów. Zdarzało się też, że w wyniku różnych opóźnień, takich związanych z rozliczeniami i z programowaniem, że osoby niepełnosprawne musiały czekać pół roku na przyznanie usługi.

Więc to są te problemy związane z projektowym charakterem usług, kiedy po prostu organizacje muszą pozyskiwać co roku pieniądze, one nie wiadomo, kiedy przyjdą i usługa będzie, ale nie zacznie się w styczniu tylko w maju. I to ogranicza dostępność i jakby użyteczność też tych usług. I teraz co się dzieje obecnie w Polsce? No trwają prace nad przygotowaniem prawa i oczywiście coraz widzimy, że rosną oczekiwania osób z niepełnosprawnościami. Że pojawiają się postulaty wdrożenia zapisów konwencji. Pojawiają się ruchy protestu osób z niepełnosprawnościami, ich opiekunów. I toczą się różnego typu debaty nad właśnie usługami asystencji osobistej. Zapowiedź wdrożenia usługi asystenta osobistego takiego już prawnego została zapisana w strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami 21-30. To jest dokument rządowy. I tak jak już wspominałam toczą się prace legislacyjne. Czyli w Kancelarii Prezydenta, który odpowiada za ustawę o asystencji osobistej toczą się prace w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Toczą się prace nad ustawą o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami.

Te ustawy obię dotyczą jakby tych zapisów konwencyjnych. Aczkolwiek ta ustawa o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami nie będzie regulowała asystencji osobistej, która została wydzielona do nowej ustawy. Ale my w tej ustawie na przykład zajmujemy się mieszkalnictwem wspomaganym, tak zwanym wspieranym i wspomaganymi społecznościami mieszkaniowymi dla osób z niepełnosprawnościami. I tam wiadomo, że te formy wsparcia nie mogą funkcjonować bez asystencji osobistej. Żeby one mogły w pełni funkcjonować musi być usługa asystencji osobistej. Podobnie jak Centra Niezależnego Życia, czyli takie lokalne instytucje, które będą świadczyły szeroki zakres wsparcia na rzecz osób z niepełnosprawnościami w środowiskach lokalnych. One również wymagają usług i wdrożenia usług asystencji osobistej. I teraz Państwu chciałam trochę o tych badaniach powiedzieć, które robiliśmy w Norwegii w latach 2019-2022. Ukazała się taka publikacja, Cień, który pozwala wyjść z cienia, Asystencja osobista dla osób z niepełnosprawnościami w Polsce i Norwegii. Te badania realizowałam z Mariolą Raclaw i Dorotą Szawarską.

I w tych badaniach brały udział też partnerzy z Norwegii, między innymi dwie organizacje, które zatrudniają asystentów osobistych na terenie Norwegii, Uloba i Medvind Assistance. Badania obejmowały różne metody badawcze, wywiady z asystentami osobistymi, wywiady z ekspertami, z których część była osobami z niepełnosprawnościami, analizy dokumentów, wizyty studyjne, no i różnego typu konsultacje. Trochę nam te badania utrudnił COVID, więc one były w formie zdalnej w dużej części realizowane, ale udało nam się jednak przeprowadzić te wywiady w formie zdalnej i zakończyć z sukcesem, to znaczy opublikować te wyniki dalej. I chciałam tutaj Państwu powiedzieć teraz o asystentach, ponieważ wcześniej mówiłam o osobach z niepełnosprawnościami, usługach asystencji osobistej. Teraz chcę powiedzieć o samych asystentach osobistych, ponieważ jeżeli oni mają być narzędziem równości, to będą też osobami, bez których ta usługa nie będzie mogła funkcjonować. I tutaj oczywiście podmiotowość osoby z niepełnosprawnością i niezależne życie jest możliwe dzięki usłudze asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej. I teraz powstaje pytanie, jak uregulować zatrudnienie i warunki pracy asystenta, biorąc pod uwagę specyfikę usługi opartej na wpływie osoby z niepełnosprawnością na wybór i kontrolę asystenta zgodnie z filozofią niezależnego życia i dominacją woli osoby z niepełnosprawnością, podporządkowaniem asystenta wynikającego ze stosunków pracy i formalnych relacji z zachowaniem jego praw pracowniczych i godnych warunków pracy. Tu się mówi o tzw. utowarowionej relacji wsparcia, bo jest to relacja wsparcia, ale asystent pracuje, a asystent pobiera za to wynagrodzenie.

Ale w sytuacji występowania nieformalnych relacji i zależności uruchamiających zasoby pracy emocjonalnej, pracy z ciałem, co tworzy nowe ryzyka natury psychologiczno-społecznej. Jest to bardzo specyficzna relacja wsparcia, ponieważ kluczem jest podmiotowość osoby z niepełnosprawnością, a asystent występuje w roli takiego narzędzia równości, ale jednocześnie on jest pracownikiem i wchodzi też w relacje niepracownicze, ale i w relacje formalne i nieformalne, bo to jest ten bezpośredni kontakt z osobą z niepełnosprawnością. I tutaj tak krótko przedstawię Państwu tylko te elementy, które dotyczą zatrudnienia i warunków pracy asystentów osobistych w Norwegii i w Polsce. Mając na uwadze, że Norwegia ma już bardzo duże i długie doświadczenia z asystencją osobistą, jest to uregulowane prawnie i są organizacje, które mają bardzo duże doświadczenia z usługą i Polska, w której dominuje zatrudnienie projektowe do dzisiaj i tutaj rzeczywiście mamy takie modele pracy i zatrudnienia, jakie występują w różnego typu rozwiązaniach projektowych. Jeżeli chodzi o Norwegię. W Norwegii zgodnie z zasadą deinstytucjonalizacji gminy odpowiadają za usługi asystencji osobistej, mogą same jakby organizować te usługi, mogą zlecać spółdzielniom, prywatnym firmom, NGO-som lub bezpośrednio osobom z niepełnosprawnościami i tutaj te usługi są robione w takiej wizji decentralizacji, demedykalizacji i deprofesjonalizacji.

To znaczy usługi mają jakby, to jest związane z taką emancypacją osób z niepełnosprawnościami, żeby te usługi były realizowane w miejscu zamieszkania i osoba z niepełnosprawnością mogła wybierać osobę, która będzie jej asystentem. Asystent nie musi mieć nawet kwalifikacji, jeżeli ta osoba będzie chciała zatrudnić tego asystenta.

Asystenci mają umowy o pracę, mają stabilne zatrudnienie, ale to stabilne zatrudnienie jest osiągnięte przez tak zwanych asystentów tymczasowych, czyli ad hoc, ponieważ no jak Państwo się domyślają, są to usługi nieregularne, one mogą być świadczone w różnych porach dnia, nocy, w święta, a także są osoby, które mają usługi przyznane 24 godziny na dobę, w związku z tym no muszą być tak zwani asystenci ad hoc, czyli którzy zastępują asystentów stałych w sytuacjach nagłych, które się dzieją, no bo jest to praca z drugim człowiekiem. Ale są wszyscy chronieni przepisami BHP, czyli zarówno ci stali, jak i ci tymczasowi. Zmowy krajowe regulują minimalne wynagrodzenie asystentów, podwyżki i to jest płaca ustalana na poziomie krajowym i ona nie odbiega od innych zawodów o podobnych jakby kwalifikacjach i typowych usługach. Czas pracy jest regulowany ustawowo, elastyczny jest, ale jest oczywiście, godziny pracy są jakby rozliczane i jest wysoka możliwość negocjowania zakresu elastyczności pracy, to znaczy, że asystenci mają grafiki i są też zastępstwa w sytuacjach nagłych, co jakby szczególnie dla tych asystentów, stabilnych reguluje czas pracy.

Jeżeli chodzi o Polskę, no to tutaj rzeczywiście modele organizacji usługi są głównie i pracodawcami jakby asystentów są albo samorząd, albo organizacje pozarządowe, co wynika z tych głównych projektów, które są organizowane przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Dominują umowy cywilnoprawne, czyli zlecenia, umowy tymczasowe, samozatrudnienie, a nawet wolontariat. Większość zatrudnionych asystentów jest poza ochroną przepisów kodeksu pracy, stąd występują różnego typu sytuacje nadużyć, ponieważ oni nie są chronieni i muszą na przykład sami też opłacać sobie często ubezpieczenie od wypadków. Wynagrodzenie zależy od projektu, niektórzy uważają, że jest to dobre, niektórzy nie, zależy to od operatora i konkursu i od rejonu kraju, bo ponieważ jak wiemy, że wynagrodzenia są zróżnicowane, w miastach to może być niskie wynagrodzenie, gdzieś w okolicach, gdzie jest wyższe bezrobocie, wynagrodzenie może być atrakcyjne. Generalnie, jeżeli chodzi o czas pracy, jest trudne do zaplanowania, ponieważ asystenci krążą między podmiotami, to znaczy oni, żeby zarobić albo mieć odpowiednie wynagrodzenie, bardzo często pracują dla dwóch czy trzech organizacji albo dwóch, trzech osób, w związku z tym muszą się bardzo często przenosić.

Jeżeli chodzi o reprezentację interesów pracowniczych i prestiż zawodu usługi, co dzisiaj tutaj właśnie było już mówione, jak to jest w tym sektorze opieki, to jeżeli chodzi o interesy pracownicze, reprezentację interesów zbiorowych, czy interesów pracowniczych w Norwegii, one są reprezentowane przez związki zawodowe i układy zbiorowe pracy, mogą asystenci przynależać do związków zawodowych, jeżeli chcą. Na poziomie operatora usługi są sformalizowane struktury, to znaczy są osoby do kontaktu z asystentami, działy HR, wybieranie rzecznicy osób niepełnosprawnych albo rzecznicy asystentów, a także związki zawodowe. Są też różne grupy nieformalne, portale społecznościowe, firmowe, gdzie asystenci otrzymują wsparcie w sytuacjach np. wypalenia zawodowego czy jakichś problemów z realizacją usługi. Wiedza w społeczeństwie o usłudze nie jest powszechna, ale we Norwegii jest ceniona każda praca społecznie użyteczna, co powoduje, że ten prestiż tego zawodu, może on nie jest wysoki, ale też nie jest bardzo niski, w każdym razie jest on taki powiedzmy sobie umiarkowany ten prestiż, natomiast co jest charakterystyczne jednak, że dużą część tych zasobów asystenckich zasilają migranci, emeryci, studenci, co też tworzy bardzo duże problemy.

Jeżeli chodzi o Polskę, to mamy tutaj praktycznie reprezentacji interesów grupowych nie ma, związki zawodowe nie reprezentują asystentów osobistych, ponieważ to są najczęściej ludzie zatrudnieni na umowy zlecenia. Komunikacja z pracodawcą i wsparcie zależy od operatora, jego doświadczeń, jest to jednak na ogół praca dorywcza i uznaniowa. Podejmowane są sporadyczne takie próby komunikacji grupowej na portalach społecznościowych, gdzie asystenci wymieniają pewne informacje między sobą. Generalnie w społeczeństwie wiedza o usłudze asystenta osobistego jest niewielka, ona powoli rośnie, ale ze względu na to, że to jest praca taka raczej dorywcza, no to tutaj asystenci raczej nie budują tutaj tożsamości zawodowej, nie przywiązują się do tego zawodu i raczej jest niski prestiż tego zawodu, jeżeli chodzi o taki odbiór społeczny. I teraz dominujące ryzyka dostrzegane przez asystentów, jeżeli chodzi o zatrudnienie i warunki pracy w Norwegii. Na co zwracali uwagę asystenci? Że jednak ta praca asystencka jest bardzo elastyczna, jest trudna do pogodzenia z życiem osobistym. Mimo, że ci asystenci stali są jakby zastępowani w sytuacjach nagłych przez tych asystentów ad hoc, niemniej jest to bardzo trudna praca, często łącząca się z wyjazdami, co jednak jest trudne do pogodzenia z życiem osobistym.

Nacisk na deprofesjonalizację, który jest bardzo silny usług asystenckich w Norwegii, blokuje awans, rozwój zawodowy asystentów, ponieważ tam asystentem nie musi być osoba, która ma jakieś kwalifikacje. I tutaj no też to jakby obniża możliwości rozwoju zawodowego w tej grupie zawodowej. Nadmierne podporządkowanie asystenta work leaderowi, czyli osobie z niepełnosprawnością. I to jest rzeczywiście, tam wola osoby z niepełnosprawnością jest bardzo silnie przestrzegana i egzekwowana. W związku z tym to podporządkowanie asystenta osobistego jest często odbierane nie zawsze w taki pozytywny sposób. I rośnie takie ryzyko uprzedmiotawiającego traktowania asystenta. Tak się mówi inteligentna proteza, narzędzie. I to asystenci na to zwracali uwagę, że to nie zawsze było dobrze odbierane przez tę grupę zawodową. Jeżeli chodzi o Polskę, no to brak bezpieczeństwa zatrudnienia i dochodu, właściwie to są cechy pracy prekaryjnej, jakbyśmy dzisiaj powiedzieli, z uwagi na ten projektowy, dorywczy charakter zatrudnienia.

Czyli asystenci po prostu byli zatrudniani, znaczy traktowali tę pracę w sposób taki dodatkowy, albo w sytuacjach, kiedy często nie mieli innej możliwości. Chociaż byli też, którzy bardzo chcieli się z tym zawodem związać na dłużej. Czy z usługą, bo w Norwegii mówi się, że to jest usługa przede wszystkim. Ograniczone bezpieczeństwo związane z fizycznymi i psychospołecznymi warunkami pracy.

To w Polsce praktycznie ta praca była bez różnego typu zabezpieczeń. W Norwegii tego bardzo przestrzegano. W Polsce właściwie takich zabezpieczeń nie było. Zablokowany awans, rozwój zawodowy. No ponieważ tutaj nie było możliwości jakby nawet budowania tożsamości zawodowej. Ponieważ to była praca dorywcza i jest do dzisiaj. No i takie poczucie dekwalfikacji w wypadku kształcenia asystentów osoby niepełnosprawnej. Czyli tych przez uczelnię. Bo mamy taki zawód, ale to nie są asystenci osobiści, tylko asystenci osoby niepełnosprawnej. Oni mieli poczucie takiej dekwalfikacji pracując jako asystenci. I tu w Polsce co jest charakterystyczne, to występuje taka tendencja do ocieplania relacji. Przechodzenia na takie quasi rodzinne relacje. Mieszanie modelu pomocowego, protekcyjnego traktowania osób z niepełnosprawnością. Czyli takiego trochę traktowania z góry osób z niepełnosprawnością. W Norwegii była to zupełnie inna relacja. I teraz jeżeli chodzi o ekspertów. Jak oni patrzyli na to zatrudnienie i warunki pracy.

Przede wszystkim zwracali uwagę, że prawo jest niedoskonałe, zawodne we wdrażaniu usług asystencji osobistej. Mimo, że jest to uregulowana w Norwegii prawnie ustawa asystencji osobistej. To okazało się, że tak naprawdę w praktyce są gminy otwarte i zamknięte na usługę. Czyli są gminy, które bardzo chętnie rozwijają usługi asystencji osobistej. Są takie, które wolą usługi opiekuńcze niż usługi asystencji osobistej. Rosnące zapotrzebowanie na asystentów osobistych. Ale wykonujących specjalistyczne usługi opiekuńcze. I tu jest kolejna taka rewizja postulatu deprofesjonalizacji. Ponieważ w Norwegii ten postulat jest bardzo silny. Że asystenci to nie muszą być osoby wykształcone. Muszą chcieć i mieć pewne cechy osobiste do wypełniania tej roli asystenta osobistego. Okazuje się, że rośnie zapotrzebowanie na usługi asystenckie. Ale też takie usługi, które asystenci muszą mieć pewne umiejętności. Takich usług paramedycznych, medycznych. Ponieważ często przy tych różnych złożonych niepełnosprawnościach. Wymagane są nie tylko usługi takie wspierające, ale też medyczne. I rocznie zapotrzebowanie na asystentów wykonujących specjalistyczne usługi. I brak wystarczającej liczby kandydatów do pracy. Duża bardzo fluktuacja asystentów. Stąd szukanie właśnie w Norwegii. Bardzo dużo migrantów jest zatrudnionych w usługach asystenckich. Są studenci. Ale to też bardzo się w Norwegii dyskutuje w jaki sposób podnieść prestiż pracy asystenckiej. Poprzez na przykład szkolenia i profilowanie procesów rekrutacji. Żeby dobierać asystenta do profilu osoby i oczekiwać osoby z niepełnosprawnością. Więc na to się zwraca bardzo duża uwaga.

Jeżeli chodzi o Polskę. To tutaj przede wszystkim eksperci mówili, że trzeba wreszcie doprowadzić do etatu. To znaczy po prostu uchwalić ustawę o asystencji osobistej. I skończyć z tym projektowym zatrudnieniem. A w każdym razie, żeby to projektowe czy takie na umowy cywilnoprawne było zatrudnieniem dodatkowym. A nie głównym. Niska świadomość usług. Wśród osób z niepełnosprawnościami. I to jest, że rzeczywiście ona rośnie. Ponieważ dzięki tym programom, które od kilku lat są wdrażane w Polsce. Ta świadomość wśród osób niepełnosprawnych rośnie. Tak samo jak wśród samorządów. Natomiast toczy się taka debata w jaki sposób przygotować asystentów. Tu jest ten dylemat profesjonalizacji i deprofesjonalizacji.

Czy rzeczywiście tu wystarczy, że każdy kto. Ma pewne cechy takie osobowo do tej pracy. Nadaje się na asystenta. Czy trzeba ich szkolić, przygotowywać. I tak jak na przykład to jest w wypadku pracowników socjalnych, rehabilitantów i tak dalej. To w Polsce stale się toczy. No i takie samo wyzwanie jak w Norwegii. Przyszłe pozyskanie kandydatów do pracy. W związku z prawnym uregulowaniem usługi. I rosnącym zapotrzebowaniem. To znaczy wiedza o usłudze będzie rosła. Zapotrzebowanie będzie rosło. No i jeżeli usługa zostanie. Uregulowana prawnie. I na przykład znajdzie się w indywidualnym pakiecie wsparcia. Dla osób z

niepełnosprawnościami. Wzrośnie nam po prostu zapotrzebowanie na tą usługę. No i pytanie skąd wziąć asystentów. Gdzie my pozyskamy tych asystentów osobistych. No i teraz już kończąc. Wyzwania dla asystencji osobistej w Polsce. Po tych badaniach w Norwegii. I po tym krótkim takim przeglądzie konwencyjnym. Dotyczącym wymagań. Wymagań dotyczących tej usługi. Tworząc rozwiązania prawne. Musimy myśleć w kategoriach praw człowieka i obywatela. A nie pomagania. To znaczy myśląc o asystencji osobistej. I to jest bardziej ugruntowane w Norwegii. W Polsce mamy stale do czynienia z myśleniem medyczno-pomagającym. Czyli nie traktujemy usługi asystencji osobistej jako prawa. Po drugie. My w tej publikacji, o której Państwu wspominałam. Zaproponowaliśmy taką. Rewizję tradycyjnej formuły pomocowej. Czyli takiej która w Polsce jest dominująca. Ekspercko paternalistycznej i dyrektywnie aktywizującej. I rozważenie nowej formuły równościowo partycypacyjnej. Jako relacji wsparcia. Bo asystencja jest właśnie w tej formule równościowo partycypacyjnej. Rolą usługobiorcy. Osoby z niepełnosprawnością jest zarządzanie usługą. A rolą osoby udzielającej wsparcia, asystenta jest wykonywanie woli usługobiorcy. Jest to zgodne z postulatem niezależnego życia a asystencja społeczna. Asystencja osobista wyrosła z modelu społecznego. Niepełnosprawności i praw człowieka.

W odróżnieniu od tego modelu medycznego czy charytatywnego. Ale jej ewolucja w Norwegii pokazuje, że zmierza w kierunku modelu biopsychospołecznego. I tutaj to co już mówiłam wcześniej wsparcie powinno obejmować szeroki zakres czynności życia codziennego. Ale także czynności pielęgnacyjno-medyczne. W razie potrzeb. Więc nie może to być tylko usługa wspierająca w życiu codziennym. Ponieważ to co widać w Norwegii. Mimo tego głośnego postulatu deprofesjonalizacji. I demedykalizacji. Wzrasta potrzeba usług pielęgnacyjno-medycznych i one muszą być przez asystentów wykonywane. Asystencja musi być dopasowana do biegu życia człowieka. I jego ról społecznych w życiu codziennym, edukacji, pracy. I te role się zmieniają w ciągu życia. Dlatego ta osoba z niepełnosprawnością musi zarządzać tą usługą i oczywiście kluczem jest równowaga podmiotowości osoby z niepełnosprawnością i asystenta to o czym Państwu już wspominałam i inteligentna proteza. Jak często się określa właśnie asystenta osobistego uprzedmiotawia osobę asystenta.

Co prowadzi do zapomnienia, że osoba z niepełnosprawnością też ma prawa. I trzeba dbać o jej pracę i warunki pracy. I o godność pracownika. Stąd ważne są szkolenia w zakresie relacji pracy, umiejętności zarządzania usługą. To dotyczy osób z niepełnosprawnościami. To pojawiało się właśnie w Norwegii. Tu są potrzebne szkolenia w zakresie zarządzania usługą. Ale także kultury pracy, relacji w pracy. Bardzo to jest potrzebne. Z kolei także są potrzebne formy wsparcia dla asystentów. Na przykład w formie superwizji. Więc tutaj dwie strony jakby muszą być do tej usługi przygotowane. I wszystkie etapy pracy nad przepisami dotyczącymi asystencji osobistej. Muszą być prowadzone w konsultacji. I przy aktywnym udziale osób z niepełnosprawnościami. I reprezentujących ich organizację. To jest wymóg konwencyjny. Ale to też wynika z tych doświadczeń norweskich. Że im się udało wypracować pewien model. Ale on był właśnie wypracowywany z osobami z niepełnosprawnościami i reprezentujących ich organizacjami.

I w Polsce między innymi została przygotowana taki standard usług asystencji osobistej. To jest także ten standard w ramach tego projektu. Aktywni niepełnosprawni narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych. Ten standard jest obecnie. Tam będą teraz odbywały się różnego typu konferencje. I konsultacje. W każdym razie na pewno przy tworzeniu prawa. Trzeba te standardy uwzględniać i brać pod uwagę jak one są wypracowane. I jeżeli chodzi natomiast o zatrudnienie i warunki asystentów. W związku właśnie z pozyskaniem i utrzymaniem tych usług asystencji osobistych. To co wynika z Norwegii.

Że ta usługa asystencji osobistej musi być wykonywana. I realizowana z wykorzystaniem pracowników tymczasowych, dorywczych.

Mających ograniczone poczucie bezpieczeństwa, dochodu, rozwoju zawodowego. To znaczy to jest taki typ usługi. Który nie uda się tylko mieć z pracowników stałych, stabilnych.

I z bezpiecznym, pracujących w bezpiecznych formach zatrudnienia. I będą to zawsze także pracownicy tak zwani elastyczni. Którym trzeba stworzyć godne warunki pracy. I to co już dzisiaj było mówione. O tym, że trudności z pozyskaniem asystentów będą rosły. Ponieważ procesy starzenia się społecznej. Zmiany w strukturze rodziny. Pokazują, że rośnie zapotrzebowanie w opiece długoterminowej. I zapotrzebowanie do różnego typu opiekunów i asystentów będzie rosło. W związku z tym jest pytanie skąd ich pozyskać. I to pozyskanie nowych pracowników. Będzie jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed organizatorami usług. I tej wysokiej rotacji asystentów nie zatrzyma poprawa tylko wynagrodzenia. To widzimy w Norwegii. Tam są dobre wynagrodzenia. I tworzone są jakby bezpieczne warunki pracy. Ale rotacja jest ogromna. Bo nie tylko wynagrodzenie jest istotnym czynnikiem decydującym o jakości pracy.

I tutaj znów, ja już kończę ostatnie dwa zdania. Badacze współczesnych rynków pracy dowodzą jakby, że ta fragmentaryzacja i podział rynków pracy na ten pierwotny, wtórny nie da się utrzymać w dłuższej perspektywie. I to dotyczy między innymi sektora opieki. I wymaga to rewizji i modeli rynków pracy, budowania systemów zabezpieczeń społecznych lepiej dopasowanych do zachodzących zmian. Szczególnie tutaj w sektorze opieki. Socjologowie z kolei zwracają uwagę, że trzeba budować uznanie dla pracy społecznie użytecznej. A taką jest praca między innymi asystenta osobistego. Czyli musimy budować systemy zabezpieczenia społecznego. Ale musimy budować też prestiż, uznanie dla zawodów społecznie użytecznych. I to jest już ostatni slajd. To o czym dzisiaj moje przedmówczynie mówiły. Czyli nowe technologie. I tutaj rzeczywiście to trzeba też będzie pewnie uregulować. I zastanowić się jak to wykorzystać. Ponieważ nowe technologie np. aplikacje mobilne asystujące osobom z niepełnosprawnościami. Rzeczywiście pomagają im prowadzić to niezależne życie. Ale te nowe technologie mogą być wykorzystane przez asystentów. Jak tutaj widać na tym slajdzie. W związku z tym rzeczywiście być może wykorzystanie tych technologii będzie szansą dla lepszego funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z tymi postulatami i możliwościami prowadzenia bardziej samodzielnego i niezależnego życia. Ale też poprawi pracę asystentów. I te relacje między nimi. Ale oczywiście tutaj wymaga to jeszcze wielu dyskusji. I pewnie eksperymentów i doświadczenia jak to będzie wdrażane. Dziękuję Państwu za uwagę.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo. Myślę, że ta usługa jest wyjątkowo ważna. I mam nadzieję, że wejdzie w pakiet usług świadczonych systemowo. Zapraszam Państwa na króciuteńką przerwę reorganizacyjną. I zaraz zaczynamy panel dyskusyjny.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dzień dobry. Witam Państwa w drugiej części naszej debaty poświęconej wspieraniu samodzielności i niezależnego życia. Witam też szanownych panelistów. Koło mnie siedzi Pani dr Joanna Lizut, prodziekan Uczelni Korczaka. Witam Pana doktora Rafała Bakalarczyka, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Witam Pana Kamila Bobka, PFRON Dyrektora do Spraw Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi. Witam Panią Agnieszkę Niedźwiecką, Prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych. Witam Panią Marzenę Habel, reprezentującą Centrum Usług Społecznych w Tarnowie oraz Pana Profesora Pawła Poławskiego, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

Szanowni Państwo, rozmawialiśmy o różnych aspektach wsparcia osób zależnych. Chciałabym zacząć od pytania o potrzeby w zakresie wspierania samodzielności. Uczelnia Korczaka przeprowadziła w ostatnim okresie, chyba jesteście Państwo teraz na finiszu, kompleksowych badań dotyczących uwarunkowań procesu deinstytucjonalizacji. Jakie potrzeby, w zakresie deinstytucjonalizacji wobec różnych grup odbiorców Państwo zidentyfikowaliście? Pewnie nie będziemy mieli czasu na omówienie wszystkich, ale najważniejsze wnioski, jakie z Państwa badań wynikają.

dr Joanna Lizut (Uczelnia Korczaka)

Dziękuję, dziękuję bardzo za zaproszenie gospodarzom tego wydarzenia niezwykle ważnego. Tu warto podkreślić, że wiedza jest też jednym z elementów, który w naszym badaniu został wskazany jako ta potrzeba. Potrzeba, którą wskazywali zarówno odbiorcy usług, jak też osoby, które te usługi dostarczają. Ja może tak tytułem wstępu powiem dwa słowa, jak to badanie wyglądało, żebyśmy mieli też świadomość dotyczącą źródeł tych informacji, o których tutaj będę mówiła. W naszym badaniu pytaliśmy zarówno odbiorców o ich potrzeby, ale także na przykład w przypadku osób niesamodzielnych, ich otoczenie społeczne, rodziny, bliskich, otoczenie także instytucjonalne, czyli przedstawiciele różnych organizacji, instytucji, które wspierały te osoby w procesach pomocowych. I z tych źródeł, można powiedzieć, wyłania się taki obraz, że te potrzeby po pierwsze są zróżnicowane w zależności od tych grup, które tutaj zostały dzisiaj wymienione jako właśnie te grupy wskazane w strategii rozwoju usług społecznych i które są właśnie traktowane jako odbiorcy usług. Ale co ważniejsze, to mamy bardzo duże zróżnicowanie tej samoświadomości, która jest powiązana z tym, w jaki sposób środowiska zajmujące się danym problemem postrzegają proces deinstytucjonalizacji.

Tam, gdzie z tym procesem deinstytucjonalizacji związane są duże nadzieje, rosną także proporcjonalnie oczekiwania. Czyli w tej grupie, która została właśnie przez nas wyróżniona w tym badaniu, czyli osoby z niepełnosprawnościami, gdzie jest silne środowisko rzecznicze, silna świadomość i właśnie te mocne zakorzenienie w takim prawnoczwolowym podejściu do procesu deinstytucjonalizacji jako pewnych praw należnych, rzeczywiście tutaj w tej grupie, te potrzeby są lepiej identyfikowane, jest większa świadomość tych potrzeb i tutaj mamy całą listę wskazań od asystencji poprzez usługi świadczone w domach, opiekuńcze, pomocnicze, ale także, co ważne, usługi dla osób wspierających na co dzień osoby z niepełnosprawnościami, czyli rodziców, osoby najbliższe najczęściej, tak jakoś powiązane. W innych grupach te potrzeby są bardzo różnie identyfikowane. Co też ważne, jest wspólny mianownik dla tych wszystkich grup, a mianowicie taki, że one nie widzą tego procesu deinstytucjonalizacji jako odchodzenia od instytucji.

One widzą to w takich kategoriach, jak tutaj zostało wspomniane przez panią doktor Bojanowską jako uśrodkowanie, czyli wzrost znaczenia usług środowiskowych, ale nie demontaż czy rezygnację z instytucjonalnych form wsparcia. Raczej mamy, można powiedzieć, że to spektrum potrzeb pojawia nam się na tych wcześniejszych etapach wspierania od środowiska domowego, poprzez sąsiedzkie, czy poprzez zinstytucjonalizowaną w jakiejś formie pomoc, ale jednak świadczoną lokalnie i ambulatoryjnie, czy w takiej formule przyjazdu do danej organizacji, czy do danego miejsca i powrotu później do domu, a dopiero jakby, można powiedzieć, takim etapem zwieńczającym, czy po wyczerpaniu tych innych formuł, też ci odbiorcy chcą mieć taką możliwość korzystania z instytucji w tej formule stacjonarnej, czy jak byśmy to nazywali, zamkniętej.

I tutaj nie ma z tym obaw. Czyli raczej obawy są, że ten proces może doprowadzić do tego, że nie pojawią się alternatywy, do instytucjonalnej pomocy. Czyli, że zostanie coś zdemontowane, a w to miejsce nie pojawią się nowe rozwiązania, które rzeczywiście zabezpieczą potrzeby tych osób. I to jest bardzo, bardzo ważny element, który chciałabym podkreślić. Drugi taki, można powiedzieć, wspólny mianownik, to jest bardzo silne zróżnicowanie terytorialne. Czyli oprócz tego zróżnicowania pomiędzy tymi grupami i tej silnej zależności rzecznictwa tych grup, to mamy takie zróżnicowanie gminne, terytorialne, które wynika także z aktualnej wiedzy o możliwych dostępnych usługach na danym terenie. Czyli jeśli mamy przekonanie, że te usługi są dostępne i mieszkamy na obszarze, gdzie rzeczywiście ta liczba dostawców jest duża, są oni z różnych też sektorów, z prywatnego, organizacji pozarządowych, czy też publicznego, to jesteśmy bardziej skłonni do tego, żeby podpisywać się pod tym postulatem deinstytucjonalizacji, bo nie mamy po prostu tych obaw takich związanych z właściwym zabezpieczeniem naszych potrzeb.

Tam, gdzie ta pomoc była dotychczas świadczona przez sektor publiczny w formie instytucjonalnej, zdecydowanie więcej jest obaw i zdecydowanie te instytucje jawią się jako taki gwarant bezpieczeństwa socjalnego. I to też bardzo wybrzmiewało właściwie we wszystkich wypowiedziach, że instytucje są takim bezpiecznym portem, do którego w razie czego możemy zmierzać i zabranie tego bezpieczeństwa przez tych odbiorców jest bardzo, że tak powiem, traktowane jako coś, czego chcieliby uniknąć w tym procesie.

Natomiast już kończąc o tych potrzebach w takich kategoriach ogólnych, to jest ciekawy wniosek płynący z tego badania, że z drugiej strony osoby, które już w tych instytucjach są, ci odbiorcy, którzy w tych instytucjach funkcjonują, sami wskazują, że mogliby pozostać w miejscu zamieszkania, gdyby mieli odpowiednie warunki bezpieczeństwa właśnie w tym swoim domostwie. To jest między 20 a 30% i te wskazania pokrywają się z tym, co mówią zarządzający tymi instytucjami i co mówią osoby tej pierwszej linii, czyli ci, którzy tymi osobami się opiekują. Czyli tu jest jakby taka zgodność, że około 20-30%, w zależności też od problemu, jakim się zajmowaliśmy, tych osób mogłoby pozostać w miejscu zamieszkania, gdyby w tym miejscu zamieszkania były właściwie wspierane w tym pomaganiu.

I to jest też bardzo ważny wniosek, więc mamy, można powiedzieć, takie dwa zbiegające się, procesy, z jednej strony duże oczekiwania osób, które nie chcą do instytucji trafiać, ale chcą mieć taką możliwość na mapie instytucji wspierających, a z drugiej strony mamy osoby, które już w tych instytucjach są, a mogłyby je opuścić, bo mają ten potencjał usamodzielnienia na tyle duży w samoocenie, ale także w ocenie tych osób, które się nimi profesjonalnie zajmują.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo, czyli bardzo istotna byłaby rola prewencji, ale też i trwałości tych rozwiązań, które są wprowadzane, bo bezpieczeństwo jest, jak rozumiem, tutaj priorytetem. Myśmy bardzo, w pierwszej części debaty, sporo uwagi poświęcili osobom z niepełnosprawnościami. Czy oprócz wspomnianej już asystencji, jakie są jeszcze inne, najbardziej widoczne, bolące potrzeby tej grupy?

dr Rafał Bakalarczyk (IPISS)

Bardzo dziękuję. Ja bym może zaczął od tego, że myśląc o potrzebach osób z niepełnosprawnościami, nie powinniśmy tych potrzeb w punkcie wyjścia widzieć jako takich jakby potrzeb zupełnie jakiejś tam odrębnej grupy względem reszty społeczeństwa, że raczej wręcz przeciwnie, powinniśmy myśleć o tych potrzebach jako o czymś takim, co jest w wielu aspektach wspólne dla ogółu społeczeństwa, że osoby z niepełnosprawnościami nieraz mogą mieć podobne potrzeby, natomiast różne bariery czy różne doświadczenia, które pojawiają się w życiu tych osób powodują, że właśnie te ogólne potrzeby związane właśnie z godnością, z podmiotowością, z możliwością samostanowienia osoby, wiele potrzeb psychospołecznych i tak dalej, że one nie są w pełni zrealizowane.

I myśląc o tych właśnie potrzebach w ten sposób, warto jakby widzieć szereg, po prostu cały jakby wachlarz instrumentów, które mogą po prostu likwidować te bariery, które stoją na drodze zaspokajania tychże potrzeb. Druga taka uwaga jest taka, że no te potrzeby są dość mocno zróżnicowane w tym gronie osób z niepełnosprawnościami i nie chodzi tylko o zróżnicowanie ze względu na rodzaj niepełnosprawności, na przykład czy takie bardzo dające się zobiektywizować parametry życia poszczególnych osób, ale też całe spektrum różnych zarówno aktualnych, jak i przeszłych doświadczeń. Tych osób, które skutkują tym, że na przykład preferencje co do tego, co do zakresu wsparcia, jakiego potrzebują, czy do sposobów, w jaki to wsparcie będzie udzielane, może być po prostu różne. Więc tutaj ta kwestia personalizacji, indywidualizacji, o której była mowa i takiego szycia na miarę wsparcia jest tutaj kluczowa.

No najczęściej, kiedy myślimy w kategoriach właśnie tej deinstytucjonalizacji rozwoju usług, no to na pierwszym planie, stawiamy te kwestie związane z niezależnym życiem i z tą sferą pewnej wolności, wolności wyborów w jakimś zakresie. Natomiast oprócz tego myślę, że ważna jest, to też troszkę wybrzmiało tutaj we wcześniejszych wypowiedziach, zwłaszcza pani doktor, ta kwestia poczucia bezpieczeństwa i poczucia bezpieczeństwa. I myślę, że to powinniśmy na to patrzeć, kiedy myślimy o tych usługach, które by były w warunkach środowiskowych, pozainstytucjonalnych, myśleć o tym bezpieczeństwie zarówno w kontekście tego właśnie dostępu do takiego wsparcia w miejscu zamieszkania, w gospodarstwie domowym i w szerszym środowisku, ale także o tym bezpieczeństwie takim najbardziej podstawowym, materialnym.

Pamiętam jak miesiąc temu mieliśmy, tutaj Instytut też organizował konferencję o rozwoju usług społecznych i pan profesor Scharfenberg jakby szczególnie zwracał uwagę na tą sytuację na przykład osób, które mają niskie dochody, czy które doświadczają ubóstwa i wykluczenia także takiego ekonomicznego i że dla nich ta perspektywa znalezienia się czy bez środków lub przy niewystarczających środkach lub w jakichś tarapatach finansowych na przykład w związku z zadłużeniem chociażby, też bywa pewnym uwarunkowaniem stosunku do pozostawania lub do powrotu w takie miejsce środowiskowe, więc wydaje się, że także mimo, że kwestie związane z tym bezpieczeństwem ekonomicznym, finansowym może nie są jakby na pierwszej takiej, na pierwszej linii, że tak powiem tych różnych strategii deinstytucjonalizacyjnych czy strategii rozwoju usług społecznych, to moim zdaniem one, no nie możemy o nich zapominać, także w tym kontekście. No i tutaj oczywiście nie, mówiąc o tym bezpieczeństwie ekonomicznym, nie mam na myśli tylko świadczeń finansowych, ale także no różne instrumenty, które pozwalają, czy które służą aktywności zawodowej.

Zdaję sobie sprawę, że nie w przypadku części osób nie jest to możliwe, taka pełna aktywność zawodowa, czy w ogóle czasami nie jest możliwe, no ale w przypadku części osób, które tego wsparcia w środowisku, no potrzebują, skuteczna właśnie rehabilitacja społeczno-zawodowa, czy działania prozatrudnieniowe mogą być jakby jednym z warunków powodzenia. Także no takie właśnie środowisko pozostawiania tych osób w środowisku, zresztą w jednym z, w tym naszym projekcie pilotażowym też, jak był robiony taki, takie badanie początku fokusowe w tym zakresie, także, także to, ten wątek wybrzmiał.

Jeszcze może na, na koniec taka jedna uwaga odnośnie, odnośnie właśnie tych potrzeb. Właśnie dwie uwagi, jedna taka, że, którą też, na którą mi zwróciła uwagę wizyta w jednej z, w jednej z lokalizacji, w której ten pilotaż był wdrażany, w Bielsku Białej, tam utworzono taką strefę w Centrum Usług Środowiskowych, strefę kreatywności i organizatorki tego, tych różnych działań, właśnie takich aktywizujących, wskazywali na to, że rolą tego narzędzia jest także pewna ukierunkowanie na podnoszenie jakości życia, ale też na, na myślenie o tym, jak, jak w szerokim kontekstach te osoby mogą funkcjonować, bo rzeczywiście w przypadku części osób z niepełnosprawnościami, ale także ich bliskich, następuje taka swoista, no, deprywacja potrzeb, że ludzie zaczynają myśleć o sobie, czy o, o swoich bliskich, na przykład z niepełnosprawnościami w kontekście takich zaspokajania najbardziej podstawowych potrzeb, powiedzmy, socjalno-bytowych plus opiekuńczo-rehabilitacyjno-zdrowotnych, natomiast ta cała sfera, powiedzmy, potrzeb takich związanych właśnie z jakością życia, z uczestnictwem, z samorealizacją i tak dalej, no, gdzieś, gdzieś czasami, myślę, że w wielu punktach, częściach kraju jest jakby poza jakby horyzontem myślenia o tym i właśnie usługi, o których powinniśmy myśleć w jakiejś perspektywie rozwojowej powinny także jakby otwierać okna na te możliwości właśnie na, na takie szersze patrzenie o, o tych osobach.

I ostatnia już uwaga, bo tutaj zaczęliśmy mówić, czy ja przynajmniej zacząłem mówić, o tych potrzebach w kontekście konkretnych osób, które doświadczają tej niepełnosprawności, natomiast myślę, że o tych usługach warto także myśleć w kontekście potrzeb całej społeczności, tak jak była tutaj, pojawiła się w poprzedniej sesji prezentacji mowa o takim jakby przywracaniu do społeczności różnych osób, w tym osób z niepełnosprawnościami, to pamiętajmy, że właśnie, no, osoby z niepełnosprawnościami mają określony, znaczy, nie zawsze on jest określony, ale każdy ma różny potencjał w różnych rolach społecznych i poprzez właśnie te usługi możemy jakby wydobywać ten potencjał i tym samym oprócz tego, że jest to dla nich samych, bywa korzystne, to także jest to, no, jakby wyjście w kierunku potrzebom, nie wiem, na przykład rynku pracy czy potrzebom związanych społeczności lokalnych, potrzeb na poziomie społeczności lokalnej, więc ta, ta, ta sfera potrzeb jakby, która może być realizowana przy udziale różnych usług społecznych i form wsparcia, nie odnosi się tylko do tych osób, które są podmiotami określonych prawa, określone są na pierwszym miejscu, ale także pośrednio jest to, no, służy to zaspokajaniu różnych potrzeb na poziomie społeczeństwa czy społeczności lokalnych. Także to, dziękuję.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo. To, to rzeczywiście ważne i kompleksowe spojrzenie, faktycznie kierując wsparcie, docelowo powinniśmy myśleć o podnoszeniu jakości życia, a nie tylko zaspokojeniu potrzeb i ta komplementarność świadczeń pieniężnych, umożliwienie zarobkowania, jeśli jest to możliwe i wsparcie usługowe, to powinien, powinien być pewien pakiet rzeczywiście jednolitych działań. Jeśli chodzi o działania wobec osób z niepełnosprawnościami, to bardzo dużą rolę odgrywa PFRON poprzez różnego rodzaju programy, które realizuje między innymi we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Ponieważ zmienia się też środowisko, w którym Państwo pracujecie, zmieniają się regulacje prawne, od roku funkcjonuje też ustawa o ekonomii społecznej. W jaki sposób to zmieniają się? W jaki sposób regulacje prawne wpływają na Państwa działania?

Kamil Bobek (Dyrektor Departamentu ds. Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi, PFRON)

Dzień dobry Państwu. Ja chciałbym tutaj temu zagadnieniu, które Pani Profesor zasygnalizowała, przyjrzeć się trochę szerzej niż tylko przez pryzmat Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, gdyż jak wszyscy wiemy, te ramy prawne, w których funkcjonują instytucje administracji publicznej, są niezwykle istotne, bo określają one systemowe ramy, w jakich można działać. I jeśli chodzi o środowisko organizacji pozarządowych, to chciałbym tutaj zwrócić uwagę na jeden element, który wydaje mi się istotny z perspektywy udziału w organizacji pozarządowych podmiotów ekonomii społecznej. W świadczeniu usług społecznych, czyli potrzeby pomyślenia nad stworzeniem, być może właśnie we wspomnianej ustawie o ekonomii społecznej, rozwiązań systemowych, które pozwoliłyby zapewnić większą stabilność funkcjonowania organizacji pozarządowych świadczących usługi społeczne na przykład na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

Ja akurat od wielu lat i w PFRON-ie także zajmuję się wsparciem organizacji pozarządowych, ale właśnie w procedurze konkursowej. W procedurze konkursowej w przypadku PFRON-u to są tak zwane zadania zlecane z artykułu 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. I te dyskusje, które toczą cały czas z przedstawicielami organizacji pozarządowych, i w których też wcześniej miałem okazję brać udział, w których też wcześniej miałem okazję brać udział, pracując w departamencie odpowiedzialnym za współpracę z organizacjami pozarządowymi, ogniskują się właśnie na tym, że istotną barierą i istotnym warunkiem, który może umożliwić lepszy czy większy udział organizacji pozarządowych w świadczeniu usług społecznych w procesach deinstytucjonalizacji byłaby właśnie pewne systemowe zwiększenie możliwości pozyskiwania środków, a nie w procedurze konkursowej, gdzie w wielu przypadkach jak wszyscy Państwo, którzy związani są z tym sektorem wiedzą, jest to roczny projekt, trzeba składać wnioski czy oferty i każdorazowo poddawać się ocenie, nie będąc pewnym, czy środki na kolejne lata będą w dyspozycji danej instytucji, czy będą w wystarczającej wysokości, no i czy uda się napisać taki projekt, żeby otrzymać dofinansowanie.

Więc to jest pewna bariera, która na pewno utrudnia większe zaangażowanie sektora ekonomii społecznej i organizacji pozarządowych w świadczeniu usług społecznych. I wydaje mi się, że tutaj można kontynuować myślenie nad rozwiązaniami prawnymi, które w jakiś sposób usystematyzują tą kwestię. Oczywiście do tego potrzebna jest nie tylko stworzenie ram prawnych, ale i ocena skutków regulacji przede wszystkim pod kątem finansowym, bo tworząc rozwiązania ustawowe państwo bierze odpowiedzialność za to, że te kwestie muszą być realizowane, więc trzeba dokładnie obliczyć jaki jest koszt, ale biorąc też pod uwagę potencjalne korzyści z prowadzenia pewnych rozwiązań, czyli tutaj nie będę się rozwodził, ale od lat jest o tym dyskusja w jaki sposób wyliczyć i wskazać tą społeczną wartość dodaną, czyli ile państwo, czy ile samorząd może zaoszczędzić, wydając środki na określony cel i unikając określonych problemów.

Oczywiście te wszystkie rozwiązania też zarówno już w obszarze niepełnosprawności, te o których była mowa w pierwszej części, czyli kwestie asystencji osobistej, mieszkań chronionych, to o czym przedmówca wspomniał, różnego rodzaju działania związane z wzmocnieniem samostanowienia osób z niepełnosprawnościami, to też są elementy, które jakby nie są rozumiane przez cały szeroko rozumiany sektor, wspierający osoby z niepełnosprawnościami, czy same osoby z niepełnosprawnościami jednolicie. Tam jest bardzo wiele różnych podejść, różnych poglądów, poczynając od tego, że w zasadzie praktycznie każda osoba z niepełnosprawnością, albo nawet każda, powinna mieć możliwość samostanowienia i pełnej realizacji poprzez podejście, że jednak potrzebne jest to bardziej takie opiekuńcze podejście do osób z niepełnosprawnościami.

I to samo funkcjonuje też w rodzinach. O tym dyskutując z organizacjami pozarządowymi wiem, że często w samych rodzinach jakby z wielu względów rodzice czy osoby opiekujące się nie do końca motywują osoby z niepełnosprawnościami do podejmowania aktywności większej, a w szczególności aktywności zawodowej. To jest kwestia długiego pobytu w WTZ-ach, niewychodzenia na rynek pracy, lęk przed tym wychodzeniem, bo to związane jest z ryzykiem. Ale tutaj zgodzę się z tym, co pan Rafał powiedział, że no te lęki, które występują wśród rodziców czy wśród osób z niepełnosprawnością w zasadzie to są te same lęki i bariery może na trochę większym poziomie jak u każdego. Każdy z nas zmieniając pracę też ma lęk, czy sobie poradzi, czy to jest droga, którą powinien obrać. W przypadku osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów pewnie te same obawy występują być może trochę większe, w większym zakresie.

Natomiast co jest ważne, to wydaje mi się należy zwiększać rolę i rozwijać nadal przedsiębiorczość społeczną i ekonomię społeczną, bo to są te miejsca, gdzie można tworzyć przyjazne miejsca pracy, które będą współfinansowane ze środków publicznych. To są miejsca, które mogą dawać osobom z niepełnosprawnością właśnie podnoszenia swoich kompetencji, zobaczenia, czy jakby przekonania się jak funkcjonuje się na tym, nie chcę nazwać, bo to podobna terminologia, ale na tym w pewnym sensie chronionym rynku pracy, gdzie pracodawca jednocześnie ma ten obowiązek dbania też o rehabilitację społeczną i zawodową osób z niepełnosprawnością. Więc tutaj widzę też, że kontynuowanie tych działań, które zostały rozpoczęte w obszarze ekonomii społecznej może też nie tylko poprawić sytuację osób z niepełnosprawnościami, ale także wesprzeć instytucje, które tym się zajmują, bo to jest też kolejny wniosek, który ze swoich doświadczeń mogę wyciągnąć, nie chcę nazwać, ale takie typowe podmioty ekonomii społecznej, jak przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie, socjalne, też często mają problem odnalezienia się w procedurze konkursowej, ponieważ zgodnie z przepisami ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie te granty w konkursach mogą być tylko na działalność pożytku publicznego, a przedsiębiorstwa społeczne i spółdzielnie socjalne często dużo energii skupiają, co jest normalne, na prowadzeniu działalności gospodarczej, pozyskiwaniu zleceń i brakuje im specjalistów w tym zakresie.

Mam nadzieję, że rozwój struktur ośrodków wsparcia ekonomii społecznej w kolejnych latach pozwoli wesprzeć przedsiębiorstwa społeczne właśnie w tej funkcji reintegracyjnej, którą mogłyby świadczyć w ramach prowadzonej przez siebie działalności pożytku publicznego. No i wreszcie kolejny element, który pewnie trudniej jest w procedurze konkursowej jednak zapewnić jego realizację, o czym też tu była mowa, to jest to zróżnicowanie i luki terytorialne w świadczeniu wsparcia dla organizacji pozarządowych w procedurze konkursowej. Czy to w PFRON-ie, czy w innych konkursach widzimy, że są miejsca, gdzie ten sektor organizacji pozarządowych albo nie jest tak rozwinięty, albo go brakuje.

No i w tych rejonach w ten sposób trudniej jest dotrzeć do osób z niepełnosprawnościami i wesprzeć ich w powrocie do bardziej aktywnego życia. Także to kolejny element, który rozwiązania systemowe w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami mogłyby pomóc, w mojej opinii, zasypać tą lukę.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

To całe mnóstwo niezwykle istotnych wątków. Myślę, że jeśli chodzi o potrzeby odejścia od konkursowości i wdrożenia działań systemowych, to Pani Prezes Niedźwiecka zdecydowanie się z tym zgodzi Pani prowadzi organizację.

Agnieszka Niedźwiecka (Prezes Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych)

Zdecydowanie. W imieniu wszystkich chyba organizacji mogę powiedzieć, że to jest rzecz konieczna. Nie wiadomo co robić ani z ludźmi, ani z personelem, który jest zatrudniony. I generalnie doświadczenie moje jest takie, że szereg bardzo dobrych projektów po prostu nie funkcjonuje. Później te działania czekamy na jakąś możliwość. My jesteśmy tego żywym przykładem co się dzieje na naszych oczach.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Ale ja chciałam zadać jeszcze jedno pytanie o diagnozowanie potrzeb. Bo Państwa organizacja w dużej mierze zajmuje się osobami w kryzysie zdrowia psychicznego. Jest to grupa niezwykle trudna do zidentyfikowania, w środowisku lokalnym. To są często osoby, które zostają objęte opieką zbyt późno. Wprawdzie prowadzone są działania też w sektorze ochrony zdrowia, ukierunkowane na uśrodkowanie opieki, ale one cały czas są w zarodku. Myśmy w projekcie, o którym dzisiaj wspominaliśmy, też obserwowaliśmy w jaki sposób działania są realizowane wobec tej specyficznej grupy. I też problemy zdiagnozowania potrzeb, opierały się właściwie czy inaczej, potrzeby zdiagnozowane dotyczyły wyłącznie tych osób, które już wsparciem są objęte, a przecież widzimy, że te potrzeby są znacznie większe, aniżeli dotyczące osób już otrzymujące wsparcie. Jak sobie Państwo z tym radzą?

Agnieszka Niedźwiecka (Prezes Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych)

Szanowni Państwo, to ja myślę sobie tak, ponieważ pracuję już 30 rok z osobami chorującymi psychicznie, w zasadzie tworząc z nimi świat przyjazny i z szeregiem osób, które mi towarzyszą w tym dziele, to patrzę na to w ten sposób, że mam osoby niepełnosprawne i osoby chorujące psychicznie. Jednak przepraszam, że to powiem i ta niepełnosprawność psychiczna przekłada się we wszystkich aspektach, i społecznym życia i tym medycznym najpierw, diagnostycznym i jak później zawodowym, o którym tutaj była mowa, jak on jest istotny w życiu człowieka. Pierwsza rzecz to jest taka, oczywiście, że dotarcie do tych osób, ponieważ choroba psychiczna, bardzo często mylona z otępieniem umysłowym człowieka, bardzo często raniąc te osoby, to już zostawiam całą tą kwestię.

Wszystkie stereotypy, które funkcjonują na temat choroby psychicznej, mimo tego, że jakby w koło słyszemy, że idziemy z postępem, każdy człowiek ma prawo, wolność do samodzielnego życia i gdzieś nagle napotykamy na niesamowity lęk, który jest w człowieku, dotyczący choroby psychicznej. I to się dzieje, to się dzieje cały czas. W związku z powyższym, że to się dzieje, to ta dyskryminacja tej grupy jest na każdym podłożu. Nie wiem, ja czasami myślę, że ludzie się boją, że się zarażą kontaktem, że to jest tak, tak się boi społeczeństwo osób chorych psychicznych, zresztą jak Państwo sięgniecie do jakichkolwiek badań, które są przeprowadzone na temat tej grupy, jeżeli w ogóle są, jeżeli w ogóle są, chcę to powiedzieć, że w ogóle są, chcę to zaznaczyć, jeżeli trafimy na badania, gdzie faktycznie ta grupa jest oddzielnie potraktowana, to to jakby wszystko utwierdza się w tym.

To są osoby, które, my stworzyliśmy system wsparcia dla tych osób przez trzydziesty drugi rok. Oczywiście szyjemy na miarę, wszystko jest prawdą, ale jak docieramy, to znaczy budujemy taki poziom zaufania, że te osoby do nas trafiają. Teraz już można to powiedzieć, że w rzeczywistości, w której my żyjemy, to się dzieje. Poziom zaufania, to jest poziom pracy nie tylko terapeutów, ale też zwykłych ludzi, z którymi my współpracujemy. Ponieważ mamy stworzony system wsparcia ośrodków, zarówno tych dziennych czy środowiskowe domy, czy mieszkalnictwo wspomagane, mieszkalnictwo treningowe i mamy też świadomość tego, jak wielkie są potrzeby tych osób, aby w tych rzeczywistościach w środowisku jak najdłużej je utrzymać. Po trzydziestu latach już można powiedzieć, na przykład, co się dzieje z osobą, która dożywa 70-80 lat i jak ona nie jest absolutnie sama, samodzielnie w stanie funkcjonować w mieszkaniu swoim, mimo tego, że była 20 lat w środowiskowym domu, później miała wsparcie usług specjalistycznych, to w pewnym momencie dochodzimy do tego momentu, to o czym już tutaj dzisiaj było mówione, że ta instytucja, która, no bo mamy takie skrajne, proszę Państwa, docierają też głosy na temat tego, że skoro mamy deinstytucjonalizację, to znaczy generalnie każda instytucja jest „be” dla człowieka.

No i ja absolutnie z tym się nie mogę zgodzić, ponieważ przychodzi taki moment, że ta instytucja jednak jest potrzebna, bo ci ludzie w większości przypadków są sami, oni nie mają swoich rodzin, bardzo rzadko osoby chorujące psychicznie wchodzą w relacje, oczywiście, że my jesteśmy tego świadkami, wchodzą w relacje, zakładają rodziny i jakby mają też to oparcie w rodzinach. Najczęściej to są rodzice, którzy umierają i te dzieci dorosłe, dorosłe osoby pozostają same. Ale oczywiście chciałam dwie rzeczy powiedzieć i mam nadzieję, że mi się to uda w tym krótkim czasie. Pierwsza rzecz to jest taka, na etapie diagnozy choroby psychicznej, kiedy my mamy syna, który ma lat 18 i zauważamy pewne symptomy tego, że on się zachowuje może trochę inaczej, może ma problemy z koncentracją, coś jest nie tak. I mamy pierwszą diagnozę. Bardzo często w wieku lat 19, 18, na początku rozpoczęcia prac naukowych, studiów to się dzieje. Takie nasilenie. I co się w tym momencie z takim człowiekiem dzieje? No jest diagnoza schizofrenia. Mamy społeczeństwo niewyedykowane. To jest pierwsza rzecz, to absolutnie. Tutaj ktoś, bo już nie pamiętam, w której prezentacji było, że te resorty pomocy społecznej i medycznej, że one powinny ze sobą współpracować, ale to jest w ogóle początek tej drogi. A gdzie jest edukacja? Gdzie jest psychoedukacja w szkołach? Gdzie jest to wprowadzone w programy w szkołach? Nie ma tego.

Więc mamy tego człowieka, który ma tą diagnozę. Ona jest dla niego diagnozą, która go paraliżuje zupełnie. Najczęściej nie kończy szkoły. W tym momencie jest rok wycięty z życia. Pytanie, co my robimy? Jaką my mamy ofertę dla tego człowieka dalej? Jak my możemy pomóc temu człowiekowi? Bo w momencie, kiedy już się trochę rodzina, jak ma to wsparcie w rodzinie, oswoiła z tym, że z tym da się żyć, że schizofrenia nie jest wyrokiem, że choroba dwubiegunowa nie jest wyrokiem, że ci ludzie w okresach remis żyją normalnie, no to później potrzeba tego wsparcia indywidualnego.

Jest chłopak, pierwsza rzecz, kończysz, mówię o konkretnym teraz człowieku, który pomogliśmy, żeby wrócił, skończył, zdał maturę. Teraz jest na trzecim roku studiów już informatycznych i je kończy. Miał pół roku przerwy, ale to się dzieje. Wcześniejsza dziewczyna skończyła dietetykę, więc potrzebna jest, żeby ta edukacja, o której często zapominamy, żeby ona była również istotną częścią tego całego systemu naszego i nie możemy absolutnie o tym zapominać, bo niejednokrotnie osoby chorujące psychicznie zatrzymują się na tym etapie, bo mają podcięte skrzydła, są zdolowani kompletnie i nie mają obok siebie ludzi, którzy ich do tego motywują, aby oni dalej się kształcili.

To jest pierwsza rzecz. Bo ta osoba, której przy niewielkiej pomocy i naprawdę niewielkim wsparciu, bo to naprawdę nie kończy się wsparciem środowiskowym w środowiskowym domu najczęściej, tylko wsparciem instytucji takiej jak nasze stowarzyszenie, które wspiera, towarzyszy, na przykład daje pracę, bo później te osoby studiują na przykład zaocznie, czy pomaga poprzez opiekuna, który przychodzi do domu i wspiera to środowisko jego rodziny. I to jest jedna rzeczywistość. A druga rzeczywistość jest taka, że żeby ten człowiek mógł korzystać z tego wachlarza, o którym tutaj mówimy i Państwo przedkładacie, jaki jest ten wachlarz tych usług, no to my musimy go naznaczyć jeszcze. Tą osobę chorującą, czyli musimy zrobić z tej osoby niepełnosprawnej, która będzie miała. I to jest w przypadku tych konkretnej grupy, to jest kolejny gwóźdź do trumny, jak ja to mówię, bo my dajemy, my mówimy, ale wiesz, my możemy tobie, na przykład my korzystamy z szeregu, w zasadzie jesteśmy, mamy tyle samo lat co PFRON, że PFRON jest rok starszy od nas. Jakby tak obserwuje nasze jubileusze przez wszystkie lata, więc i wspiera naszą działalność od lat. I jest kwestia tego, na przykład, żeby mógł korzystać z waszych programów.

No i do czego, co się powinno zadziać, co myślę, że niejednokrotnie wybrzmiało może za słabym głosem. Czemu my musimy tym ludziom naznaczać ich niepełnosprawnością? Czemu nie możemy stworzyć systemu, system wsparcia, taki, który, ja poznałam na przykład w Wielkiej Brytanii, że osoby chorujące psychicznie, jest diagnoza, oczywiście, że trzeba wiarygodności tego i one na przykład mają możliwość wsparcia, uczestnictwa w różnych programach, no one są oczywiście długofalowe, ale bez tego stopnia niepełnosprawności, bo zdajecie sobie Państwo z tego sprawę, co dla 20-letniego chłopaka, znaczy to, że raz dostał informację, że jest chory, a drugi raz, że automatycznie, żeby mógł się poruszać w pewnej rzeczywistości, którą my tworzymy, jesteśmy wszyscy twórcami tej rzeczywistości tutaj, to on musi być naznaczony i to jest rzeczywistość dla tych ludzi.

No już ja zostawiam te kwestie medyczne, bo Państwo wszyscy macie świadomość tego, diagnostyki medycznej i tego, że żeby dostać się do psychiatry i żeby ci psychiatry byli psychoterapeuci, to jest dramat, że o rzeczach oczywistych, bo ci ludzie po prostu, więc tym bardziej to jest wyzwanie, żeby stworzyć i widzę, że NFZ już pomału ogłasza konkursy, nie musi być specjalista lekarz i to też bardzo pomaga, bo możemy zatrudniać psychologów, szereg ludzi, którzy ich wspierają, ale nie jesteśmy uzależnieni, przepraszam, że tak to nazwę, od lekarza, który przyjmuje o 23, ma 5-7 minut na tą wizytę, bo jakby ma tylu pacjentów, a to, co się dzieje po pandemii i jak Państwo śledzicie, to nie jest moja dziedzina życia badania, ale czasami korzystam, jaki jest wskaźnik, jakie jest zagrożenie dla nas wszystkich tego, że nie wytrzymujemy tego, co się dzieje w życiu i wielu młodych ludzi nie wytrzymało presji pandemii, zamknięcia przed monitorem, no to beneficjentów takich projektów będzie coraz więcej, więc im szybciej stworzymy system, który będzie ich wspierał i stworzy narzędzia aktywizacji zawodowej, które utrzymają ich w okresie remisji i w rynku pracy, i w społeczeństwie, i kampanie społeczne, które jest bardzo trudno zrobić dobrą kampanię społeczną, jeżeli chodzi o osoby chorujące psychicznie, żeby ich nie stygmatyzować dodatkowo i nie naznaczyć.

Bardzo trudno. Dlatego to są rzeczy, to są wszystko wyzwania, przed którymi stoimy jako społeczeństwo, żeby sobie nawzajem pomóc w tym i ruszyć w tą drogę i na serio potraktować to schorzenie jako jedno z najbardziej dominujących na świecie. To ja tyle.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Myślę, że to są bardzo duże wyzwania przed nami, w systemie ochrony zdrowia tworzy się taka instytucja asystenta zdrowienia, takiej osoby, która przeżyła już, jest doświadczona.

Agnieszka Niedźwiecka (Prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych)

Centra zdrowia psychicznego, ja pewnie jeszcze o tym, jak będę miała czas, to powiem. Oczywiście, że jest to doświadczenie. Ja tylko powiem tak, dla mnie to nie jest żadna nowość, ponieważ my zatrudniamy chyba 230 osób chorujących psychicznie i tyle samo zdrowych. Jakby ten wskaźnik, więc dla mnie ten asystent zdrowienia, który jest praktykowany, faktycznie ktoś ma doświadczenie, są całe szkolenia, przygotowywanie tych asystentów w Centrach Zdrowia Psychicznego jest oczywiście jak najbardziej dobrą rzeczą, dlatego, że te osoby też są bardzo wiarygodne dla tych swoich konkretnych kolegów, którzy przychodzą. Także, że dzieje się, ale cały czas trochę mało i trochę szybciej mogą przejść.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Zdecydowanie jesteśmy na początku tej drogi CUS to jest nowa instytucja działająca od dwóch lat, ale Państwo już w czasie tego krótkiego okresu w związku z realizacją działań ustawowych, projektowych napisaliście Plan Rozwoju Usług Społecznych, Plan Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych. Jak wygląda diagnozowanie potrzeb społeczności lokalnej z perspektywy CUS-u? Jak są związane z tym wyzwania i bariery?

Marzena Habel (Kierownik Działu Organizowania Usług Społecznych, CUS Tarnów)

Dzień dobry Państwu. Tak, jesteśmy CUS-em od dwóch lat w Tarnowie. Wspomnę, że to miasto na południu Polski. I realizowaliśmy na potrzeby powstania Centrum Usług Społecznych jedną diagnozę, czyli diagnozę potrzeb i potencjałów społeczności lokalnej, która była nam potrzebna właśnie do opracowania programu usług społecznych, żebyśmy mogli wyjść z usługami dla mieszkańców. A przy okazji w tym roku uczestniczyliśmy również w projekcie deinstytucjonalizacji, gdzie również mieliśmy diagnozowane potrzeby ponownie naszych mieszkańców. Powiem tak, na potrzeby pierwszej diagnozy, miała ona zakres, który dotyczyła osób, zarówno rodzin, generalnie wszystkich mieszkańców, bo trzeba pamiętać, że Centrum Usług Społecznych teraz wychodzi naprzeciw nie tylko określonym grupom, ale ma być dostosowany do wszystkich mieszkańców i staramy się stworzyć i dostosować takie usługi społeczne, które wychodzą z potrzeb wskazanych przez naszych mieszkańców.

W związku z czym w tej pierwszej naszej diagnozie w 2022 roku, którą przeprowadzaliśmy, wiele takich czynników, które wyszły nam z ankiet, które były przeprowadzone z mieszkańcami, ale też były przeprowadzone z organizacjami pozarządowymi, były z instytucjami wskazanymi również ankiety, wyszło przede wszystkim w obszarze rodziny duże potrzeby wsparcia w procesie opiekuńczo-wychowawczym. Bardzo duży deficyt dzieci, które potrzebują konkretnych specjalistów, czy to specjalistów psychologów, czy psychiatrów, czy logopedów, ale też duże wsparcie terapeutyczne. Ta diagnoza była tuż po pandemii, więc rzeczywiście to, co moi przedmówcy już tu wskazali, ta młodzież nie poradziła sobie z sytuacją panującą, z zamknięciem i te obszary niestety problemowe w obszarze rodziny, zarówno dzieci, jak i rodziców, wyszły nam bardzo duże.

Nie diagnozowaliśmy wówczas, jak pod kątem chorób psychicznych, bo nie to wówczas miało na celu, dopiero w tym czasie, później przy deinstytucjonalizacji, ten obszar osób objętych, które mają problem z chorobami psychicznymi, wówczas został tam bardziej rozszerzony. Natomiast wówczas, tak jak mówię, ten zakres terapeutyczny, pomocowy rodzin, ale przede wszystkim też wsparcie takie w codziennym funkcjonowaniu dla osób starszych nam wyszło,

czyli seniorzy, którzy funkcjonują w miejscu zamieszkania, którzy zostali zamknięci, też w pewnym momencie stanęli pod presją, że nikt może im nie pomóc. Szczególnie tym samotnym seniorom, gdzie nie mają rodziny. Więc tu zostały wskazane automatycznie, w diagnozie pojawiły się takie potrzeby od zrobienia zakupów, poprzez uczestniczenia w życiu codziennym, ale też nie zapominajmy, że zarówno w grupie młodych osób, jak i starszych, potrzeba spędzenia wolnego czasu jest też ważna w towarzystwie, czy też organizowanie im takiej społeczności lokalnej, w której będą mogli się poruszać i mieć kontakt z drugą osobą. Bardzo tutaj też uwidoczniła ta samotność, że ludzie jednak boją się tej samotności i te wszystkie działania, staraliśmy się ukierunkować w tym kierunku i stąd stworzyliśmy taki katalog usług, wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom. Więc dużo takiego poradnictwa psychologicznego i poradnictwa też dietetycznego, bo takie też pojawiły się problemy i dla dzieci niepełnosprawnych, czy też hipoterapia, dogoterapia, którą żeśmy realizowali, ale robiliśmy też warsztaty profilaktyczne, dotyczące uzależnień dla młodzieży, które też również chętnie cieszyły się dużym powodzeniem, czy też nawet grupy wsparcia dla dzieci niepełnosprawnych.

Bardzo ważny element, który zauważyliśmy i który też powtórzył się w deinstytucjonalizacji, dlatego że później realizując kolejną diagnozę na potrzeby opracowania planu deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych dla naszych mieszkańców, objęliśmy już te konkretne pięć grup, o których zawsze jest wskazywane i w zasadzie większość tych rzeczy, powieliła się. Najtrudniejszą chyba było zdiagnozowanie rzeczywiście tych osób w kryzysie psychicznym z bardzo prostej przyczyny, bo tak jak tu przedmówczyni wspomniała, ci co są naznaczeni i posiadają stopień niepełnosprawności, to jest jedna grupa osób, a są osoby, które z różnych przyczyn takiego dokumentu nie posiadają, tudzież nie chcą albo rodziny nie chcą się z tym ujawniać i dotarcie do osób tych i wsparcie ich w jakimś potrzebie, to jest bardzo ważne. I tutaj przy deinstytucjonalizacji i przy diagnozie wyszła nam też duża potrzeba profilaktyki, ale też przeprowadzanie różnego rodzaju spotkań, warsztatów, które będą uświadamiały mieszkańców, chociażby z chorobą psychiczną, jak się mierzy człowiek, który żyje z taką osobą, jakie ma potrzeby, też edukacja młodzieży, bo jest bardzo ważne i tu też w zaplanowanych naszych działaniach między innymi jest właśnie edukacja poprzez wyjście do szkół z jakimś programem takim profilaktycznym, o chorobach psychicznych, o różnych, bo tu rzeczywiście nam w naszych diagnozach to wyszło.

Oczywiście organizowanie, ważne też jest organizowanie tego czasu wolnego, zarówno dla młodzieży, jak i dla osób starszych. Tutaj wskazane zostały takie działania, duże pole do popisu ma organizator społeczności lokalnej, który nas działa i który integruje pewne środowiska. Mamy też pole duże do popisu dlatego, że my współpracowaliśmy już wcześniej z organizacjami pozarządowymi, cieszymy się dobrą współpracą, w związku z czym często pewne imprezy integracyjne wspólnie organizujemy i tworzymy dla naszych mieszkańców, ale także też przez te imprezy staramy się zawsze pokazać im jakiś aspekt ważny w życiu danego człowieka, czy jakiś problem, bo to jest dobra forma. Też niedawno, bo we wrześniu organizowaliśmy taką dużą konferencję ze zdrowia psychicznego, w której uczestniczyli nie tylko osoby z zakresu oświaty, czy też edukacji, ale też wszyscy mieszkańcy mogli korzystać z tej konferencji. Cieszyła się dużym zadowoleniem i dosyć takim dużym zainteresowaniem.

Więc muszę tu powiedzieć, że w tym okresach tych usług społecznych bardzo trudno jest też dopasować jednostkami, bo mówimy, że o usługach szytych na miarę. Ciężko jest dopasować czasami te usługi szyte na miarę, ale wychodzimy naprzeciw tym podstawowym rzeczom, które mieszkańcy nam wskazują, monitorujemy to i ważne jest to, że później pytamy ich, czy to spełniło ich oczekiwania, czy nie.

Dlatego, że też mamy później zwrotną informację, co możemy zmienić, co rzeczywiście działa w tych usługach społecznych, jakie elementy podlegają jeszcze wymianie, a też poniekąd możemy mieć wpływ na to, jak są one organizowane, bo rzeczywiście wysoki standard usług, które są przekazywane naszym mieszkańcom, mają bardzo duże znaczenie i rolę.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Czyli znowu kwestia edukacji i uświadomienia potrzeb, po to też, żeby włączyć osoby zagrożone wykluczeniem funkcjonowania społecznego, ale też, żeby zgłosiły się po pomoc. Panie profesorze, bo myśmy w ramach tego projektu Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów deinstytucjonalizacji usług społecznych mieli możliwość obserwowania, w jaki sposób te diagnozy, plany są tworzone. Plany rozwoju usług społecznych też tworzone są przez Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej, ale jest to działanie niezwykle trudne i kompleksowe, bo możemy korzystać z różnego rodzaju źródeł danych, zastanych, jak powiedziałabym, przed chwilą pani Marzena, prowadzić badania społeczne. Wcześniej mówiliśmy o tym, jak trudno zidentyfikować te osoby, które po pomoc same się nie zgłosiły. Jakie tutaj są najważniejsze wyzwania i jak sobie można z nimi radzić, tworząc diagnozę potrzeb?

dr Paweł Poławski (Prof. UW, IPISS)

Faktycznie miałem przyjemność brać udział w tym projekcie, o którym mówiła pani profesor przed chwilą i w którym pani dyrektor też brała udział. I taka moja ogólna refleksja jest taka, że samo stworzenie CUS-u, znaczy stworzenie instytucji, która z zauważenia ma integrować rozmaite usługi, a także pewien, i to słowo biorę w cudzysłów, znaczy pewien przymus projektowy stworzenia strategii, planu deinstytucjonalizacji w tym przypadku, ono wymusza kompleksowe spojrzenie na system usług społecznych w społecznościach lokalnych oraz kompleksowe i do pewnego stopnia zintegrowane spojrzenie na potrzeby rozmaitych kategorii społecznych oraz ich problemy, a także na poszukiwanie pewnych podobieństw zarówno w tych problemach, jak i w sposobach rozwiązywania. Na przykład jedną z kategorii, o której w ogóle nie mówiliśmy dzisiaj, ona się nie pojawiła chyba w żadnej wypowiedzi wydaje mi się, bo to są osoby w kryzysie bezdomności, których szczególne potrzeby próbowaliśmy uczestnicy projektu, próbowali zdiagnozować.

To jest kategoria społeczna, o której dużo się mówi, przy rozmaitych okazjach, czasami systematycznie, czasami, że tak powiem sezonowo, przy okazji myślenia o systemie budowania usług społecznych, zapewniania usług społecznych w społecznościach lokalnych oraz o potrzebach społeczności lokalnych właśnie, ta grupa uzyskała jakby znaczenie takie jak inne, o których częściej trochę albo bardziej systematycznie się wspomina. Ja myślę, że samo stworzenie takiej instytucjonalnej podstawy do dbania o usługi społeczne ma swoją bardzo dużą i istotną, z tymi diagnozami, to ja, znaczy jak pada hasło diagnoza, to ja chyba bardziej myślę nie o diagnozowaniu potrzeb poszczególnych osób, co właśnie o diagnozowaniu potrzeb społeczności lokalnej, tak, to jest to, co przy okazji projektu i działań projektowych troszkę, próbowaliśmy przetestować, tak.

I w gruncie rzeczy te problemy z diagnozowaniem, no to znaczy, co jest przedmiotem diagnozowania, czy na co one powinny być, te diagnozy lokalne nastawione. Ja tutaj bym chciał nawiązać do tego, o czym pani profesor Sowa mówiła w prezentacji, dwie już godziny chyba temu, mówiła o pewnych wyzwaniach stojących przed, no mogę? No tak, zacytuję panią profesor. Mówiła pani o pewnych wyzwaniach stojących w ogóle przed procesem deinstytucjonalizacji i budowaniem systemu usług społecznych, tak. No była mowa na przykład o potrzebie włączenia odbiorców w rodzin, i zdiagnozowanie, i dostarczanie usług, prawda?

Zresztą ten wątek się pojawia. Tutaj, no pewne obawy na przykład związane z wprowadzaniem, wdrażaniem rozmaitych rozwiązań deinstytucjonalizacyjnych, to pani doktor o tym mówiła. Problemy z koordynacją, działań na poziomie lokalnym, no tak. Infrastruktura i braki w infrastrukturze, na przykład w infrastrukturze mieszkaniowej, co jest szczególnie istotne w przypadku osób w kryzysie bezdomności. Mamy niedobory kadrowe, no tak, no mamy. Mamy problem z terytorialnym, ze zróżnicowaniem dostępności do rozmaitych usług, także pod względem terytorialnym, tak. Mamy problem z włączeniem sektora prywatnego, sektora prywatnego w świadczeniu usług, czyli z wypracowaniem mechanizmów, które, gdyby to włączenie jakoś poprawiały. Właśnie no można pewnie tutaj parę innych jeszcze takich kwestii, które nam też wychodziły w projekcie, jakby wskazać.

No kwestia standardów i to standardów nie tylko tych wprowadzanych, no powiedzmy z poziomu centralnego, tak, bo te standardy i standaryzacje mamy, także ona jest wymuszana przez kolejne nowelizacje ustawy o pomocy społecznej. No w przypadku na przykład znowu osób w kryzysie bezdomności, no to mamy standardy dotyczące funkcjonowania, tak, schronisk, noclegowni i ogrzewalni, prawda. Mamy standardy, no bardzo niedawno wprowadzone, dotyczące mieszkań wspieranych, mieszkań treningowych, prawda. Stąd te standardy się pojawiają, ale przecież jest tak, że te standardy muszą być jakoś zastosowane stosownie do potrzeb społeczności lokalnej i specyficznych, no jakby kierunków jakby organizowania i prowadzenia usług właśnie społeczności lokalnej.

No tak, tego typu wyzwania, no tu jeszcze kwestia nowych technologii, prawda, z którymi troszkę, znaczy to jest duże wyzwanie, bo z jednej strony byśmy chcieli, a z drugiej strony, no mamy coś takiego jak wyklócenie cyfrowe, więc jak właściwie, które zapewne dotyczy tych kategorii społecznych, na które powinniśmy kierować, no pewne usługi społeczne, prawda, więc jak pogodzić jedno z drugim, tak. Jak uwzględnić to, problem wyklócenia cyfrowego, po prostu w procesie włączania nowych technologii do budowania systemu usług społecznych. No, no tak, te wątki się pojawiają, tak, znaczy to widać, te problemy, te kwestie, one wychodzą w diagnozę. Także, także wychodziły w naszym, w tym projekcie, o którym, o którym mówię. Teraz moja, moja myśl trochę takie czerwone światełko. Bo my generalnie wiemy, jakie mamy kłopoty ze świadczeniem i konstruowaniem rozmaitych usług. My wiemy, jakie są potrzeby pewnych kategorii osób, odbiorców tych usług. A my jesteśmy w stanie opisać i to coraz trafniej te kategorie, albo te grupy społeczne, które potrzebują szczególnego rodzaju wsparcia. System, system gromadzenia danych, także danych statystycznych, jest bardzo systematycznie i od wielu lat budowany i modernizowany. Naprawdę dużo wiemy o tym, co się dzieje, zarówno na poziomie kraju, na poziomie regionalnym, jak i w społecznościach lokalnych.

Problem nie jest diagnoza ukierunkowana na opis sytuacji. To nie jest ten problem. My wiemy, jaka jest ta sytuacja i mamy coraz większą wiedzę, jakie problemy z kreowaniem tego systemu usług społecznych, z wdrażaniem zupełnie innego paradygmatu przecież. Wsparcia są związane. Ale informacji opisowych, informacji diagnostycznych, w sensie służących opisowi potrzeb, populacji, społeczności, no to czasami mamy problem w przekuciu ich, przerobieniu ich na rekomendacje, na plany. To jest taka kwestia i problem, na który się od dawna zwraca uwagę w Polsce. Na przykład w 2019 roku, ja sobie momencik zapisałem tytuł, żeby się nie pomylić, w ramach projektu Strategor powstał raport końcowy z przeglądu sześciuset gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych. Raport, który polecam, on punktuje problemy z przełożeniem wiedzy o faktach, czyli diagnozy w takim sensie opisowym na rekomendacje dotyczące tego, co robić w społecznościach lokalnych. Robi to na przykładzie, lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.

I moja obawa jest taka, że coraz trafniej jesteśmy w stanie scharakteryzować potrzeby populacji, części tej populacji, pewnych kategorii, także osób. Coraz lepsze narzędzia do tego mają. Ale jak przerobić wiedzę o faktach i o problemach na lokalne plany obejmujące system, pozwalające na integrację systemu, wsparcia usług społecznych, deinstytucjonalizacji i tak dalej. Z tym możemy mieć pewne kłopoty. I myślę, że to na to właśnie, na tą umiejętność tłumaczenia faktów na rekomendacje. Ustalania celów, do których warto i do których da się dojść na poziomie społeczności. Tutaj jest pewne wyzwanie.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

To ja, wobec tego będę drażyła ten wątek. Skoro zostałam tak klarownie sformułowane. Pani doktor, z badań deinstytucjonalizacji przeprowadzonych przez Państwa, co wynika w sensie właśnie priorytetów czy rekomendacji do działań?

dr Joanna Lizut (Uczelnia Korczaka)

Myślę, że tak powiem, nasz środek ciężkości jest jednak przesunięty. Na ten obrazek, o którym tutaj już trochę powiedzieliśmy. Ale oczywiście nasz raport kończy się rekomendacjami, które mają się przekuć w cele. Natomiast ja bym jeszcze tutaj do tego wątku dorzuciła to, że sformułowanie celów jest oczywiście tą pierwszą trudnością, na którą napotykamy. Bo zgadzam się z tą tutaj postawioną szeroką diagnozą, jak to wygląda, że te obrazy my znamy, tak? Te fotografie mamy już z różnych źródeł pochodzące. I one czasem są czarno-białe, czasem kolorowe. Ale generalnie ten świat jest dosyć dobrze przez nas obejrzany.

Natomiast jest ta trudność, żeby przeformułować go, przekuć go w rekomendacje, w konkrety, tak? Jak to realizować. To zresztą jest potwierdzone w naszym badaniu. Bo większość instytucji i w ogóle te wszystkie grupy, o których mówiłam, które badaliśmy, oni mówią tak. Wiemy, co to jest deinstytucjonalizacja. Zgadzamy się, że jest to proces niezbędny, konieczny z tych względów takich zarówno, powiedzmy, etycznych, jak też kwestii takich pragmatycznych, że te potrzeby rosną. Natomiast my nie wiemy, jak to zrobić w praktyce, tak? Czyli wiemy, że to powinno być, ale jak już to przystąpić do działania jest dużo trudniej. Ale ja bym jeszcze dodała jeden bardzo ważny element, że brakuje oprócz tej wiedzy, jak to zrobić w praktyce, choć ta wiedza, ona jest, tylko jest po prostu nie wydobyta na wierzch i nie wydobyta w takim sensie powszechności dostępu do tej wiedzy, bo tak jak tutaj pani powiedziała, my wiemy, jak to robić. Jest wiele organizacji, wiele miejsc w Polsce, w którym wiadomo, jak to robić i tylko po prostu nie ma informacji o tym, jak to robić, która płynie także do tych, którzy tej wiedzy po prostu nie mają. Ale co bardzo ważne, to jest kwestia decydentów, głównie osób odpowiedzialnych za finansowanie polityki społecznej w gminach i ich zobowiązania takiego zarówno społecznego, jak też wiedzy w tym zakresie.

Co to jest ten proces deinstytucjonalizacji i w ogóle stosunku do wydatków w tej sferze socjalnej, bo oczywiście usługi przecież też się wiążą z wydatkami, tak? I tak są postrzegane przez osoby, które decydują, o budżetach. I my żeśmy, to dodam tak w naszym badaniu, wyszli ponad oczekiwania nawet Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej i dodaliśmy siódmą grupę, którą badaliśmy, to byli decydenci lokalni. 565 samorządów przebadaliśmy, jak one są przygotowane do tego procesu DI. Tylko 8% uznało, że jest to ważny proces w ich gminach. 8% zbadanych. To jest taki pierwszy sygnał, który pokazuje, że właśnie często te osoby, organizacje, środowiska są osamotnione w tym, jak to wdrażać w praktyce. Tutaj zostało przywołane Centrum Usług Społecznych. Nadzieje są, proszę Państwa, ogromne. Tak jakby Centrum Usług Społecznych się jawi trochę jako takie remedium na całe zło, które jest w gminach.

Jak się powoła CUS, to jak za dotknięciem zaczarowanej różdżki. W tych gminach będą to gminy mlekiem i miodem płynące. I tutaj naprawdę te oczekiwania są bardzo, bardzo duże. No ale praktyka, proszę Państwa, jest też taka, że tam, gdzie CUS-y się pojawiły, one też już weszły w tę strefę dyskomfortu poprojektowego, tak to nazwę. Czyli był projekt, były środki, był pewien entuzjazm organizacyjno-prawny, decydencki, że tak powiem, do tych procesów. Natomiast on w miarę oddalania się od środków europejskich podejrzewam, że będzie słabł. I teraz jak to zrobić, żeby zapewnić tę trwałość? Czyli zapewnić ciągłość pewnych rozwiązań, które są dobre, które w tych projektach, bo nie tylko o tym mówimy o CUS-ie, ale tych takich rozwiązań wyspowych, można by powiedzieć, jest cały szereg, które się sprawdziły, które okazały się być skutecznymi, też pod względem efektywności pozytywnymi i nagle one po prostu umierają śmiercią naturalną, tak jak mówię, oddalenia od tego poprojektowego. I teraz jeśli miałabym uporządkować te wątki związane z tymi barierami, to ja bym je podzieliła te bariery na takie trzy główne obszary.

Po pierwsze są to, i to jest największa grupa problemów, to są bariery systemowe. I te bariery systemowe zaczynają się od kwestii organizacji całego systemu pomocy. Od tego, że nie mamy jasności, klarowności, ale też nie mamy właśnie takiego pewnego sprzyjania, kooperacji i współpracy. To jest znowu, charakter ma wyspowy. Czyli jak jest, jakieś władze są przychylnie, jak jest dana instytucja otwarta, to ta współpraca jest, ona dobrze przebiega, opiera się na realnych partnerstwach, głębokich. Jak tego nie ma, to mamy dokładnie, jesteśmy na drugim końcu, że tak powiem, tej osi. To jest pozorowanie współpracy, albo w ogóle jej nawet pozornie nie ma. Po drugie, co jakby w tych warunkach, jeżeli chodzi o kwestie tego systemu, to brakuje nam porządku tej relacji z tymi dostawcami usług. To się właśnie opiera na współpracy, na działaniach oddolnych, a nie na systemowym rozwiązaniu dotyczącym tego, jak włączać innych dostawców niż publiczni do systemu świadczenia usług społecznych. Zwłaszcza w tych gminach, gdzie mamy te dysproporcje takie na rzecz instytucji publicznych, które są jedynym gwarantem jakości i w ogóle trwałości i stabilności, to tego po prostu systemowo nie zmieniamy. To się odbywa na zasadzie dobrej wiary, wolnej woli i działań oddolnych, natomiast nie działania systemowego.

Z tym oczywiście jest także powiązany wątek kadrowy, bardzo szeroki, profesji, zawodów, ról zawodowych, takich wolontariackich też, tego wszystkiego, co się składa po prostu na tę tkankę ludzi, którzy są w tych organizacjach i instytucjach. I znowu tutaj mamy tą oddolność, a nie mamy systemowości. Czyli nie mamy jasno określonych ścieżek kadr, kariery zawodowej, nie mamy ustawy o zawodach czy profesjach społecznych, nie mamy pewnego uznania i prestiżu, który jest związany z tym, jak jest doceniony, poza pracownikiem socjalnym, który jest gdzieś tam na tej mapie tych zawodów, takim zawodem, można powiedzieć, wyróżnionym nieco, to właściwie tego nie mamy. Teraz my też w ogóle, bo my dyskutujemy dużo przy okazji deinstytucjonalizacji o wątku godności, poszanowania, elementu samostanowienia odbiorców usług, natomiast w tej dyskusji my gubimy ludzi, którzy te usługi dostarczają. Gdzie jest ich poszanowanie godności? Gdzie jest szacunek dla tych grup zawodowych? Gdzie jest uznanie ich ważności w tym procesie, jeśli oni w tej dyskusji są może nie pomijani, ale bardzo często jest to takie pozorowane włączenie, przepraszam za takie sformułowanie.

Czyli włączamy na zasadzie konsultacyjnej, wypowiedzą się, powiedzą, ale potem realizacja już jest z dużym, dużo mniej uwagi się temu poświęca. Natomiast pytanie jest w ogóle zasadne, co my wiemy w zakresie zmiany warunków pracy tych osób, które są w tej chwili na przykład zaangażowane w instytucjach. Co my wiemy o czymś, co w zarządzaniu mówimy relokacja

zasobów, gdzie przesuniemy pracowników wysoko wykwalifikowanych, jeśli na przykład będziemy pewne instytucje ograniczać w ich tej instytucjonalnej funkcji, tak?

Czyli będziemy na przykład chcieli je otworzyć na usługi środowiskowe. Z jakich my zasobów kadrowych skorzystamy w tym względzie? Bardzo dużo jest takich obaw związanych z tym, że my utracimy pracowników. Dzisiaj na przykład te dane europejskie też pokazują, że stażenie kadr nie jest tylko, proszę Państwa, powiązane z tym, że nie wchodzi nam nowe osoby do zawodu, ale także z tym, że są bardzo duże utraty pracowników w tym szczycie wieku produkcyjnego, koło czterdziestki na przykład, którzy 15 lat są w zawodzie, mają już bardzo duże doświadczenie, mają cały szereg lat pracy przed sobą, która to praca byłaby pracą opartą już na dużym doświadczeniu, wysokich bardzo często kwalifikacjach, pogłębianych przez tą ścieżkę kariery i oni odpływają też z zawodu, dlatego że zawód nie ma prestiżu, nie ma uznania. Oni są w wieku produkcyjnym, mają dzieci, mają możliwości przesunięcia się do innych segmentów, do innych branż zawodowych i też uciekają z tych zawodów.

Osoby, w których system zainwestował, tak to nazwijmy, czyli dał wykształcenie, doskonalenie, to możliwość zdobycia doświadczenia i to jest, proszę Państwa, drenaż nie tylko do innych segmentów, ale także do sektora prywatnego, który po prostu te osoby o wyższych kompetencjach, o tym doświadczeniu docenia i po prostu inaczej wynagradza najzwyczajniej w świecie i tworzy lepsze warunki pracy.

Agnieszka Niedźwiecka (Prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych)

Ja przepraszam, tylko powiem, bo często towarzyszy tym osobom wypalenie zawodowe, które się pojawia w tym momencie i jakby wiedząc, znając te konsekwencje, też nic z tym nie robimy, prawda? Bo wypalenie zawodowe, jeżeli byśmy spojrzeli na to jako naturalną rzecz, która się pojawia w takiej pracy, z takim klientem, to byśmy mogli w jakikolwiek sposób stworzyć system zapobiegania, żeby to się nie działo, co się dzieje, bo tracimy specjalistów, a nowych nie mamy, prawda? Bo jakby w tej dziedzinie niechętnie ludzie chcą pracować.

dr Joanna Lizut (Uczelnia Korczaka)

Dokładnie, tutaj ten wątek jest bardzo ważny. Nawet mam go tutaj właśnie w tym elemencie kadrowym. To jest całkowicie całkowicie zaniedbany obszar w tej dyskusji, czyli co zrobić z profesjami, żeby one były właściwie przygotowane na ten proces. Bo entuzjazm, proszę państwa, jest, to wynika z badań, tak? Bo bardzo często właśnie sami ci profesjonaliści widzą tę potrzebę usrodowikowania tych usług, są zmęczeni zbiurokratyzowaną pracą, pracą taką wysoce zadministrowaną, tak? I wołają ten wątek środowiskowy, ale trzeba powiedzieć, że będą też pracownicy, którzy będą chcieli pozostać w tych funkcjach takich, powiedziałabym, bardziej biurokratycznych, administracyjnych, tak? I teraz rozpoznanie tego zasobu, którym my dysponujemy, właściwie gdzieś się dzieje tak intuicyjnie i na poziomie tak na dobrą sprawę albo gminy to już jest bardzo dobrze, ale najczęściej to się po prostu sprowadza do konkretnej instytucji, placówki, miejsca, gdzie dyrektor, prawda, takie rozpoznanie robi.

Tego zdecydowanie brakuje. W tych systemowych na pewno jest kwestia finansów, która się tutaj też pojawiała, prawda? Finanse, trwałość, tak? Co po projektach, tak? Kofinansowanie już dzisiaj, nie wiem czy państwo akurat też w waszym CUS-ie, ale część CUS-ów po tym doświadczeniu wprowadza po prostu współfinansowanie usług, tak? Czy części usług, które, bo już widać, że nie będzie w stanie tego całkowicie nie odpłatnie świadczyć, tak? Więc to są takie kwestie, które pozostają nierozstrzygnięte.

No i teraz oczywiście te systemowe, znowu powiedzmy, są najbardziej widoczne, rozpoznane, sfotografowane, natomiast jeszcze pozostają kwestie barier takich środowiskowych i otoczenia społecznego, bo na przykład doświadczenia amerykańskie deinstytucjonalizacji tej opieki osób w kryzysie psychicznym wskazywały właśnie jako główny problem to, że osoby powracające z takich placówek, one były odpychane ze środowiska, wypychane z tego środowiska. Bardzo często się to wiązało z tym, że musiały zmieniać miejsce zamieszkania w stosunku do tego, które było przed trafieniem czy do szpitala psychiatrycznego, czy do placówki innego typu. Więc my o tym też w ogóle nie mówimy, tak? Jak przygotować społeczność, tak?

Agnieszka Niedźwiecka (Prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych)

Jeszcze przepraszam o tych osobach chorujących psychicznie, powiem taką ciekawostkę albo może i nie, że często ludzie myślą, że ta dyskryminacja, to jest na poziomie niewyedykowanego społeczeństwa, jakiegoś wiejskiego czy rodzin biednych, ale ja chcę państwu powiedzieć, że to niestety coraz częściej jest ta dyskryminacja, takie nieprzyznanie się i ta ściana, na przykład mam teraz dwóch panów, którzy podczas doktoratu, który robili, nie pasowali do grona panów doktorów, którzy z nimi pracowali. Tak i jakby dla nich to jest jeden na socjologii, drugi też tam na socjologii, ale on tam zmieniał jeszcze trochę też psychologizm, ale to się dzieje, jakby jest większy opór w tym społeczeństwie wyedykowanym, na pewnym poziomie żyjącym, któremu jest się trudniej przyznać do tego, że na przykład w ich rodzinie jest osoba chorująca, na przykład rozkruszają tabletki i mówią, że to jest witamina, żeby tylko nie wyszło na jaw, że pani profesor ma chorego syna albo pan jakiś doktor ma syna chorego, bo to jest, przepraszam, nadal, to się dzieje cały czas teraz.

dr Joanna Lizut (Uczelnia Korczaka)

Także pani potwierdza tutaj to, co my żeśmy, że tak powiem, w tej diagnozie, ale myślę, że też tak intuicyjnie, jak tutaj jesteśmy, to czujemy, ale warto, żeby to wybrzmiało, bo to też gdzieś w tej dyskusji jest gubione, czy jak jest przygotowane środowisko, otoczenie społeczne na deinstytucjonalizację, bo my jesteśmy społeczeństwem, które było edukowane i funkcjonowało w ładzie mocno instytucjonalnym, gdzie widzieliśmy te instytucje, ich funkcjonowanie, byliśmy do tego obrazka pewnie przyzwyczajeni. Teraz co zrobić, żeby też te mechanizmy takiego przyciągania czy wciągania inkluzywności społecznej zwiększyć, zwłaszcza wobec osób opuszczających różne zamknięte instytucje.

I ostatni, już naprawdę ostatni, bariery indywidualne. Czyli my też mówimy, to jest dobre dla ludzi, że oni będą na przykład w środowisku, że będą w rodzinie, to jest lepsze rozwiązanie, ale też musimy te osoby przygotować na to rozwiązanie i ich obawy i lęki być może przewyciężyć, ale być może dać im także możliwość powiedzenia, ale dla mnie to nie jest najlepsze rozwiązanie. Ja chciałabym mieć możliwość innego wyboru niż ten wybór, który wydaje się najbardziej odpowiedni.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Z każdej z tych barier bardzo kompleksowo opisanych wynika potrzeba jakiegoś konkretnego działania. Ja będę Państwa dalej o te priorytetowe kierunki działań pytała, tylko bardzo proszę o wypowiedzi takie pięciominutowe, nie dłuższe, bo czas nas zaczyna gonić. I może odnośnienie się do tych wątków, które jeszcze nie zostały poruszone, bo już myślę, że bardzo wiele zostało.

dr Rafał Bakalarczyk (IPISS)

Na pewno, jeśli chodzi o kierunki, tak, rekomendacje. Znaczący na pewno w tym obszarze niepełnosprawności jakby pewne załączki zmian czy pewne instrumenty, one już się w systemie gdzieś tam pojawiły. Ostatnie lata były, mi się wydaje, o tym względem dosyć takie owocne, to znaczący myślę o tych programach chociażby z Funduszu Solidarnościowego, opieka wytechnieniowa, usługa asystencka, więc raczej część rozwiązań, o których myślimy jako takich sztandarowych w kontekście dalszego procesu rozwoju usług społecznych na rzecz osób z niepełnosprawnościami czy deinstytucjonalizacji w zasadzie już gdzieś tam funkcjonują. Jest właśnie pytanie o zrobienie jakby tego kolejnego, czy potrzeba zrealizowania, zrobienia tego kolejnego kroku w kierunku systemowości. Nie wiem, czy to musi zawsze tak iść, że ta formuła powiedzmy taka grantowo-konkursowa zostanie zastąpiona jakąś regulacją systemową, ustawową, czy być może jakiś taki model powiedzmy dualny, w którym byłaby rozwiązania bardziej jeszcze systemowe i powszechne, ale jakaś rola tych pewnych konkursów grantowych tutaj została.

Być może taki byłoby kierunek też zasadny. Na pewno ciekawym wydaje mi się, ciekawą taką kwestią jest to skąd, czy przy pomocy jakich kierunków działań móc przyciągnąć do tych zawodów lub zatrzymać w tych zawodach opiekuńczych i tutaj wydaje mi się, przepraszam wspierających osoby z niepełnosprawnościami w tym także tych związanych bardziej z tą sferą opieki. Tutaj wydaje mi się, że taką ciekawą, znaczący takim ciekawym, chyba nieporuszanym dzisiaj wątkiem jest otwarcie się też w ramach polityk publicznych na osoby o pochodzeniu migranckim na przykład osoby tutaj migrujące do Polski. To jest w ostatnim czasie była dosyć duża fala tych osób w związku z kryzysem uchodźczym i wydaje się, że pewne polityki publiczne, które by tak jak tutaj pani profesor mówiła o rozwiązaniu austriackim, że nawet wprowadzona została ustawowe regulacje to także w Polsce by się przydały. Takie rozwiązanie tym bardziej no, że część odbiorców tych różnych form wsparcia także to mogą być także osoby na przykład osoby o niepolskim pochodzeniu, ale na przykład z niepełnosprawnościami, więc tu też chodzi o taką, o to.

Myślę, że też duży jest taki i wciąż niewykorzystany potencjał osób, które jakby mają doświadczenie wspierania, jakby zasobom wspierania lub opieki wobec osoby na przykład ze znacznymi niepełnosprawnościami tak zwanych byłych opiekunów, osób, które no nieraz przez lata się w to angażowały no i po ustaniu opieki też gdzieś, też gdzieś zostają, no ich potencjał nie zostaje zagospodarowany. To nawet nie chodzi mi tylko o to, że te osoby miałyby pracować po prostu regularnie na przykład jako asystenci czy jako opiekunki, no bo to nie każdy, no, no chce w tym pracować, ale ja na przykład w procesie wspierania na przykład tych grup samopomocy czy też szkoleń tutaj wydaje mi się zarówno dla opiekunów nieformalnych, jak i formalnych tych obecnych, można tutaj czerpać także z doświadczenia tych byłych opiekunów, no i tworzyć jakieś platformy dla tego, dla tych kontaktów.

Także no tutaj jesteśmy w szczególnym momencie z uwagi na te przesilenia polityczne, więc tutaj zastanawiam się na ile właśnie ta, te ewentualne zmiany polityczne w ich wyniku jakby będzie, będzie kontynuacja pewnych prac, które już się rozpoczęły, czy w zakresie właśnie tej ustawy o wyrównywaniu szans, czy projektu ustawy o asystencji, więc tutaj nie wiem w jakim kierunku to pójdzie, natomiast wydaje mi pewne nadzieję wiąże także z tym, że wytworzyła się przez ostatnie lata takie korzystne z punktu widzenia promowania tych zmian procesy po stronie społecznej, to znaczący ja obserwuję bardzo, bardzo większe z jednej strony usieciwienie tych środowisk niepełnosprawnościowych i osób ich wspierających, ale także tutaj ważne jest to samorzeczność, to, że w tych ruchach coraz bardziej, coraz silniejszy jest głos samych osób z niepełnosprawnościami i też swoista profesjonalizacja,

nie w rozumieniu takiej formalnej profesjonalizacji, ale w tym, że ci ludzie, to się trochę też wiąże z tym usieciowieniem, że po prostu oni, ta wiedza bardziej krąży i oni po prostu mają jakby szerszy obraz w tym co postulują, czy w tym, w swoich różnych stanowiskach, które formułują, więc na pewno takie sięgnięcie po to co już w swoich różnych petycjach, stanowiskach te środowiska zaproponowały i proponują to też jest takie no ważne, ważne, ważne, ważne wyzwanie. No i na koniec może jeszcze ten aspekt, bo trochę jakby właśnie w kontrze do tego od czego zacząłem odpowiedzieć w pierwszej turze, czyli że właśnie, żeby nie, nie tworzyć takiej granicy, w naszym myśleniu o potrzebach osób z niepełnosprawnościami i reszty, no to trzeba oczywiście pamiętać, że jest pewna grupa osób z niepełnosprawnościami o tak znacznych potrzebach wynikających, związanych z tą niepełnosprawnością, np. osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, czy sprzężoną i tutaj no te działania, które się wiążą z reformowaniem systemu bardziej opieki długoterminowej, wydaje mi się, że, że jakby ten segment, także wymaga nie tylko właśnie chodzi mi o działania takie ściśle wpisujące się w ten nurt deinstytucjonalizacji, ale też takie bardziej jeszcze horyzontalne zmiany związane z chociażby no z dofinansowaniem tego sektora opieki, ale też być może zmianą jego finansowania np. w kierunku nie wiem ubezpieczenia chociażby pielęgnacyjnego, co w Niemczech chociażby już jest, więc może z tych kierunków, które mi przyszły do głowy, jeszcze tylko sekundę zobaczyć, czy coś tutaj nie pominąłem.

Aha może jeszcze taka jedna na sam koniec uwaga, bo tutaj pani mówiła o tym momencie diagnozy, prawda, że jest potrzebne wsparcie, to, to tutaj warto myśleć o tych potrzebach osób właśnie z różnych tych grup właściwie, o których mówimy w takim kontekście dynamicznym, że te procesy, że te potrzeby jakby zmieniają się w cyklu życia i działania, które powinny być podejmowane czy adresowane do tych osób, powinny jakby no uwzględniać taką szerszą, szerszą jakby dłuższy plan powiedzmy oddziaływania wraz ze zmienianiem się tych potrzeb i też z możliwością takiej pewnej drożności różnych ścieżek, to znaczy, że plan może iść pewną ścieżką, ale, żeby była, możliwość pewnej modyfikacji w trakcie sytuacji, kiedy np. pewne, sytuacja życiowa tej osoby się zmienia, czy jej preferencje.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, jeśli chodzi o PFRON, jakie są priorytety działań w zakresie współpracy z organizacjami pozarządowymi?

Kamil Bobek (Dyrektor Departamentu ds. Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi, PFRON)

Trochę już o tym w pierwszej części wypowiedzi wspominałem, natomiast systematyzując, próbując usystematyzować te kierunki, to w zasadzie mogę powiedzieć, że to jest kompleksowe podejście do wsparcia różnych działań organizacji pozarządowych na rzecz osób z niepełnosprawnością. Mówiąc o konkursie, który mam przyjemność w Departamencie, którym kieruję realizować, czyli konkursie z artykułu 36, zadania zlecane, to tutaj jest możliwość uzyskania dofinansowania na takie spektrum począwszy od rehabilitacji w placówce, przez różnego rodzaju działania, warsztaty świadczone poza terenem różnorodnych placówek, przez wsparcie różnych inicjatyw służącym spędzaniu czasu wolnego, organizacji wydarzeń czy konferencji, wyjazdów dla osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin, poprzez też treningi sportowe, tak?

Dla, tutaj nie chodzi o ten sport zawodowy, ale sport powszechny osób z niepełnosprawnościami. Ale także fundusz w ramach zadań zleczanych, przekazuje środki finansowe na to, o czym tu mówiliśmy, czyli wsparcie otoczenia osób z niepełnosprawnościami, szeroko pojętego, bo są to osoby, które często angażują się w to wsparcie dla swoich dzieci czy członków rodzin z niepełnosprawnością. Oczywiście ważnym aspektem jest także wspieranie różnych działań związanych z promocją pozytywnych postaw i promocją w ogóle działań związanych z wizerunkiem osoby z niepełnosprawnością, z podejściem do osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie. I tutaj też te środki finansowe na to możemy przeznaczać. No i wreszcie, nie chciałbym powiedzieć, że ta wisienka na torcie, ale bardzo ważne zadanie związane z wsparciem aktywności zawodowej, aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością, przygotowaniem do zatrudnienia, czy to na otwartym, czy chronionym rynku pracy, z wykorzystaniem instrumentów na przykład zatrudnienia wspomaganego asystenta pracy, ale też i z korzystaniem z innych instrumentów, które mogą pomóc osobie z niepełnosprawnością trafić na rynek pracy i się na nim utrzymać, bo to jest jakby kluczowa rzecz.

Jednym tym pierwszym elementem jest to, żeby osoba z niepełnosprawnością znalazła pracę i mogła pracować, ale najważniejsze, żeby na tym rynku pracy się długoterminowo utrzymywała i tutaj też te działania i funduszu i organizacji pozarządowych w tym zakresie są potrzebne. Oczywiście organizacje pozarządowe jakby też w innych elementach działalności funduszu występują, są zaangażowane, mogą też realizować projekty w ramach środków europejskich, w ramach programów rady nadzorczej. Także mogę jeszcze raz podsumowując, w zasadzie to spektrum działań organizacji pozarządowych, które może być finansowane ze środków funduszu jest bardzo szerokie i co ważne, te działania, które organizacje pozarządowe, które realizują, one mogą stanowić i stanowią bardzo często taki dobry pilotaż dla tworzenia i wdrażania tych rozwiązań systemowych czy prawnych, bo to o czym tutaj rozmawialiśmy, tu nie chodzi o to, żeby projektowość wyeliminować, bo ta projektowość może być właśnie dobrym elementem po pierwsze dla przetestowania pewnych rozwiązań, po drugie na realizowanie rozwiązań na mniejszą skalę, bardzo lokalnych, gdzie na przykład nie jest potrzebny cały system, a organizacje pozarządowe często podejmują się tych działań i dlatego tutaj być może pomysłem jest, wracając trochę do pierwszej części, rozdzielenie tych typowych pożytkowych zadań publicznych realizowanych przez organizacje pozarządowe od usług społecznych, czyli tych, na których zależy też instytucjom publicznym, a które mogłyby, czy to zlecić do realizacji organizacjom pozarządowych, bo tu się pojawia pytanie wkładu własnego, gdzie często też przy wielu projektach ten wkład własny jest wymagany.

Oczywiście nie można też moim zdaniem zapomnieć, i to tutaj padło, żeby cały ten system usług społecznych był realizowany tylko w oparciu o organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej, bo też w niektórych przypadkach pewnie i sektor prywatny może się w to dobrze zaangażować, bo też nie znamy do końca potencjału samych organizacji pozarządowych do możliwości świadczenia na tak szeroką skalę usług społecznych, bo my tutaj wymieniamy różne rodzaje kategorii osób, różnego rodzaju usługi społeczne, ale to jest bardzo szeroki i duży katalog i duże działania. Także reasumując, te środki, które fundusz posiada na wsparcie organizacji pozarządowych, one są duże i coraz większe z roku na rok. W tej chwili to jest już ponad 700 milionów złotych rocznie, tak, w tamtym roku było, na działania organizacji pozarządowych wspierających osoby z niepełnosprawnością, ale też widzimy, że to zapotrzebowanie rośnie, cały czas rośnie. Jest coraz więcej organizacji pozarządowych wspierających, ale też i w związku z sytuacją finansową i wzrostem cen towarów i usług też mamy do czynienia, co wszyscy obserwujemy, z dużym wzrostem cen i wartości projektów, które są realizowane.

Więc na pewno te wyzwania będą istnieć, ale oprócz tej procedury konkursowej i przyrostu środków w tej procedurze konkursowej też ważne jest obudowanie je w rozwiązania prawne i podejmowanie przez decydentów decyzji, czy to będzie rozwiązanie, które będzie miało specjalne źródło finansowania określone w ustawie, czy być może część tych rozwiązań może być spokojnie realizowana w procedurze konkursowej. Dziękuję.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo. Pani prezes, jeśli chodzi o osoby, to w zakresie zdrowia psychicznego bardzo dużo już powiedzieliśmy. Powiedzieliśmy o stygmatyzacji, o potrzebie edukacji. Czy są jeszcze jakieś inne działania? Ale tutaj chyba ze względu na czas poprosiłam do ograniczenia się do jakichś dwóch najważniejszych.

Agnieszka Niedźwiecka (Prezes Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych)

Znaczy ja tylko jeszcze nawiązę do tej wypowiedzi tutaj pana dyrektora, że te projekty PFRON-owskie, to ja mogę rekomendować projekt na przykład, który od kilku lat realizujemy z środków PFRON-owskich, gdzie współpracujemy z pracodawcami, trenerów pracy, którzy, no pracodawcy często boją się osób, chorujących psychicznie. Natomiast taki anioł, taki trener, który i na etapie przygotowywania stażu, który jest finansowany z środków PFRON-owskich, łatwiej podejmuje tę współpracę i to jest jedno z lepszych rozwiązań, które w ogóle poprzez te wszystkie lata ja tutaj zauważyłam i to jest rekomendacja do tego, aby to było systemowe. Bo to jest naprawdę bardzo dobre, to się sprawdza.

Krótko, jeżeli chodzi o aktywizację zawodową, bo o tym zaczęłam. Ja lobbuję od, nie wiem już ilu lat, zupełnie inny model zatrudnienia dla osób chorujących psychicznie i model firmy społecznej, który funkcjonuje na przykład właśnie w Wielkiej Brytanii i spółdzielnie socjalne nie do końca są dla osób chorujących psychicznie, dlatego, że tam trzeba wziąć odpowiedzialność za biznes. To jest bardzo stresujące też rzeczywistość. Często te osoby nie mają tych umiejętności. Zakłady aktywności zawodowej, jak wiemy, są dla tej grupy, która jest mniej, daje sobie radę sama na otwartym rynku, więc mówimy o modelu, który, którego mamy przygotowaną ustawę, przepracowaną przez wiele projektów i którą cały czas lobbujemy, że dobrze by było stworzyć rozwiązanie modelu firmy, gdzie to jest normalne przedsiębiorstwo, które funkcjonuje na rynku, ale ma swoich managerów, którzy są, no załóżmy zdrowi, nie lubię tego podziału bardzo, ale i dajemy pracę określonym ludziom i to wspieranie przez państwo tych firm jest o wiele tańsze, niż to, że ta osoba, ta osoba trafia na przykład do zakładu aktywności zawodowej, który jest jednak drogą, rzeczywistością, jeżeli chodzi o finansowanie i utrzymywanie.

Więc aktywizacja zawodowa jak najbardziej i rzecz, którą jeszcze chcę powiedzieć, w zasadzie chciałam od niej zacząć, ale ta aktywizacja mnie tutaj skłoniła do tego, żeby zacząć od niej, to jest oczywiście ta kampania, którą robimy i edukowanie społeczeństwa. Proszę Państwa, to nie może być, i to jest też systemowa rzecz, to nie może być jednorazowa akcja, że my robimy schizofrenię, otworzcie drzwi, i tak robimy taki boom, i raz w roku zrobimy, wszyscy dygną i uznamy, że my zrobiliśmy kampanię na rzecz osób chorujących psychicznie, tylko to są rozwiązania systemowe i to, co mówiłam o psychoedukacji, przedszkolu, szkole i tak dalej, oczywiście my nie mamy pieniędzy teraz, mamy stworzone programy, które bardzo chętnie udostępniemy, książki, podręczniki do szkół, które można po prostu najzwyczajniej w świecie wdrożyć, to jest, to trzeba robić, ale to nie jest tylko edukacja dzieci, to jest edukacja służb mundurowych na przykład, jeżeli chodzi o w ogóle zachowania, jeżeli chodzi o osoby chorujące psychicznie, to jest, edukacja wszystkich związków wyznaniowych, to jest współpraca z kościołami i tak dalej, bo ci ludzie tam trafiają, jak mamy dotrzeć do tych ludzi,

no wyedukujemy społeczeństwo, to, których te osoby się znajdują, które jest ich środowiskiem, a wtedy te osoby do nas trafią, więc tutaj powinny naprawdę zostać stworzone lokalnie programy, które powinny być systematycznie wdrażane, po to, żebyśmy my nie patrzyli z przerażeniem, a jak można robić, jak się nie ma pieniędzy na przykład takie programy, no można na przykład jasełka z przedszkolem przygotować i nasza grupa teatralna przygotowuje z przedszkolem, gdzie małe dzieci przychodzą i robią, no jest to psychoedukacja ukryta, jak ja to mówię, no jest, ale my to z nimi robimy, szkoła, my mamy obszary wiejskie, tam współpracowaliśmy ze szkołami i te dzieci bardzo chętnie uczestniczą w naturalnych rzeczywistościach, które się dzieje, więc naprawdę bez gigantycznych nakładów finansowych możemy patrząc, rozglądając się w koło, tworząc osobami chorującymi psychiczny świat, uwaga, z naciskiem, z nimi, a nie dla nich, bo to jest istota, różna rzeczywistość z ludźmi, którzy żyją obok nas, a nie stoimy po tej drugiej stronie i mówimy, my dla was, proszę państwa, zrobiliśmy wspaniałą sprawę, nie, nie, nie, to nie zafunkcjonuje nigdzie, w żadnej rzeczywistości, więc budujemy taki świat, który będzie przyjazny dla nas, dla naszych dzieci, dla wszystkich, którzy przyjdą po nas, to jest taka moja krótka rekomendacja na koniec.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo, bo to jest wiele propozycji, zarazem działań, które mogą być wprowadzane znacznie szerzej. Jeśli chodzi o to, jeśli chodzi o CUS, tutaj padły takie słowa, że okres projektowy się kończy i co dalej?

Marzena Habel (Kierownik Działu Organizowania Usług Społecznych, CUS Tarnów)

No i dla nas na szczęście nie byliśmy CUS-em projektowym, więc nie musimy się o to martwić. Z jednej strony chętnie sięgnęlibyśmy o te środki, ale z racji tego, z różnych przyczyn nie sięgnęliśmy po nie i zaczęliśmy działać na własną rękę. Bardzo się nam to przysłużyło, dlatego tak jak moja przedmówczyni powiedziała, nie wszystko zawsze chodzi o pieniądze, one są różne i one pozwalają na wprowadzenie bardzo dużego katalogu usług za bardzo duże środki finansowe. Ale my musieliśmy sobie radzić bez bardzo dużych środków finansowych, a udało nam się wprowadzić bardzo dużo usług i też działania takie, tak jak tutaj, skorzystać z różnych form współpracy. Nasze Centrum Usług Społecznych, ono powstało w wyniku przekształcenia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, ale również jeden wydział z Urzędu Miasta został wcielony, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej i my staliśmy się tak,

Gdzie mieliśmy bardzo duże doświadczenie i współpracę z organizacjami pozarządowymi przez zlecenie różnych działań, więc mamy tu bardzo bogatą wiedzę na ten temat i umieliśmy się znaleźć nie tyle, znaczy w nowym środowisku. Zapewne to, co wspomniał pan tu doktor, że wiele już zostało napisane i powiedziane, tak, ale my przekuwamy to w praktykę. My staramy się realizować to i niestety uczyć się na własnych błędach, co cały czas realizujemy, tworząc każdy nowy katalog usług społecznych, czy wprowadzając jakąś odpłatność, bo też oczywiście nad tym się zastanawiamy, przynajmniej jakąś częściową odpłatnością tych usług społecznych, to też musimy najpierw sobie to przepracować, przeanalizować sytuację.

Każda społeczność jest inna, nasza Tarnowska jest inna, myślę, że na innym polu i w innym mieście będzie to działało zupełnie inaczej. Na pewno współpraca z innymi centrami, gdzie wymiana na polu naszych doświadczeń, naszym doświadczeniem, powoduje, że staramy się dojść do pewnego rodzaju perfekcji w tym, co chcemy robić, choć długa droga przed nami.

Ja ze swojej strony mogę tylko zachęcać, że centra usług społecznych jak najbardziej mogą odpowiedzieć w pewnym sensie na proces też deinstytucjonalizacji, dlatego, że posiadamy odpowiednie kadry i współpracujemy z różnymi kadrami, czy też mamy pomocy społecznej, czy z środowiska, gdzie mamy same pomocy, gdzie mamy to doświadczenie takie i zbieramy na naszym polu różne informacje zwrotne, które do nas dochodzą, ale na pewno jest to jeszcze proces, który wymaga dużo pracy i dużo zmian.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Dziękuję bardzo. Panie profesorze, Panu przypadło właściwie słowo podsumowania, czyli jakie priorytety, tutaj bardzo dużo było ich wskazane, ale z perspektywy też polityka społecznego, jakie priorytety, jeśli chodzi o usługi, są najważniejsze?

dr Paweł Poławski (Prof. UW, IPISS)

W dwóch punktach zapewne, tak?

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Oczywiście.

dr Paweł Poławski (Prof. UW, IPISS)

Chciałem powiedzieć, że CUSy nie tylko mogą, ale przede wszystkim robią wiele dobrego i właściwego w obszarze usług społecznych i deinstytucjonalizacji. One ten proces wspierają, a nie tylko mogą to robić. To jest jedna rzecz. Druga rzecz to w nawiązaniu do tego, co Państwo mówili. Do kwestii edukacji. To jest kwestia kluczowa, ale z pewnego bardzo specyficznego punktu widzenia, bo przecież nie chodzi nam o to, żeby tylko poinformować osoby spotykające się z pewnymi problemami i potencjalnie zaangażowane w rozwiązywanie tych problemów o tym, że one są. Tu nie chodzi o informowanie. To nie jest edukacja w tym sensie przecież. Tutaj mi przychodzi taka myśl z tym związana, że my mamy pewien kłopot z terminologią, do którego siłą rzeczy będziemy wracać przy rozmaitych okazjach. Czy to na poziomie centralnym, systemowym, czy to na poziomie lokalnym. No bo kwestia deinstytucjonalizacji. Pani dyrektor Bojanowska mówiła o uśrednieniu, co jest chyba właściwszym terminem.

A mi przychodzi do głowy pewien paradoks, bo w sumie to, co chcemy osiągnąć, to jest w pewnym sensie pełna instytucjonalizacja, tylko zupełnie innych wzorów zachowań i działania, niż były do tej pory stosowane. A instytucjonalizacja nie w sensie formalizacji. To jest instytucjonalizacja pewnych sposobów zachowania i reagowania oddolnych także na pewien rodzaj problemów. W socjologicznym sensie wtedy mówimy o instytucji, jak taki wzór zachowania się utrwali.

A więc ta edukacja przecież takiej instytucjonalizacji pewnych reakcji na pewne problemy ma służyć. Jest tym bardziej potrzebna przecież, bo ona służy zmianie zachowań właśnie. A druga rzecz tutaj to trwałość. O tym też państwo mówili. Tutaj jest jeden z wątków, ale kwestia płatności wydaje mi się bardzo ważna i ciekawa także. Bo współodpłatność oznacza zapewne także współodpowiedzialność. I budowanie takiej odpowiedzialności za jakość usług, których się wymaga i których się dostaje. Ciekawe zresztą, jak takie mechanizmy, sposoby, nie wiem, współpłacenia za usługi wprowadzane pewnie lokalnie, ale też centralnie w jaki sposób one będą się godziły, będą godzone właściwie z na przykład systemem zasiłkowym w pomocy społecznej.

Czy tutaj będzie jakiś związek, czy też nie. Czy będą dwa zupełnie osobne takie ścieżki transferu pieniędzy, czy może znajdzie się tutaj jakieś połączenie. Jestem bardzo ciekaw, jak ten fragment historii deinstytucjonalizacji się skończy.

dr hab. Agnieszka Sowa-Kofta (Prof. IPISS)

Bardzo dziękuję. I wszystkim państwu bardzo dziękuję za ciekawe głosy w dyskusji. Ja mam wrażenie, że dzisiaj tak wiele ważnych spraw zostało poruszonych i w pierwszej części debaty i w drugiej części debaty, że gdybyśmy tak wszyscy usiedli i spisali to, to by nam wyszedł jakiś fantastyczny dokument barier, uwarunkowań i potrzeb w zakresie rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji, czy też uśrodkowania. Bardzo państwu dziękuję.