

RAPORT Z BADANIA



PODKARPACKA DIAGNOZA DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Informacja o prawach autorskich i licencji

Raport został opracowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie w ramach realizacji projektu „Społeczna równowaga”, finansowanego z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS), współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej.

Niniejszy utwór jest chroniony prawem autorskim.

Autorem raportu jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, będący właścicielem autorskich praw majątkowych do utworu. Raport został opracowany zespołowo przez pracowników instytucji i ekspertów zewnętrznych w ramach realizacji ww. projektu.

Opracowanie raportu:

dr Mateusz Stopa – ekspert zewnętrzny

Jacek Świgoń – kluczowy specjalista ds. badań w Zespole Badań i Analiz ROPS w Rzeszowie

Raport został udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Zgodnie z warunkami tej licencji można kopiować, rozpowszechniać, prezentować i wykorzystywać ten materiał, również do celów komercyjnych, a także można tworzyć utwory zależne (opracowania) i je wykorzystywać, pod warunkiem uznania autorstwa, tj. wskazania instytucji jako autora, podania linku do licencji oraz określenia, czy wprowadzono zmiany.

Przykładowe oznaczenie przy wykorzystaniu raportu:

Opracowanie: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, na licencji CC BY 4.0, projekt finansowany z FERS 2021–2027.

Źródło: <https://www.rops.rzeszow.pl/>

Rzeszów, 30 czerwca 2025

Spis treści

Wprowadzenie	4
Ogólne informacje o badaniu	8
Perspektywa jednostek pomocy społecznej	11
Zasoby kadrowe sektora pomocy społecznej	11
Forma zatrudnienia personelu w poszczególnych typach jednostek	16
Stopień zaangażowania w trzy główne kategorie usług	19
Usługi społeczne – skala wsparcia i dostępność	22
Plany wdrożenia usług	28
Zapotrzebowanie na usługi środowiskowe	29
Wynajem sprzętu rehabilitacyjnego	30
Wpływ realizacji usług poza instytucją na funkcjonowanie placówki	31
Bariery w rozwoju usług środowiskowych	34
Ocena możliwości finansowania usług środowiskowych	37
Podnoszenie kompetencji kadr w kontekście rozwoju usług środowiskowych	39
Perspektywa klientów jednostek pomocy społecznej	41
Metodologia	41
Ocena usług specjalistycznych i opiekuńczych	43
Ocena usług wsparcia	48
Ocena usług aktywizacji społeczno-zawodowej	51
Ocena kwalifikacji i kompetencji personelu podkarpackich instytucji wsparcia	56
Opinie na temat idei deinstytucjonalizacji	58
Wnioski	61
Perspektywa komplementarna. Kluczowe wnioski z badania	64
Spis wykresów	67
Spis tabel	67
Spis rysunków	68

Wprowadzenie

Współczesne społeczeństwo polskie doświadcza kluczowych zmian w wymiarze demograficznym, społecznym i ekonomicznym. Spadek współczynnika dzietności, brak zastępowalności pokoleń, postęp w medycynie oraz wydłużanie się średniej długości życia prowadzą do systematycznego wzrostu odsetka osób starszych w strukturze demograficznej społeczeństwa. Równocześnie obserwuje się odchodzenie od modelu rodziny wielopokoleniowej, zwłaszcza w dużych ośrodkach miejskich. Postępująca atomizacja życia społecznego sprawia, że osoby starsze – choć żyją dłużej i pozostają aktywne przez większą część życia – coraz częściej funkcjonują samodzielnie, także w zakresie codziennych obowiązków. Równolegle do wspomnianych zjawisk, zwiększona mobilność ludności (zarówno w postaci migracji zagranicznych, jak i migracji wewnętrznych) przekłada się na większą zasobność rodzinnych budżetów przy jednoczesnym poluzowaniu się więzi społecznych i konieczności poszukiwania dodatkowego wsparcia w postaci zewnętrznych usług opiekuńczych. Procesy te nie omijają także mieszkańców województwa podkarpackiego, co sprawia, że z perspektywy regionalnych podmiotów odpowiedzialnych za zarządzanie polityką społeczną kluczowymi stają się¹:

- rozwój usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych, ograniczających konieczność kierowania odbiorców usług do instytucji zapewniających opiekę w postaci pobytu całodobowego,
- odciążenie dużych instytucji świadczących usługi w postaci pobytu całodobowego (zracjonalizowanie systemu przydzielania miejsc dla odbiorców w największym stopniu potrzebujących tego typu opieki),
- dywersyfikacja podmiotów świadczących usługi dla odbiorców, a więc większa specjalizacja, ale także dostępność usług jako takich.

„Usługi społeczne, zgodnie z najnowszymi badaniami naukowymi i wytycznymi UE w tym zakresie, powinny być organizowane w sposób, który zapewni najbardziej przyjazne i optymalne warunki realizacji potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Stąd też przyjmuje się, że usługi społeczne w przyszłości powinny mieć charakter bardziej zdeinstytucjonalizowany, co oznacza rozwój usług środowiskowych w miejscu zamieszkania”². Z teoretycznego punktu widzenia jest to proces prowadzący

¹ B. Szluz, *Rozwój usług społecznych w województwie podkarpackim* [w:] *Deinstytucjonalizacja usług społecznych – stan i perspektywy rozwoju*, (red.) M. Grewiński, Warszawa 2024, s. 442

² *Strategia rozwoju usług społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035)*, uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15.06.2022, Monitor Polski, poz. 767, 10.08.2022, s. 5

od decentralizacji polityki społecznej, przez demonopolizację roli państwowych instytucji do deinstytucjonalizacji usług społecznych³.

Pozytywnymi efektami deinstytucjonalizacji winny być⁴:

- przyspieszenie procesu decyzyjnego,
- uproszczenie struktur zarządczych,
- lepsze „dopasowanie” świadczonych usług do potrzeb i specyfiki lokalnych społeczności,
- większa transparentność i lepsza kontrola społeczna,
- lepszy przepływ informacji w systemie w kierunku góra <-> dół,
- większe poczucie odpowiedzialności za podejmowane decyzje i działania (upodmiotowienie),
- większy potencjał dla rozwiązań innowacyjnych z racji bliskości sieci interesariuszy (współpraca, feedback).

Identyfikowane są także i ryzyka przypisywane procesom deinstytucjonalizacji⁵:

- niechęć władz samorządowych do zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych (odcięcie finansowania dla instytucji),
- ograniczanie nakładów finansowych ze środków publicznych,
- niski priorytet przedsięwzięć z zakresu pomocy i integracji społecznej.

Deinstytucjonalizacja oznacza więc w praktyce „rozwój w obrębie społeczności zindywidualizowanych usług o wysokiej jakości, w tym zapobiegających umieszczaniu dzieci i osób dorosłych w zakładach pomocy społecznej – oraz przeniesienie zasobów ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej w celu świadczenia nowych usług, aby zapewnić długoterminową trwałość wdrożonych rozwiązań”⁶. Osiągnięte w ten sposób odciążenie dużych, stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej umożliwi bardziej racjonalne zarządzanie nimi i większą ich rejonizację, przekładającą się na mniejszą izolację osób objętych ich opieką oraz poprawę standardów samej opieki. Deinstytucjonalizacja nie powinna być postrzegana jako proces prowadzący do sukcesywnego zamykania instytucji świadczących usługi społeczne. Takie ujęcie wydaje się nieuzasadnione w świetle danych przedstawionych w niniejszym raporcie, dotyczących funkcjonowania tych instytucji oraz oceny ich działalności z perspektywy samych beneficjentów.

³ M. Grewiński, J. Lizut, *Idea, definicje i teoretyczne aspekty deinstytucjonalizacji w polityce społecznej* [w:] *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej. Szanse i zagrożenia*, (red.)

M. Grewiński, J. Lizut, Warszawa 2021

⁴ tamże, s. 15

⁵ tamże, s. 24

⁶ tamże, s. 21

O ile proces deinstytucjonalizacji usług społecznych można w dość precyzyjny sposób opisać i scharakteryzować, to same usługi społeczne już tak oczywistym pojęciem nie są. „Najczęściej przyjmuje się enumeratywną definicję usług społecznych poprzez umowne ustalenie dziedzin zgrupowanych w ramach tej kategorii, a mianowicie: oświata (zamiennie używa się pojęcia edukacja), ochrona zdrowia i opieka społeczna, kultura i sztuka, wypoczynek i rekreacja. Za kryterium zaliczenia usług do grupy społecznych przyjęto rodzaj zaspokajanych przez nie potrzeb i pełnione przez nie funkcje”⁷. Z perspektywy swoich funkcji, usługi społeczne powinny⁸:

- powiększać zasoby wiedzy, podnosić kwalifikacje i możliwości twórcze człowieka,
- rozwijać potrzeby wyższego rzędu (wiedza, rozrywka, przeżycia estetyczne),
- stwarzać poczucie bezpieczeństwa w warunkach zagrażających zdrowiu czy życiu, ale też aktywnie przyczyniać się do przywracania dobrego stanu zdrowia i samopoczucia,
- zwiększać aktywność zawodową i społeczną oraz ruchliwość przestrzenną,
- przyczyniać się do propagowania racjonalnego sposobu odżywiania, aktywnych rodzajów rekreacji i sposobów spędzania czasu wolnego.

Kategoryzacje i typologie usług społecznych mają przede wszystkim charakter analityczny i mogą być formułowane z perspektywy eksperckiej, bazującej na znajomości teoretycznych podstaw problematyki. Tymczasem beneficjenci rzadko posługują się tego rodzaju uogólnieniami – zazwyczaj są świadomi jedynie konkretnych usług, z których korzystają, oraz braków w dostępnej ofercie. Dlatego też zdecydowano się, na potrzeby niniejszego badania, na własną konceptualizację pojęcia „usług społecznych”, które podzielono na trzy główne typy – odpowiadające cytowanym obszarom celów, które powinny zaspokajać.

Do usług opiekuńczych i specjalistycznych zaliczono usługi pielęgniarские, opieki wytchnieniowej, asystenta, psychologiczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, fizjoterapeutyczne, rehabilitacyjne, transportowe, opiekuna formalnego i faktycznego. Punktem wyjścia dla takiego zaszeregowania było przyjęcie bezpośredniego znaczenia tych konkretnych usług dla „poczucia bezpieczeństwa w warunkach zagrażających zdrowiu czy życiu, ale także aktywne przyczynianie się do przywracania dobrego stanu zdrowia i samopoczucia”.

⁷ J. Rokicki, *Usługi społeczne jako przedmiot badań (pojęcie, cechy, rodzaje i funkcje)*, „Polityka Społeczna” 7/2014, str. 2

⁸ A. Kubów, *Usługi społeczne w gospodarce rynkowej* [w:] *Usługi społeczne wobec rodziny*, (red.) A. Kubów, J. Szczepaniak, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2011, str. 43

Drugim zbiorczym blokiem usług społecznych stały się usługi wsparcia, czyli wypożyczanie sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego, grup samopomocowych i wsparcia, ale także wsparcia prawnego, mediacji, pomocy w poruszaniu się po różnych systemach wsparcia czy streetworkingu. W przeciwieństwie do wcześniej wymienianych, te stanowią raczej zaplecze dla codziennego funkcjonowania, dla rehabilitacji czy w ogóle korzystania z systemu usług społecznych.

Wreszcie, trzecią kategorię usług społecznych w raportowanym badaniu stanowiły warsztaty umiejętności społecznych, usługi poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowe, staże zawodowe, usługi zatrudnienia socjalnego, usługi usamodzielnienia⁹ czy mieszkalnictwa treningowego, wspomagane i adaptowane. Składały się one na kategorię usług aktywizacji społeczno-zawodowej – łącząc w sobie rozwój potrzeb wyższego rzędu, rozwój wiedzy, ale także przyczyniając się do większej aktywności zawodowej i społecznej.

Zaproponowany podział ma charakter w pełni arbitralny i jest próbą operacjonalizacji problematyki, która zarówno w warstwie teoretycznej, jak i warstwie legislacyjnej i praktycznej jest w znacznym stopniu rozproszona, a zakresy definicyjne często pokrywają się wzajemnie. Prezentowane wyniki zresztą wskazują, że w odbiorze usługi społeczne tak łatwo zaszeregować się nie dają. Niemniej jednak, zaproponowana klasyfikacja znacząco ułatwiła analizę uzyskanych wyników, systematyzując perspektywę zarówno instytucjonalną, jak i samych beneficjentów.

⁹ Usługi usamodzielnienia odnoszą się do działań podejmowanych przez jednostki pomocy społecznej w celu wspierania osób w wychodzeniu z zależności od systemu wsparcia i osiągnięciu samodzielności życiowej, w tym aktywności społecznej i zawodowej. Ich celem jest wyposażenie osób w kompetencje umożliwiające niezależne funkcjonowanie w środowisku lokalnym oraz podejmowanie roli pracownika, obywatela i członka społeczności. Do typowych przykładów usług usamodzielnienia społeczno-zawodowego należą m.in.: udział w programach aktywnej integracji (np. w ramach kontraktu socjalnego), wsparcie w poszukiwaniu zatrudnienia i podnoszeniu kwalifikacji, treningi umiejętności życiowych (prowadzenie gospodarstwa domowego, zarządzanie budżetem), wsparcie asystenta rodziny czy opiekuna usamodzielnienia, a także działania integrujące ze społecznością lokalną (wolontariat, zajęcia środowiskowe).

Ogólne informacje o badaniu

Celem badania było zebranie danych na temat zjawiska deinstytucjonalizacji usług społecznych w różnych jednostkach sektora pomocy społecznej województwa podkarpackiego. W tym celu z pomocą ankiety dla przedstawicieli instytucji zebrano dane na temat zasobów pracowniczych instytucji, usług realizowanych przez poszczególne jednostki w 2023 roku oraz planów rozwoju tych usług. W badaniu udział wzięło 618 jednostek co stanowi 93% ogółu placówek ujętych w rejestrach Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego. Również w każdej z badanych kategorii wskaźnik udzielonych odpowiedzi przekroczył 90%. Ankiety wypełniali w większości kierownicy jednostek – 84,3%, lub wyznaczeni pracownicy – 15,7%.

Tabela 1 Rodzaje i liczba zbadanych jednostek pomocy społecznej

Rodzaj badanej jednostki	Liczba
Ośrodki pomocy społecznej w tym CUS i MOPR	149
Placówki wsparcia dziennego	100
Środowiskowe domy samopomocy	65
Domy pomocy społecznej	50
Placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym ośrodki interwencji kryzysowej	47
Placówki opiekuńczo – wychowawcze, w tym placówki typu rodzinnego	44
Warsztaty terapii zajęciowej	36
Mieszkania treningowe i wspomagane	31
Dzienne domy pomocy	30
Powiatowe centra pomocy rodzinie	23
Centra integracji społecznej	15
Zakłady aktywności zawodowej	11
Kluby integracji społecznej	10
Schroniska dla osób bezdomnych i schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, ogrzewalnie, noclegownie	6
Kluby samopomocy	1
Suma	618

Źródło: opracowanie własne.

W ankiecie uwzględniono również pytania dotyczące zapotrzebowania na usługi świadczone w miejscu zamieszkania lub w środowisku osób potrzebujących, a także identyfikujące bariery utrudniające realizację tego typu świadczeń.

W ramach badania zrealizowano również indywidualne wywiady pogłębione z osobami korzystającymi ze wsparcia podkarpackich instytucji pomocy społecznej w celu identyfikacji ewentualnie występujących problemów, poznania doświadczeń i potrzeb tych osób.

Zrealizowano 33 wywiady z osobami należącymi do sześciu kategorii wykazujących szczególnie duże potrzeby wsparcia:

Tabela 2 Kategorie i liczba beneficjentów z którymi przeprowadzono wywiady indywidualne

Kategoria beneficjentów	Uzyskana liczba IDI
Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami oraz opiekunowie nieformalni/faktyczni w/w osób (wywiady kodowane jako A)	6
Opiekunowie dzieci z niepełnosprawnościami (wywiady kodowane jako B)	5
Dzieci umieszczone w placówkach całodobowych lub ich opiekunowie/wychowawcy (wywiady kodowane jako C)	4
Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (wywiady kodowane jako D)	8
Osoby w kryzysie bezdomności (wywiady kodowane jako E)	6
Osoby państw trzecich, migranci (wywiady kodowane jako F)	4

Źródło: opracowanie własne.

Badanie zostało przeprowadzone pod koniec 2024 roku przez zewnętrzną firmę badawczą, wyłonioną w trybie przetargowym.

Wyniki przeprowadzonych badań zaprezentowano w dwóch odrębnych częściach, z których każda przedstawia odmienną perspektywę funkcjonowania systemu pomocy społecznej w województwie podkarpackim.

Rozdział pierwszy koncentruje się na analizie danych ilościowych pochodzących z badanych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, reprezentowanych głównie przez ich kierownictwo. Celem tej części było

ukazanie potencjału instytucjonalnego, skali i charakteru świadczonego wsparcia – w szczególności wsparcia środowiskowego – a także identyfikacja planów rozwojowych. Rozdział zawiera również analizę poziomu zaangażowania jednostek w różne formy pomocy, opis napotykanym barier w rozwoju usług świadczonych poza instytucją oraz ocenę możliwości dalszego rozwoju wsparcia środowiskowego.

Rozdział drugi przedstawia system pomocy społecznej z perspektywy jego odbiorców – osób korzystających z oferowanego wsparcia. Ujęcie to dostarcza unikalnych i wartościowych informacji, rzadko obecnych w analizach sektora pomocy społecznej, które najczęściej skupiają się na instytucjach i ich kadrze. Tymczasem to właśnie perspektywa klienta pozwala w najbardziej bezpośredni sposób ocenić rzeczywiste funkcjonowanie systemu, ujawniając zarówno jego mocne strony, jak i obszary wymagające poprawy.

Zestawienie obu perspektyw – instytucjonalnej i osób potrzebujących wsparcia – umożliwi całościowe spojrzenie na funkcjonowanie i potencjał rozwojowy podkarpackiego systemu pomocy społecznej, zwłaszcza w kontekście deinstytucjonalizacji usług.

Perspektywa jednostek pomocy społecznej

Zasoby kadrowe sektora pomocy społecznej

Empiryczna analiza procesu deinstytucjonalizacji w obrębie całego sektora jednostek pomocy społecznej stanowi zadanie złożone i wymagające.

Trudność ta wynika nie tylko z braku jednoznacznej i powszechnie przyjętej definicji samego pojęcia deinstytucjonalizacji, ale także z szeregu innych czynników, takich jak: zróżnicowany charakter jednostek sektora, brak wypracowanej i jednolitej metodologii pomiaru, a także ograniczony dostęp do danych umożliwiających śledzenie zachodzących zmian.

Z tego względu, w próbach uchwycenia stopnia zaawansowania procesu deinstytucjonalizacji badacze często sięgają po metody pośrednie, opierające się na wskaźnikach pochodnych, które – w drodze dedukcji – można logicznie powiązać z pożądanym kierunkiem rozwoju systemu, czyli przejściem od modelu instytucjonalnego do środowiskowego, opartego na usługach świadczonych lokalnie, jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby potrzebującej.

Jednym z takich wskaźników może być informacja o liczbie i rodzaju specjalistów zatrudnionych w jednostkach pomocy społecznej.

Jeśli w strukturze kadry dominują opiekunowie, terapeuci środowiskowi, asystenci osób z niepełnosprawnościami, asystenci rodziny, koordynatorzy pieczy zastępczej, fizjoterapeuci czy rehabilitanci, może to wskazywać na potencjał do rozwoju usług opiekuńczych i wspierających w środowisku. Należy jednak podkreślić, że wskaźnik ten ma charakter niedoskonały, ponieważ nie uwzględnia informacji o miejscu i warunkach świadczenia usług przez poszczególne grupy zawodowe. Może on więc wskazywać jedynie na potencjalną gotowość jednostek do realizacji usług środowiskowych. Aby uzyskać pełniejszy obraz, konieczne jest uzupełnienie tych danych o informacje dotyczące formy wykonywania pracy – tj. czy dana osoba pracuje wyłącznie w placówce, wyłącznie w środowisku, czy też w modelu mieszanym.

Zarówno forma świadczenia pracy, jak i struktura zawodowa zatrudnienia w jednostkach pomocy społecznej mogą być traktowane jako empiryczne wskaźniki deinstytucjonalizacji. Odzwierciedlają one stopień przesunięcia świadczenia usług z instytucji do środowiska, poziom gotowości systemu do indywidualizacji wsparcia oraz zakres zmian organizacyjnych koniecznych do realizacji usług blisko miejsca zamieszkania odbiorców pomocy.

W niniejszym badaniu przyjęto założenie, że wyższy udział specjalistów realizujących swoje zadania poza placówką, w ramach danej grupy zawodowej, wskazuje na wyższy stopień środowiskowego charakteru

świadczonych usług danego typu. Należy jednak zaznaczyć, że przyjęty sposób wnioskowania stanowi uproszczenie. Nie uwzględnia on m.in. faktu, iż niektóre jednostki, mimo środowiskowego charakteru, z definicji zatrudniają personel wyłącznie stacjonarny – jak ma to miejsce na przykład w przypadku środowiskowych domów samopomocy.

Mimo tych ograniczeń, ze względu na brak bardziej precyzyjnych narzędzi pomiaru zjawiska deinstytucjonalizacji, opisane powyżej podejście uznano za użyteczne i możliwe do zastosowania w ramach niniejszej analizy.

W związku z powyższym jednostki organizacyjne pomocy społecznej zostały poproszone o wskazanie w ankiecie liczby aktywnych zawodowo specjalistów realizujących usługi społeczne według stanu na 2023 rok, z rozróżnieniem formy świadczenia pracy: wyłącznie w placówce, wyłącznie w środowisku lub w modelu mieszanym – obejmującym oba te konteksty. Analizie poddano 16 kategorii zawodowych oraz dodatkową kategorię „inne”, obejmującą specjalistów niesklasyfikowanych w pozostałych grupach.

Łącznie w analizowanych jednostkach zatrudnionych było 11 267 specjalistów. Największy odsetek z nich – 53% (5 939 osób) – świadczył pracę wyłącznie w placówce. Natomiast 25% (2 848 osób) pracowało zarówno w placówce, jak i w terenie, a 22% (2 480 osób) wykonywało zadania wyłącznie w środowisku lokalnym.

Specjaliści zatrudnieni w jednostkach pomocy społecznej okazali się grupą silnie zróżnicowaną pod względem miejsca wykonywania pracy. W zależności od grupy zawodowej, od 15% do 83% respondentów pracuje wyłącznie w placówce, od 4% do 75% – wyłącznie w terenie, natomiast w modelu mieszanym (łączącym pracę w placówce i w środowisku) funkcjonuje od 10% do 58% badanych.

Grupą, która najczęściej wykonuje pracę w środowisku są asystenci osób z niepełnosprawnościami, z których aż 75% pracuje wyłącznie w terenie a dodatkowe 10% świadczy usługi częściowo w placówce a częściowo w terenie. Poza instytucją w zdecydowanej większości pracują także asystenci rodziny (80%), a także koordynatorzy pieczy zastępczej (79%) i pracownicy socjalni (72%) oraz już w znacznie mniejszym stopniu opiekunowie (45%).

Poniższa tabela prezentuje udział procentowy osób pracujących wyłącznie w placówce, tylko w terenie i w mieszanym modelu pracy w danej grupie specjalistów. Ostatnia kolumna pokazuje odsetek sumy specjalistów z dwóch ostatnich grup tj. wszystkich którzy przynajmniej w części wykonują pracę w terenie. Wartość ta wskazuje jaka część pracowników miała okazję zdobyć doświadczenie w pracy środowiskowej, co może mieć istotne znaczenia w kontekście postępujących procesów deinstytucjonalizacji.

Tabela 3 Udział specjalistów wg formy świadczenia pracy

Rodzaj specjalistów pracujących: P -tylko w placówce T -tylko w terenie PT - częściowo w placówce i terenie	Odsetek w danej grupie specjalistów			
	P	T	PT	T+PT
asystenci osoby niepełnosprawnej	15%	75%	10%	85%
asystenci rodziny	20%	28%	52%	80%
koordynatorzy pieczy zastępczej	21%	30%	49%	79%
pracownicy socjalni	28%	14%	58%	72%
mediatorzy	33%	33%	33%	66%
opiekunowie	55%	30%	14%	45%
lekarze	56%	24%	20%	44%
rehabilitanci	69%	16%	16%	31%
psycholodzy	69%	8%	22%	31%
inne	69%	9%	22%	31%
fizjoterapeuci	70%	9%	20%	30%
terapeuci	70%	9%	20%	30%
pielęgniarki	73%	13%	14%	27%
instruktorzy terapii zajęciowej	73%	8%	19%	27%
psychoterapeuci	74%	11%	15%	26%
doradcy zawodowi, coache	75%	5%	20%	25%
prawnicy	83%	4%	12%	17%
Ogółem	53%	22%	25%	47%

Źródło: opracowanie własne.

W strukturze zawodowej specjalistów zatrudnionych w podkarpackich jednostkach sektora pomocy społecznej najliczniejszą grupę stanowili opiekunowie – 2 974 osoby (26,4%). Byli oni również najliczniejszą kategorią pracowników realizujących wsparcie w terenie – 904 osoby, co stanowiło 36,5% wszystkich specjalistów pracujących tylko w środowisku.

Drugą co do liczebności grupą byli pracownicy socjalni – 1 802 osoby (16,0%), z czego aż 1 044 osoby (czyli 36,7% wszystkich pracujących w modelu mieszanym) wykonywały swoje zadania zarówno w placówce, jak i w terenie. Trzecią grupę pod względem wielkości stanowili specjaliści zakwalifikowani do kategorii inne – 1 753 osoby (15,6%), z których znaczna część działała wyłącznie w placówkach (1 214 osób).

Inne liczebnie wyróżniające się grupy to: asystenci osób z niepełnosprawnościami – 926 osób, stanowiący 28,1% kadry pracującej wyłącznie w terenie, instruktorzy terapii zajęciowej – 790 osób, terapeuci – 670 osób oraz pielęgniarki – 575 osób. Ostatnie trzy grupy specjalistów

wykonują pracę głównie w siedzibach placówek.

Poniższa tabela przedstawia liczbę specjalistów według rodzaju świadczenia usług: wyłącznie w placówce, wyłącznie w terenie oraz w modelu mieszanym – zarówno w placówce, jak i w środowisku. Wartości procentowe obrazują udział poszczególnych grup zawodowych w ogólnej liczbie osób zatrudnionych w danym trybie pracy.

Tabela 4 Liczba specjalistów wg rodzaju oraz ich udział w poszczególnych formach świadczenia pracy

Rodzaj specjalistów	tylko w placówce		tylko w terenie		placówka i teren		ogółem	
	l. os.	%	l. os.	%	l. os.	%	l. os.	%
opiekunowie	1 642	27,6%	904	36,5%	428	15,0%	2 974	26,4%
pracownicy socjalni	513	8,6%	245	9,9%	1 044	36,7%	1 802	16,0%
inne	1 214	20,4%	151	6,1%	388	13,6%	1 753	15,6%
asystenci osoby niepełnosprawnej	140	2,4%	698	28,1%	88	3,1%	926	8,2%
instruktorzy terapii zajęciowej	577	9,7%	60	2,4%	153	5,4%	790	7,0%
terapeuci	471	7,9%	63	2,5%	136	4,8%	670	5,9%
pielęgniarki	418	7,0%	77	3,1%	80	2,8%	575	5,1%
psycholodzy	339	5,7%	41	1,7%	110	3,9%	490	4,3%
asystenci rodziny	79	1,3%	108	4,4%	199	7,0%	386	3,4%
fizjoterapeuci	156	2,6%	21	0,8%	45	1,6%	222	2,0%
koordynatorzy pieczy zastępczej	43	0,7%	63	2,5%	102	3,6%	208	1,8%
prawnicy	135	2,3%	7	0,3%	20	0,7%	162	1,4%
doradcy zawodowi, coache	73	1,2%	5	0,2%	19	0,7%	97	0,9%
rehabilitanci	53	0,9%	12	0,5%	12	0,4%	77	0,7%
lekarze	39	0,7%	17	0,7%	14	0,5%	70	0,6%
psychoterapeuci	46	0,8%	7	0,3%	9	0,3%	62	0,6%
mediatorzy	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	3	0,0%
Ogółem	5939	100%	2480	100%	2848	100%	11267	100%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyżej zaprezentowanych danych pozwala wyciągnąć kilka wniosków. Przede wszystkim widoczna jest dominacja pracy stacjonarnej – ponad połowa specjalistów świadczy usługi wyłącznie w placówkach, co może świadczyć o nadal instytucjonalnym charakterze wsparcia społecznego, wymagającym dalszych działań w kierunku jego środowiskowej transformacji.

W tym miejscu trzeba jednak przypomnieć, że część personelu wykazanego przez placówki jako pracujący wyłącznie w placówce, nadal jednak wykonuje pracę środowiskową – dotyczy to lokalnych placówek, które same w sobie mają charakter środowiskowy np. placówki wsparcia dziennego, środowiskowe domy samopomocy.

Widoczny jest również znaczący udział mieszanego modelu pracy – prawie co czwarty specjalista pracuje w modelu łączonym. Praca w środowisku i domu klienta nie jest niczym nowym w sektorze pomocy społecznej, jednak na ogół dotyczy ona tylko niektórych kategorii specjalistów jak pracownicy socjalni czy asystenci rodziny. Niemniej jednak również wśród innych grup specjalistów takich jak psycholodzy, terapeuci, fizjoterapeuci, lekarze ale też doradcy zawodowi czy instruktorzy terapii zajęciowej ok. jednej piątej pracujących świadczy usługi zarówno w placówce jak i w terenie. Może to wskazywać na rozwój elastyczniejszych form wsparcia oraz odpowiedź na potrzeby osób korzystających z usług zarówno w instytucjach, jak i w swoim otoczeniu.

Wyniki badania wskazują też na szczególną rolę opiekunów i pracowników socjalnych – te dwie grupy zawodowe stanowią podstawę kadry systemu pomocy społecznej, przy czym opiekunowie dominują w działaniach środowiskowych, a pracownicy socjalni – w pracy łączonej. W kontekście deinstytucjonalizacji usług społecznych należy się spodziewać, że rola tych kategorii specjalistów będzie rosła. Pracownicy socjalni są pierwszą linią kontaktu w diagnozowaniu sytuacji życiowej klientów i planowaniu odpowiednich form wsparcia – często koordynują pomoc środowiskową, łącząc zasoby instytucji, rodziny i społeczności lokalnej. Natomiast opiekunowie, świadcząc usługi domowe, umożliwiają pozostanie osoby niesamodzielnej w jej środowisku, co jest jednym z fundamentów deinstytucjonalizacji. Są oni jest najliczniejszą grupą wykonującą zadania tylko w terenie i stanowią 36,5% wszystkich specjalistów pracujących całkowicie poza siedzibą instytucji. Należy się spodziewać, że wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa zarówno liczebność, jak i udział opiekunów w ogóle, a zwłaszcza tych pracujących w terenie będzie systematycznie wzrastał.

Pomimo dość wysokiego udziału specjalistów świadczących usługi poza placówką (47% specjalistów ogółem), obserwuje się znaczące zróżnicowanie odsetka specjalistów pracujących w środowisku i domu klienta w zależności od rodzaju specjalistów. Niektóre grupy zawodowe, jak pielęgniarzy, fizjoterapeuci i rehabilitanci wykazują znacznie niższy poziom pracy środowiskowej, natomiast zawody te wydają się być kluczowe w opóźnianiu objęcia osób starszych lub niepełnosprawnych opieką instytucjonalną.

Może to wskazywać na potrzebę rozwoju mobilnych usług w tych obszarach zawodowych np. usługi specjalistyczne w miejscu zamieszkania klienta. Największy udział pracujących całkowicie lub w części poza placówką mają asystenci osób niepełnosprawnych, z których aż 85% wykonuje prace poza instytucją. Z kolei poza placówką najtrudniej uzyskać pomoc prawnika, ponieważ 83% doradców prawnych pracuje wyłącznie w siedzibie instytucji.

Podsumowując, analiza zasobów kadrowych jednostek sektora pomocy społecznej w województwie podkarpackim wskazuje na istotny potencjał wspierający proces deinstytucjonalizacji. Relatywnie duża liczba specjalistów pracujących w środowisku (ponad 22%) oraz tych działających hybrydowo (25%) oznacza, że blisko połowa kadry posiada już doświadczenie pracy poza placówką, co w przyszłości, przy stworzeniu odpowiednich warunków i zapewnieniu wystarczających zasobów, może ułatwić przeniesienie środka ciężkości na usługi lokalne, domowe i środowiskowe. Ponadto opiekunowie i pracownicy socjalni są kluczowym zasobem, który może zostać wykorzystany w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych. Stanowią oni fundament obecnego i przyszłego systemu usług społecznych, który ma być oparty na indywidualnym podejściu, wsparciu środowiskowym i decentralizacji usług. Ich liczebność, doświadczenie, kompetencje i gotowość do działania w terenie czynią ich kluczowymi aktorami w procesie deinstytucjonalizacji. Odpowiednie inwestycje w ich rozwój, rolę koordynacyjną i warunki pracy są warunkiem skutecznego wdrażania tego procesu.

Forma zatrudnienia personelu w poszczególnych typach jednostek

Powyższe dane obrazują ogólną sytuację we wszystkich badanych placówkach, jednak z perspektywy celów badania szczególnie interesujące może być to, jak kształtują się udziały osób pracujących wyłącznie w placówce, wyłącznie w terenie oraz w trybie mieszanym w odniesieniu do poszczególnych typów jednostek, które przecież są bardzo zróżnicowane zarówno pod względem struktury, funkcji jak i przede wszystkim typu obsługiwanych beneficjentów wsparcia, a co za tym idzie liczby i rodzaju specjalistów, którzy udzielają wsparcia.

Poniższa tabela przedstawia całkowitą liczbę specjalistów wszystkich rodzajów zatrudnionych w różnych typach badanych jednostek, z uwzględnieniem formy, w jakiej wykonują oni pracę. Zawarte w tabeli dane obrazują nie tylko potencjał kadrowy przypisany do danego typu jednostki, ale także pokazują, w jakim stopniu poszczególne placówki angażują specjalistów wykonujących swoje obowiązki poza instytucją. Może to stanowić ważny wskaźnik ich gotowości do wdrażania i realizacji usług zgodnych z modelem środowiskowym, promowanym w procesie deinstytucjonalizacji.

Tabela 5 Liczba specjalistów oraz ich udział w poszczególnych formach świadczenia pracy w podziale na rodzaje placówek

Rodzaj placówki	tylko w placówce		tylko w terenie		placówka i teren		Suma
	I. os.	%	I. os.	%	I. os.	%	
Ośrodki pomocy społecznej w tym CUS i MOPR	936	25%	1382	37%	1462	39%	3780
Domy pomocy społecznej	1850	78%	266	11%	269	11%	2385
Placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym ośrodki interwencji kryzysowej	295	28%	481	45%	288	27%	1064
Środowiskowe domy samopomocy	621	78%	31	4%	145	18%	797
Warsztaty terapii zajęciowej	519	77%	91	14%	60	9%	670
Placówki wsparcia dziennego	338	58%	29	5%	217	37%	584
Placówki opiekuńczo – wychowawcze, w tym placówki typu rodzinnego	489	89%	21	4%	40	7%	550
Zakłady aktywności zawodowej	241	81%	12	4%	43	15%	296
Mieszkania treningowe i wspomagane	78	27%	79	27%	133	46%	290
Powiatowe centra pomocy rodzinie	176	65%	24	9%	71	26%	271
Dzienne domy pomocy	143	56%	34	13%	78	31%	255
Centra integracji społecznej	116	65%	26	15%	36	20%	178
Schroniska dla osób bezdomnych i schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, ogrzewalnie, noclegownie	71	88%	4	5%	6	7%	81
Kluby integracji społecznej	61	100%	0	0%	0	0%	61
Kluby samopomocy	5	100%	0	0%	0	0%	5
Ogółem	5939	53%	2480	22%	2848	25%	11267

Źródło: opracowanie własne.

Analizując otrzymane dane można wyróżnić trzy grupy jednostek o różnym profilu. Pierwsza to placówki instytucjonalne, w których wyraźnie dominuje praca w placówce. Taką naturę mają domy pomocy społecznej (DPS) – aż 78% kadry pracuje wyłącznie w placówce, co odzwierciedla ich klasycznie instytucjonalny charakter, placówki opiekuńczo-wychowawcze – 89% personelu pracuje w placówce, co wynika z całodobowej formy opieki

oraz schroniska i noclegownie – 88% specjalistów świadczy pracę stacjonarnie, co odpowiada ich funkcji zabezpieczającej.

W przypadku tych jednostek niski udział pracy poza instytucją potwierdza, że są to jednostki głęboko osadzone w modelu instytucjonalnym. Jest to też kategoria wobec której w pierwszej kolejności należy kierować działania ukierunkowane na deinstytucjonalizację – dotyczy to przede wszystkim placówek – opiekuńczo-wychowawczych, zaś w przypadku DPS i schronisk, działania powinny być skierowane na zapobieganie przyrostowi liczby przebywających w nich osób.

Drugą grupą placówek wyłaniającą się z analizy danych są jednostki uniwersalne i koordynujące, które cechuje względnie wysoka elastyczność działania i szeroki zakres wsparcia. Można do nich zaliczyć ośrodki pomocy społecznej (OPS, CUS, MOPR) – co zaskakujące tylko 25% ich kadry pracuje wyłącznie w placówce, zaś aż 76% działa w terenie lub modelu mieszanym, co należy uznać za pozytywne zjawisko w kontekście oceny poziomu deinstytucjonalizacji. Do tej grupy można zaliczyć również placówki specjalistycznego poradnictwa w tym ośrodki interwencji kryzysowej – 72% specjalistów pracuje w środowisku lub hybrydowo, co wskazuje na dużą dostępność usług poza murami instytucji. Również powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR) pomimo znacznie niższego poziomu mobilności kadry (35% poza placówką) mają częściowo środowiskowy charakter z elementami koordynacyjnymi.

Te placówki posiadają wysoki potencjał do realizacji usług środowiskowych i personalizowanych. Należy kontynuować działania zmierzające do zwiększenia zakresu i potencjału usług świadczonych w środowisku lub domu osób potrzebujących.

Trzecia grupa to placówki środowiskowe, które prezentują zróżnicowany obraz form pracy. Choć wszystkie niżej wymienione jednostki mają założony środowiskowy charakter, ich sposób organizacji pracy różni się istotnie w zależności od typu jednostki.

W przypadku mieszkań treningowych i wspomaganych aż 73% kadry pracuje poza placówką, podczas gdy 27% realizuje swoje zadania wyłącznie w jej obrębie, co doskonale odpowiada modelowi usług świadczonych w miejscu życia użytkownika.

W placówkach wsparcia dziennego 42% personelu świadczy pracę poza placówką, co należy uznać za zjawisko pozytywne. Z kolei w środowiskowych domach samopomocy tylko 22% kadry pracuje poza placówką, niemniej wynika to z samego charakteru działalności tego typu jednostek.

Podobnie jest z placówkami działającymi w obszarze aktywizacji i reintegracji społeczno-zawodowej: w warsztatach terapii zajęciowej tylko 23%

pracowników działa poza placówką, co odzwierciedla warsztatowy, stacjonarny charakter tych usług, zaś w zakładach aktywności zawodowej 19% kadry pracuje poza instytucją, mimo że co do zasady w tego typu jednostkach wsparcie udzielane jest stacjonarnie. Z kolei w centrach integracji społecznej (CIS) 35% personelu pracuje poza placówką (20% hybrydowo).

Podsumowując, placówki środowiskowe cechuje zróżnicowanie w zakresie form świadczenia pracy. Choć zasadniczo świadczą one usługi „u siebie”, to jednak charakteryzują się stosunkowo wysokim udziałem specjalistów realizujących zadania poza siedzibą jednostki.

Stopień zaangażowania w trzy główne kategorie usług

W ramach badania instytucje poproszono o określenie stopnia zaangażowania w realizację usług społecznych podzielonych na trzy główne kategorie:

1. usługi opiekuńcze lub specjalistyczne, tj. pielęgniarские, opieki wytnienionej, asystenta, psychologiczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, fizjoterapeutyczne, rehabilitacyjne, transportowe, opieka formalna, opieka faktyczna;
2. usługi wsparcia, tj. wypożyczanie sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego, grupy samopomocowe i wsparcia, wsparcie prawne, mediacje, pomoc w uzyskaniu wsparcia, streetworking;
3. usługi aktywizacji społeczno-zawodowej, tj. warsztaty umiejętności społecznych, usługi poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowe, staże zawodowe, usługi zatrudnienia socjalnego, usługi usamodzielnienia, usługi mieszkalnictwa treningowego, wspomaganego czy adaptowanego.

Wyniki badania wskazują, że jednostki sektora pomocy społecznej w województwie podkarpackim przede wszystkim koncentrują się na świadczeniu usług opiekuńczych oraz specjalistycznych. Na skali zaangażowania od 1 do 5 gdzie 1 oznacza brak zaangażowania placówki, a 5 bardzo wysokie zaangażowanie, aż 82% placówek wskazało wysokie lub bardzo wysokie zaangażowanie w te usługi, zaś średnie zaangażowanie dla tej kategorii wyniosło 4,17. W ten typ usług włączone są w zasadzie wszystkie rodzaje jednostek z wyłączeniem klubów integracji społecznej, z których tylko jedna badana jednostka wskazała przeciętne, jedna niewielkie, a pozostałe brak zaangażowania w ten zakres wsparcia.

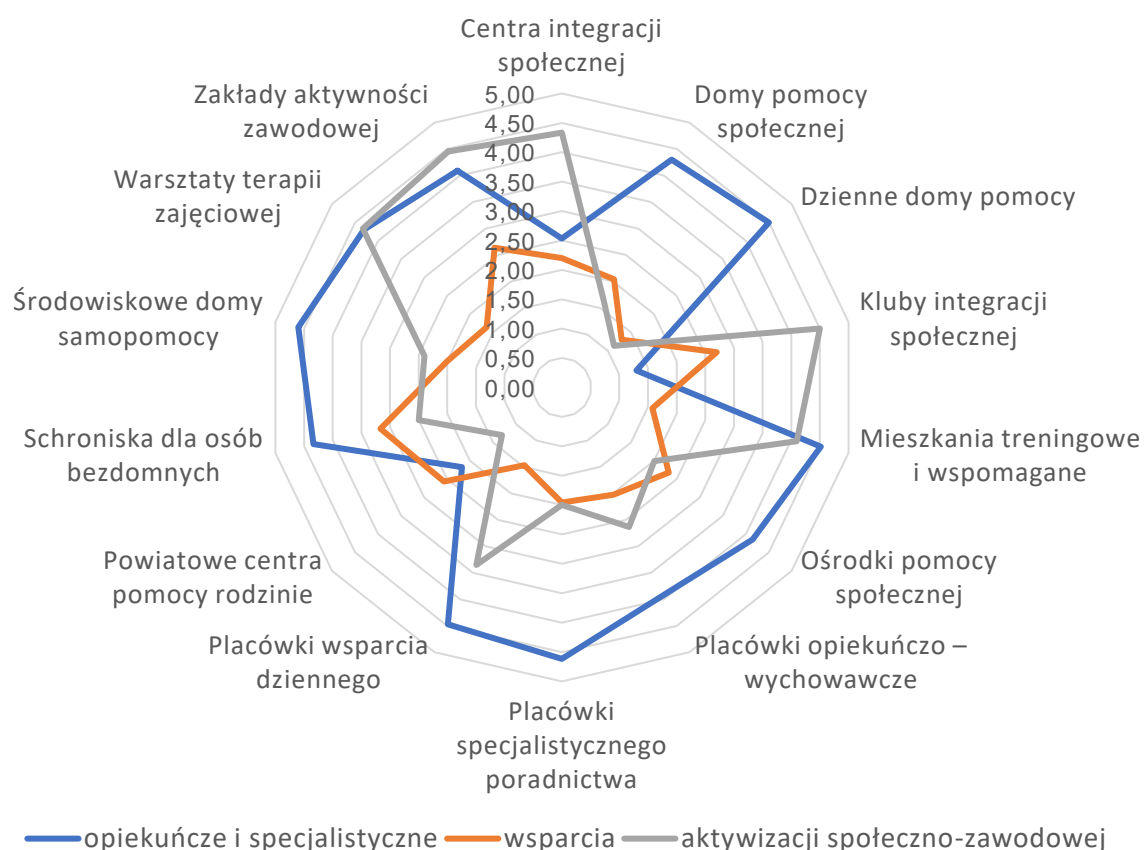
Z kolei świadczenie usług aktywizacji społeczno-zawodowej jest mocno zróżnicowanie w zależności od typu jednostki. W usługi te mocno zaangażowane jest 30% badanych placówek, przy średnim poziomie zaangażowania 2,60. Na ten typ usług wyraźnie ukierunkowana jest grupa

placówek w której skład wchodzi kluby i centra integracji społecznej, warsztaty terapii zajęciowej oraz zakłady aktywności zawodowej oraz mieszkania treningowe i wspomagane. Te same jednostki często oferują również usługi wsparcia, choć świadczenie ich nie jest głównym celem. Usługom wsparcia wysoki i bardzo wysoki priorytet nadało zaledwie 11% placówek, a średnie zaangażowanie wyniosło 1,98. Ten typ usługi oprócz wspomnianych wyżej jednostek jest również w pewnym stopniu istotny dla schronisk dla osób bezdomnych, powiatowych centrów pomocy rodzinie, domów pomocy społecznej oraz ośrodków pomocy społecznej.

Podsumowując, jednostki pomocy społecznej w województwie podkarpackim skupiają się przede wszystkim na świadczeniu usług opiekuńczych i specjalistycznych, podczas gdy rozwój innych form wsparcia przebiega selektywnie. Usługi aktywizacyjne są realizowane głównie przez wyspecjalizowane placówki, natomiast wsparcie społeczne pozostaje na stosunkowo niskim poziomie.

Poniższy wykres prezentuje średni poziom zaangażowania w trzy typy usług społecznych dla każdego typu badanych jednostek.

Wykres 1 Średnie zaangażowanie w trzy kategorie usług w podziale na typ jednostki



Źródło: opracowanie własne.

Powyższy wykres jednoznacznie wskazuje, że usługi wsparcia cieszą się relatywnie niewielkim zainteresowaniem ze strony instytucji sektora pomocy społecznej.

Potwierdza to również liczba osób, którym udzielono usług o charakterze wsparcia – 13,3 tys. osób, podczas gdy usługi opiekuńcze i specjalistyczne świadczone wobec ponad 112 tys. osób¹⁰. Usługom z kategorii aktywizacji społeczno-zawodowej pomimo, że udzielono nawet mniej niż usług wsparcia tj. 9 309 osobom, przyznawany jest znacznie wyższy priorytet.

Wydaje się zatem, że obszar usług wsparcia jest dobrym polem do wdrażania deinstytucjonalizacji w jednym z jej wymiarów, rozumianym jako rozwój usług świadczonych przez podmioty spoza wąsko rozumianego sektora pomocy społecznej takie jak np. organizacje pozarządowe.

Poniższa tabela prezentuje szczegółowo poziom zaangażowania w poszczególne kategorie usług w podziale na rodzaje badanych jednostek.

Tabela 6 Średni poziom zaangażowania w trzy kategorie usług, gdzie % oznacza odsetek jednostek wysoko lub bardzo wysoko zaangażowanych, zaś śr. to średni poziom zaangażowania na skali od 1 do 5

Rodzaj jednostki	opiekuńcze i specjalistyczne		usługi wsparcia		aktywizacji społeczno-zawodowej	
	%	śr.	%	śr.	%	śr.
Centra integracji społecznej	27%	2,53	13%	2,20	80%	4,33
Domy pomocy społecznej	88%	4,30	20%	2,04	10%	1,64
Dzienne domy pomocy	93%	4,50	0%	1,30	0%	1,13
Kluby integracji społecznej	0%	1,30	10%	2,70	90%	4,50
Mieszkania treningowe i wspomagane	90%	4,52	0%	1,58	81%	4,10
Ośrodki pomocy społecznej	83%	4,15	16%	2,32	12%	2,01
Placówki opiekuńczo – wychowawcze, w tym placówki typu rodzinnego	73%	3,93	14%	2,02	27%	2,64

¹⁰ Wartości tych nie należy mylić z ogólną liczbą wspartych osób, jest to raczej jednostka typu osobo-usługi ponieważ w danej kategorii usług jedna osoba mogła otrzymać wsparcie w postaci więcej niż jednego rodzaju usługi, np. pensjonariusze domów pomocy społecznej z reguły otrzymują kompleksowe wsparcie w postaci usług opiekuńczo-pielęgniarskich, rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych, pracy socjalnej, itp., zatem jedna osoba mogła być wykazywana kilkukrotnie, osobno w każdym rodzaju usługi. Wartości tej nie należy również traktować jako liczby udzielonych usług, ponieważ w zależności od rodzaju usługi wsparcie mogło mieć charakter od jednorazowego (np. wsparcie prawne) po świadczone wielokrotnie i w trybie ciągłym (np. usługi opiekuńczo-pielęgniarskie). W rzeczywistości zatem liczba świadczonych (pojedynczych) usług była dużo większa.

Rodzaj jednostki	opiekuńcze i specjalistyczne		usługi wsparcia		aktywizacji społeczno-zawodowej	
	%	śr.	%	śr.	%	śr.
Placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym ośrodki interwencji kryzysowej	100%	4,62	0%	1,96	11%	2,00
Placówki wsparcia dziennego	91%	4,47	1%	1,47	46%	3,35
Powiatowe centra pomocy rodzinie	9%	2,17	26%	2,57	0%	1,30
Schroniska dla osób bezdomnych i schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, ogrzewalnie, noclegownie	83%	4,33	33%	3,17	50%	2,50
Środowiskowe domy samopomocy	94%	4,60	17%	2,00	20%	2,40
Warsztaty terapii zajęciowej	81%	4,31	6%	1,64	86%	4,33
Zakłady aktywności zawodowej	91%	4,09	36%	2,64	82%	4,45
Ogółem	82%	4,17	11%	1,98	30%	2,60

Źródło: opracowanie własne.

Usługi społeczne – skala wsparcia i dostępność

W celu rozpoznania skali i kierunków wsparcia udzielanego przez jednostki pomocy społecznej, respondentów ankiety poproszono o wskazanie liczby osób, które skorzystały ze wsparcia w 2023 r. w podziale na blisko trzydzieści różnych typów usług uzupełnione o opcje inne.

Najwięcej osób - prawie 52,7 tys. - otrzymało wsparcie w postaci pomocy socjalnej, zaś usługa ta jest dostępna w 48% badanych placówek. Usługi psychologiczne świadczy największa ilość z badanych placówek tj. 359, co stanowi 58% badanych instytucji, a liczba wspartych osób to prawie 13 tys. Ważną rolę pełnią usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, realizowane w 42% jednostek, wobec blisko 11 tys. osób. Poniższa tabela prezentuje szczegółowe informacje o dostępności poszczególnych rodzajów usług (poprzez wskazanie liczby jednostek które je świadczą) oraz skalę udzielonego w 2023 r. wsparcia.

Tabela 7 Ilość i odsetek badanych jednostek świadczących daną usługę oraz liczba obsłużonych osób w podziale na usługi

Rodzaj świadczonej usługi	Liczba jednostek	Odsetek jednostek	Liczba osób
pomocy socjalnej	299	48%	52 702
psychologiczne	359	58%	12 902
opiekuńczo-pielęgnacyjne	262	42%	10 998
terapeutyczne	265	43%	7 983
transportowe	205	33%	6 935
fizjoterapeutyczne	150	24%	5 802
wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	39	6%	5 005
interwencji kryzysowej	85	14%	4 703
warsztatów umiejętności społecznych	149	24%	4 029
rehabilitacyjne	114	18%	3 683
asystenta rodziny	174	28%	3 472
poradnictwa prawnego	132	21%	3 472
inne	33	5%	3 044
asystenta osoby niepełnosprawnej	145	23%	2 166
psychoterapeutyczne indywidualne	101	16%	1 859
poradnictwa zawodowego	96	16%	1 782
psychoterapeutyczne grupowe	65	11%	1 673
opieki wytchnieniowej	114	18%	1 181
szkolenia zawodowego	69	11%	956
usługi usamodzielnienia	68	11%	898
wsparcia prawnego	54	9%	793
usług zatrudnienia socjalnego	33	5%	742
grup samopomocowych	36	6%	617
mieszkania treningowe ¹¹	31	5%	138
mieszkania wspomagane ¹¹	20	3%	137
staży zawodowych	25	4%	93
coachingowe	7	1%	42

¹¹ Z dniem 1 listopada 2023 roku weszła w życie nowelizacja Ustawy o pomocy społecznej, w ramach której dotychczasowe mieszkania chronione zastąpiono mieszkaniami treningowymi i wspomaganimi. Badanie realizowane było w 2024 roku i dotyczyło stanu za 2023 rok. Wg danych Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w 2023 roku powstało 4 mieszkania treningowe/wspomagane prowadzone przez NGO oraz 8 mieszkań prowadzonych przez JST. W 2024 roku, wg danych PUW działało 45 mieszkań treningowych lub wspomaganych. Suma jednostek świadczących usługi mieszkalnictwa wynikająca z powyższej tabeli może być wyższa od liczby mieszkań z uwagi na to, że ankietę wypełniali osobno reprezentanci mieszkań, ale też jednostek je prowadzących, co w niektórych przypadkach mogło dublować wskazania. Obecnie ROPS prowadzi osobną analizę mieszkalnictwa treningowego i wspomagane, której wyniki będą dostępne w postaci odrębnego raportu.

Rodzaj świadczonej usługi	Liczba jednostek	Odsetek jednostek	Liczba osób
usługi mieszkalnictwa adaptowanego	9	1%	25
mediacji	5	1%	21

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa tabela prezentuje ogólne dane, natomiast istotne jest które jednostki świadczą wskazane usługi. Poniżej zaprezentowano trzy tabele pokazujące, w których jednostkach realizowany był dany rodzaj usługi. Wartość procentowa wskazuje jaka część jednostek danego rodzaju taką usługę oferowała.

Tabela 8 Rodzaje usług świadczonych przez ośrodki pomocy społecznej w tym MOPR i CUS (OPS), powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR), placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym ośrodki interwencji kryzysowej (PSP), placówki opiekuńczo-wychowawcze (POW), domy pomocy społecznej (DPS). Wartość procentowa to odsetek jednostek danego rodzaju oferującą usługę danego typu

Rodzaj jednostki	OPS	PCPR	PSP	POW	DPS
Liczba jednostek	149	23	47	44	50
Liczba rodzajów świadczonych usług	29	19	20	24	22
Rodzaj usługi					
asystenta osoby niepełnosprawnej	54%	4%	36%		
asystenta rodziny	94%		47%	25%	
coachingowe	1%			7%	
fizjoterapeutyczne	12%	4%	6%	18%	68%
grup samopomocowych	2%	4%	23%		2%
inne usługi	9%	13%		7%	10%
interwencji kryzysowej	10%	65%	89%	5%	
mediacji	2%		2%		
mieszkania treningowe	1%	22%	17%	5%	
mieszkania wspomagane	1%				
opieki wytchnieniowej	46%	9%	38%		2%
opiekuńczo-pielęgnacyjne	55%		57%	30%	78%
pomocy socjalnej	93%	35%	87%	20%	64%
poradnictwa prawnego	15%	70%	72%	20%	4%
poradnictwa zawodowego	5%		15%	32%	2%
psychologiczne	27%	100%	94%	95%	64%
psychoterapeutyczne grupowe	4%	9%	9%	20%	8%
psychoterapeutyczne indywidualne	7%	13%	19%	50%	10%
rehabilitacyjne	6%	4%		39%	40%

Rodzaj jednostki	OPS	PCPR	PSP	POW	DPS
Liczba jednostek	149	23	47	44	50
Liczba rodzajów świadczonych usług	29	19	20	24	22
Rodzaj usługi					
staży zawodowych	4%			9%	4%
szkolenia zawodowego	3%			25%	8%
terapeutyczne	14%	17%	60%	52%	44%
transportowe	6%	4%	32%	34%	62%
usług zatrudnienia socjalnego	9%				4%
usługi mieszkalnictwa adaptowanego			4%	5%	
usługi usamodzielnienia	2%	48%	9%	41%	4%
warsztatów umiejętności społecznych	4%			41%	10%
wsparcia prawnego	5%	4%	28%	18%	6%
wypożyczenia sprzętu	11%	22%		2%	6%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9 Rodzaje usług świadczonych przez warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), centra integracji społecznej (CIS), kluby integracji społecznej (KIS), kluby samopomocy (KS). Wartość procentowa to odsetek jednostek danego rodzaju oferującą usługę danego typu

Rodzaj jednostki	WTZ	ZAZ	CIS	KIS	KS
Liczba jednostek	36	11	15	10	1
Liczba rodzajów świadczonych usług	21	19	27	13	1
Rodzaj usługi					
asystenta osoby niepełnosprawnej	17%	82%	7%		
asystenta rodziny			7%		
coachingowe			7%		
fizjoterapeutyczne	33%	64%			
grup samopomocowych			13%	80%	
inne usługi					
interwencji kryzysowej			7%		
mediacji			7%		
mieszkania treningowe ^a	19%	45%	7%		
mieszkania wspomagane ^a	3%		7%		
opieki wytchnieniowej		9%	7%		
opiekuńczo-pielęgnacyjne	6%		7%		
pomocy socjalnej	11%	45%	20%	10%	
poradnictwa prawnego	14%	18%	47%	100%	
poradnictwa zawodowego	39%	45%	100%	100%	
psychologiczne	86%	73%	87%	100%	100%

Rodzaj jednostki	WTZ	ZAZ	CIS	KIS	KS
Liczba jednostek	36	11	15	10	1
Liczba rodzajów świadczonych usług	21	19	27	13	1
Rodzaj usługi					
psychoterapeutyczne grupowe	3%	27%	13%	10%	
psychoterapeutyczne indywidualne	3%	45%	27%	10%	
rehabilitacyjne	56%	18%			
staży zawodowych	3%	27%	33%	10%	
szkolenia zawodowego	17%	64%	60%	70%	
terapeutyczne	72%	9%	27%	80%	
transportowe	69%	45%	7%		
usług zatrudnienia socjalnego	6%		60%	60%	
usługi mieszkalnictwa adaptowanego			7%		
usługi usamodzielnienia	17%		13%		
warsztatów umiejętności społecznych	69%	27%	80%	100%	
wsparcia prawnego	3%	18%	20%	50%	
wypożyczenia sprzętu	3%	9%	7%		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10 Rodzaje dostępność usług świadczonych przez środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy (DDP), placówki wsparcia dziennego (PWD), mieszkania treningowe i wspomagane (MTiW), schroniska dla osób bezdomnych i schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, ogrzewalnie, noclegownie(SCHR). Wartość procentowa to odsetek jednostek danego rodzaju oferującą usługę danego typu

Rodzaj jednostki	ŚDS	DDP	PWD	MTiW	SCHR
Liczba jednostek	65	30	100	31	6
Liczba rodzajów świadczonych usług	22	10	6	19	21
Rodzaj usługi					
asystenta osoby niepełnosprawnej	28%			29%	
asystenta rodziny					
coachingowe					17%
fizjoterapeutyczne	58%	60%		19%	17%
grup samopomocowych	11%				17%
inne usługi	6%	10%		6%	
interwencji kryzysowej				19%	50%
mediacji					
mieszkania treningowe	5%			68%	
mieszkania wspomagane				48%	
opieki wytchnieniowej	17%			29%	
opiekuńczo-pielęgnacyjne	63%	93%		48%	100%

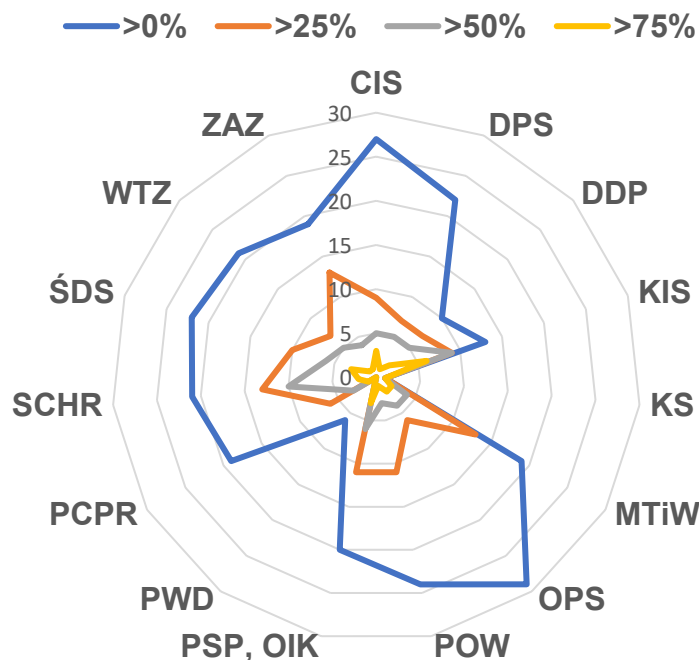
Rodzaj jednostki	ŚDS	DDP	PWD	MTiW	SCHR
Liczba jednostek	65	30	100	31	6
Liczba rodzajów świadczonych usług	22	10	6	19	21
Rodzaj usługi					
pomocy socjalnej	32%	30%		58%	100%
poradnictwa prawnego	11%			39%	67%
poradnictwa zawodowego	14%		10%		33%
psychologiczne	85%	47%	14%	81%	67%
psychoterapeutyczne grupowe	31%	20%			50%
psychoterapeutyczne indywidualne	34%	17%	3%	16%	50%
rehabilitacyjne	20%	53%		29%	17%
staży zawodowych	3%				17%
szkolenia zawodowego	6%			39%	17%
terapeutyczne	91%	57%	17%	90%	33%
transportowe	91%	80%	14%		67%
usług zatrudnienia socjalnego					
usługi mieszkalnictwa adaptowanego				10%	17%
usługi usamodzielnienia	5%			48%	17%
warsztatów umiejętności społecznych	57%		18%	29%	50%
wsparcia prawnego	6%				67%
wypożyczenia sprzętu	9%				33%

Źródło: opracowanie własne.

Ogólna analiza danych zawartych w tabelach nr 8, 9 i 10 może prowadzić do pochoptego wniosku, że niektóre typy badanych jednostek oferują bardzo szeroki zakres usług. Dotyczy to m.in. ośrodków pomocy społecznej, w tym miejskich ośrodków pomocy rodzinie oraz centrów usług społecznych (oferujących 29 z 30 analizowanych usług), centrów integracji społecznej (27 usług) oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych (24 usługi).

Jednak bardziej szczegółowe spojrzenie na odsetek jednostek świadczących poszczególne usługi wskazuje, że obraz szerokiej dostępności nie jest tak jednoznacznie pozytywny. Większość jednostek skupia się bowiem na realizacji kilku kluczowych usług, podczas gdy pozostałe usługi są dostępne jedynie sporadycznie, co prezentuje poniższy wykres.

Wykres 2 Poniższy wykres prezentuje liczbę dostępnych usług dla czterech progów dostępności: w co najmniej jednej jednostce, w co najmniej 25% jednostek, co najmniej 50% jednostek i w co najmniej $\frac{3}{4}$ jednostek danego typu



Źródło: Opracowanie własne

Plany wdrożenia usług

Respondenci ankiety deklarowali również swoje plany dotyczące wdrożenia nowych usług w dłuższej perspektywie czasu tj. do 2030 roku. Najwięcej jednostek planuje wprowadzić usługi psychologiczne i terapeutyczne - odpowiednio 23% i 17%. Warto zauważyć, że usługi te już teraz świadczy odpowiednio 58% i 43% badanych placówek. Usługi psychoterapeutyczne indywidualne i grupowe planuje wprowadzić 14% i 11% jednostek.

Może to wskazywać na wysokie zapotrzebowanie na te usługi, co z kolei może świadczyć o pogarszającej się kondycji psychicznej mieszkańców województwa podkarpackiego. Spora część jednostek planuje wprowadzić bardzo potrzebne i oczekiwane przez opiekunów osób z niepełnosprawnościami usługi opieki wytchnieniowej – 15% tj. 95 placówek, głównie ośrodków pomocy społecznej (54 w tym 1 CUS) ale też domów pomocy społecznej (18), środowiskowych domów samopomocy (8) i PCPR (6). Prawdopodobnie jest to efekt oddziaływania rządowego programu „Opieka wytchnieniowa” dla jednostek samorządu terytorialnego. Z kolei 14% jednostek każdego właściwe typu planuje wdrożyć usługi warsztatów umiejętności społecznych. Po 13% badanych planuje uruchomić usługi asystenta osoby niepełnosprawnej oraz poradnictwa prawnego.

Zapotrzebowanie na usługi środowiskowe

W planowaniu rozwoju usług warto zawsze wziąć pod uwagę perspektywę instytucji, które te usługi już realizują – ten know-how przechowywany w pamięci instytucjonalnej jednostek jest cennym źródłem wiedzy. Dlatego w ramach badania jednostki, które realizują usługi w domu lub środowisku poproszono o ocenę skali zapotrzebowania na różne usługi w podziale na 31 kategorii usług uzupełnione o opcję inne, jakie.

Na skali zapotrzebowania od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało brak zapotrzebowania, a 5 wysokie zapotrzebowanie, najwyżej oceniono usługi psychologiczne – 61% i opiekuńczo-pielęgnacyjne – 60%. Prawie równie wysoko oceniono zapotrzebowanie na usługi pomocy socjalnej – 56%, terapeutyczne – 52%, asystenta osoby niepełnosprawnej oraz rehabilitacyjne – po 47% i fizjoterapeutyczne – 46%.

Dość nisko znalazł się nowy rodzaj usługi wprowadzony nowelizacją ustawy o pomocy społecznej z dnia 1 listopada 2023r. tj. usługi sąsiedzkie, w przypadku których jedynie 18% jednostek wskazało, że zapotrzebowanie na nie jest wysokie lub bardzo wysokie.

Poniższa tabela przedstawia szczegółowe zapotrzebowanie na poszczególne rodzaje usług gdzie wartość procentowa oznacza udział odpowiedzi 4 – wysokie zapotrzebowanie i 5 – bardzo wysokie zapotrzebowanie w wszystkich odpowiedziach jednostek, które realizują wsparcie domowe/środowiskowe. W kolumnie średnia przedstawiono średnią ocenę zapotrzebowania na daną usługę.

Tabela 11 Zapotrzebowanie na usługi w domu/środowisku- odsetek jednostek wskazujących na zapotrzebowanie wysokie i bardzo wysokie oraz średnia ocena zapotrzebowania

Rodzaj usługi	wysokie lub b. wysokie zapotrzebowanie	średnia ocena zapotrzebowania
psychologiczne	61%	3,66
opiekuńczo-pielęgnacyjne	60%	3,54
pomocy socjalnej	56%	3,46
terapeutyczne	52%	3,31
asystenta osoby niepełnosprawnej	47%	3,10
rehabilitacyjne	47%	3,09
fizjoterapeutyczne	46%	3,11
asystenta rodziny	42%	2,90
transportowe	41%	2,93
opieki wytchnieniowej	41%	2,85

usługi świetlic środowiskowych	40%	2,82
psychoterapeutyczne indywidualne	39%	2,92
specjalistyczne usługi opiekuńcze	33%	2,68
warsztatów umiejętności społecznych	29%	2,51
poradnictwa prawnego	28%	2,63
psychoterapeutyczne grupowe	26%	2,43
wsparcia prawnego	23%	2,48
interwencji kryzysowej	23%	2,45
mieszkania treningowe	22%	2,21
mieszkania wspomagane	19%	2,09
wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego	19%	2,18
usługi sąsiedzkie	18%	2,21
usługi usamodzielnienia	17%	2,13
poradnictwa zawodowego	15%	2,09
grup samopomocowych	14%	2,04
szkolenia zawodowego	13%	1,99
staży zawodowych	11%	1,88
usług zatrudnienia socjalnego	10%	1,84
usługi mieszkalnictwa adaptowanego	9%	1,77
mediacji	7%	1,82
coachingowe	7%	1,69
inne	4%	1,35

Źródło: opracowanie własne.

Wynajem sprzętu rehabilitacyjnego

Dostępność sprzętu rehabilitacyjnego odgrywa kluczową rolę w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych, umożliwiając osobom starszym i z niepełnosprawnościami dłuższe pozostanie w środowisku domowym. Jest też jednym z czynników, który może znacząco odroczyć moment, w którym konieczne będzie przekazanie tych osób pod opiekę instytucjonalną. Badane jednostki, które oferują swoim beneficjentom lub ogółowi mieszkańców wynajem sprzętu rehabilitacyjnego, zostały poproszone o oszacowanie skali tej działalności oraz rodzajów sprzętu, który był użyczany osobom potrzebującym. Zaledwie 28 badanych placówek tj. 4,53% świadczy usługi wsparcia tego typu. Wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego prowadzone są przez ośrodki pomocy społecznej (18 jednostek) w tym niedawno powstałe centrum usług społecznych (1) oraz powiatowe centra pomocy rodzinie (6). W znacznie mniejszej skali działalność tą prowadzą schroniska dla osób bezdomnych (2), warsztaty terapii zajęciowej (1) oraz DPS

(1), wspierając w ten sposób swoich podopiecznych. Najczęściej użyczanymi sprzętami były łóżka rehabilitacyjne (1308), balkoniki (781), laski i kule (636), wózki inwalidzkie (619), rowery stacjonarne (417), rotory do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych (374). W sumie w 2023 roku wypożyczono 5845 różnego rodzaju urządzeń służących rehabilitacji, z których skorzystało 5005 osób.

Skala potrzeb w tym zakresie wydaje się być jednak znacznie większa, o czym świadczy istnienie wielu prywatnych i odpłatnych wypożyczalni oraz nieliczne prowadzone badania w tym zakresie¹².

Wraz z przewidywanym spadkiem stopy zastąpienia, czyli stosunku świadczenia emerytalnego do średniego wynagrodzenia przed przejściem na emeryturę, coraz mniej osób starszych będzie miało możliwość skorzystania z prywatnych wypożyczalni. Z kolei brak odpowiedniego sprzętu, takiego jak łóżka rehabilitacyjne, wózki inwalidzkie czy schodolazy, może przyspieszyć konieczność umieszczenia osoby w instytucji opiekuńczej. Z drugiej strony jego dostępność wspiera niezależność i poprawia jakość życia, co jest zgodne z założeniami deinstytucjonalizacji, zakładającej przeniesienie opieki z instytucji do środowiska lokalnego. Dlatego rozwijając usługi społeczne w kontekście deinstytucjonalizacji, nie można zapomnieć o systematycznym zwiększaniu powszechnej dostępności do sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego.

Wpływ realizacji usług poza instytucją na funkcjonowanie placówki

Rozwój usług świadczonych w środowisku lokalnym, w tym w warunkach domowych, niewątpliwie będzie miał istotny wpływ na sposób funkcjonowania placówek pomocy społecznej. Zmiany te mogą przybierać różnorodne formy, niosąc zarówno potencjalne korzyści, jak i wyzwania, zwłaszcza dla osób zarządzających jednostkami oraz dla specjalistów bezpośrednio zaangażowanych w realizację usług poza instytucją. Skala i charakter tych zmian będą zależały od wielu czynników, w tym gotowości organizacyjnej, dostępnych zasobów, a także poziomu przygotowania kadry do nowego modelu pracy.

Wpływ rozwoju usług środowiskowych można rozpatrywać w kilku wymiarach. Pozytywne efekty mogą przejawiać się w zwiększonej elastyczności oferty wsparcia, możliwości bardziej indywidualnego dopasowania usług do potrzeb klientów oraz lepszej integracji osób korzystających z pomocy z lokalnym otoczeniem – rodziną, sąsiadami, społecznością. Tego rodzaju podejście sprzyja budowaniu relacji opartych na zaufaniu i współodpowiedzialności

¹² Według „Raportu z badania opinii na temat dostępności i potrzeby funkcjonowania wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego” Krosno 2024, 81% ankietowanych potrzebowało sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego bądź znało osobę, która takiego sprzętu potrzebowała.

oraz umożliwia klientom większą samodzielność i niezależność w codziennym funkcjonowaniu.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że wprowadzanie usług świadczonych poza placówką może generować szereg trudności organizacyjnych i operacyjnych. Dla wielu pracowników oraz osób kierujących jednostkami naturalnym odruchem są obawy dotyczące zabezpieczenia odpowiednich zasobów – zarówno ludzkich, jak i technicznych. Pojawiają się pytania o zapewnienie bezpieczeństwa pracowników działających w terenie, zakres odpowiedzialności za podejmowane działania oraz skuteczny nadzór nad pracą wykonywaną poza bezpośrednim otoczeniem placówki. Są to aspekty, które wymagają nie tylko przygotowania formalnego, ale także budowania kultury organizacyjnej sprzyjającej zmianie.

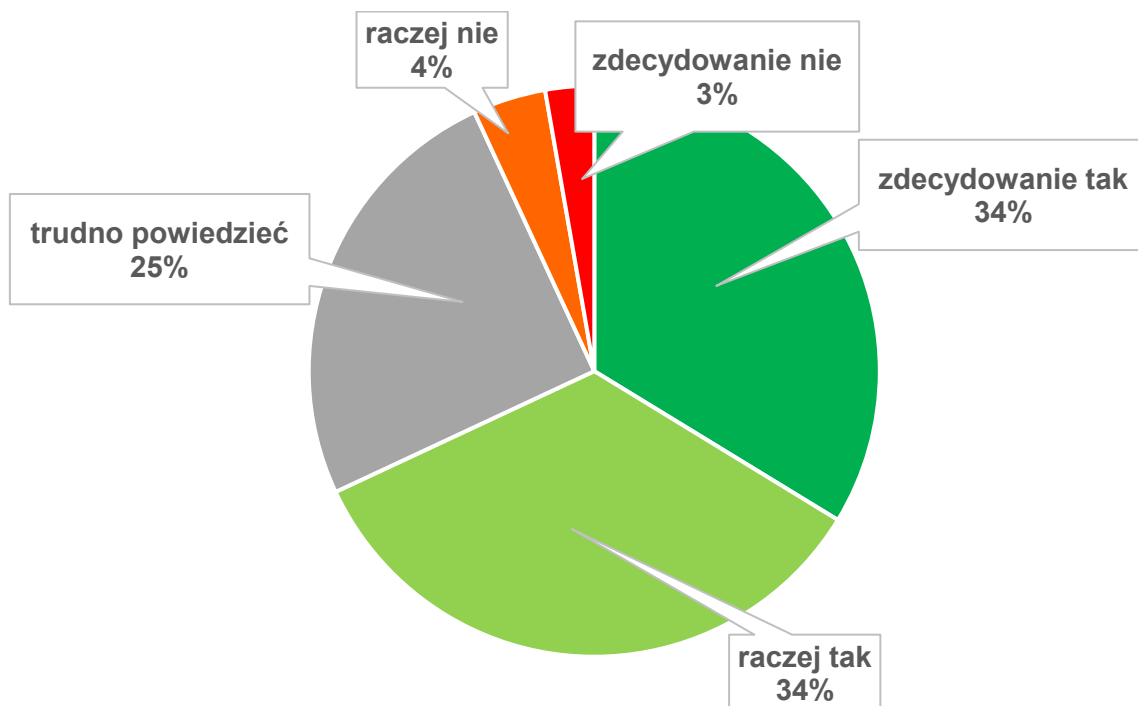
W kontekście koniecznych dostosowań, nieuniknione może okazać się przeorganizowanie struktury wewnętrznej jednostki oraz wdrożenie nowych modeli zarządzania. Szczególnie istotne będzie elastyczne planowanie zadań, efektywne delegowanie obowiązków oraz zapewnienie sprawnej koordynacji działań prowadzonych w środowisku. Wzrośnie również zapotrzebowanie na specjalistów posiadających nie tylko wiedzę merytoryczną, ale i kompetencje miękkie, pozwalające na samodzielne podejmowanie decyzji w pracy z klientem w jego miejscu zamieszkania. Może to rodzić potrzebę organizowania dodatkowych szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej, zarządzania ryzykiem, logistyki działań czy samoorganizacji pracy.

Warto również uwzględnić aspekt finansowy. Na etapie wdrażania zmian możliwy jest przejściowy wzrost kosztów operacyjnych, obejmujący m.in. wydatki na transport, czas przejazdów, wyposażenie mobilne pracowników oraz nowe narzędzia wspierające działania w terenie. Mimo to, w dłuższej perspektywie czasowej, model środowiskowy może przyczynić się do ograniczenia konieczności rozbudowy i utrzymywania kosztownych struktur instytucjonalnych, co przyniesie korzyści zarówno dla jednostek samorządowych, jak i dla systemu pomocy społecznej jako całości.

Zważywszy na powyższe uwarunkowania, w ramach badania poproszono respondentów o ocenę potencjalnego wpływu realizacji usług w środowisku lub w miejscu zamieszkania osoby korzystającej z pomocy na funkcjonowanie ich placówek. Zdaniem zdecydowanej większości ankietowanych, rozszerzenie działalności instytucji o komponent środowiskowy będzie miało realne konsekwencje dla organizacji pracy i sposobu świadczenia usług. Odpowiedź „raczej tak” oraz „zdecydowanie tak” wskazało po 34% badanych, co łącznie daje aż 68% respondentów przewidujących istotne zmiany wynikające

z wprowadzenia środowiskowego modelu działania. Wyniki te potwierdzają wysoką świadomość kadry co do wagi i skali nadchodzących przekształceń.

Wykres 3 *Czy Państwa zdaniem usługi realizowane poza instytucją, w środowisku/domu osoby potrzebującej wpływają na ogólne funkcjonowanie placówki?*



Źródło: opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu osoby przekonane, że rozwój usług środowiskowy wpłynie na ich placówki, zostały poproszone o wskazanie rodzaju tego wpływu tj. czy będzie to wpływ pozytywny, negatywny, a może po części negatywny i pozytywny. Odpowiedzi na te pytania to w pewnym stopniu pozwalają wnioskować o nastawieniu ankietowanych do procesu upowszechniania usług środowiskowych oraz ustalić ilość jednostek pozytywnie i negatywnie nastawionych do deinstytucjonalizacji oraz tych, którzy nie mają w tym temacie zdania.

Uzyskane wyniki są jednoznacznie optymistyczne – 81% osób ocenia, że wpływ na funkcjonowanie reprezentowanych placówek będzie pozytywny, 19% uważa, że będzie to wpływ po części negatywny i pozytywny, a jedynie 1% sądzi, że zmiany odbiją się negatywnie na funkcjonowaniu placówek.

Na podstawie powyższych danych można założyć, że podkarpackie jednostki pomocy społecznej mają pozytywne nastawienie do rozwoju usług społecznych w środowisku i upatrują w tym szanse dla swoich placówek. Niemniej jednak dostrzegają przy tym szereg czynników, które utrudniają realizację zadań poza placówką.

Barier w rozwoju usług środowiskowych

Realizacja usług społecznych w środowisku osoby potrzebującej stanowi kluczowy kierunek współczesnej polityki społecznej, zgodny z założeniami deinstytucjonalizacji, z którym co do zasady respondenci się zgadzają. Jednak z perspektywy jednostek pomocy społecznej wdrażanie tego podejścia napotyka liczne bariery o charakterze systemowym, organizacyjnym i finansowym. Poniżej zaprezentowano wyniki badania dotyczące czynników, które utrudniają rozwój i efektywną realizację usług środowiskowych. Respondenci oceniali siłę wpływu każdego z 18 wskazanych czynników na skali od 1 – brak wpływu do 5 – bardzo wysoki wpływ. Tabela wskazuje bariery w rozwoju usług środowiskowych, uporządkowane według odsetka jednostek które oceniły wpływ danego czynnika na wysoki i bardzo wysoki.

Tabela 12 Czynniki utrudniające realizację zadań w środowisku/domu osoby potrzebującej, gdzie % oznacza odsetek jednostek, które wskazały na wysoki lub bardzo wysoki wpływ czynnika, a Wpływ to średnia ocena wpływu czynnika na skali od 1 do 5.

Czynnik wpływu	%	Wpływ
Niskie zarobki kadry	62%	3,56
Przeciążenie pracowników (duża liczba podopiecznych)	46%	3,16
Niewystarczająca infrastruktura (np. brak miejsca, wyposażenia, budynek wymagający remontu)	44%	2,97
Trudności w pozyskiwaniu funduszy zewnętrznych	40%	2,94
Stres związany z odpowiedzialnością za podejmowanie decyzji	38%	2,91
Brak kadry posiadającej kwalifikacje do pracy w terenie	37%	2,79
Ograniczenia wynikające z przepisów prawa	37%	2,99
Brak współpracy z instytucjami zewnętrznymi (np. służba zdrowia, policja, sądami)	31%	2,80
Zmienność i nieprzewidywalność potrzeb i zachowań podopiecznych	30%	2,79
Niska motywacja lub wypalenie zawodowe pracowników	29%	2,61

Czynnik wpływu	%	Wpływ
Niewystarczające wsparcie techniczne i informatyczne utrudniające pracę administracyjno-biurową	26%	2,55
Problemy związane z integracją społeczną podopiecznych utrudniające uzyskiwanie satysfakcji z pracy	23%	2,53
Ograniczone możliwości rozwoju zawodowego pracowników	22%	2,45
Brak wsparcia ze strony władz lokalnych	21%	2,41
Trudności w komunikacji z podopiecznymi	20%	2,44
Wysoka rotacja kadry	17%	2,13
Konflikty wewnętrzne w zespole	14%	2,05
Niestabilność godzin pracy	13%	2,00
Inne	3%	1,30

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badania ujawniają szereg istotnych barier utrudniających rozwój oraz efektywną realizację usług społecznych świadczonych w środowisku życia osoby potrzebującej. Najczęściej wskazywanym czynnikiem, o wysokim lub bardzo wysokim wpływie, są niskie zarobki kadry (62%), co potwierdza znaczenie stabilnych i godnych warunków zatrudnienia dla zapewnienia jakości i ciągłości świadczenia usług. Kolejnym poważnym ograniczeniem jest przeciążenie pracowników wynikające z nadmiernej liczby podopiecznych (46%) oraz niewystarczająca infrastruktura lokalowa i techniczna (44%).

Blisko połowa respondentów wskazała również na trudności w pozyskiwaniu funduszy zewnętrznych (40%), co stanowi barierę dla rozwoju nowych form wsparcia w środowisku. Znaczącym obciążeniem dla kadry jest także stres związany z odpowiedzialnością za podejmowanie decyzji (38%) oraz brak specjalistycznych kwalifikacji do pracy terenowej (37%), co może ograniczać skuteczność wsparcia świadczonego bezpośrednio w środowisku życia podopiecznych. Dodatkowe utrudnienia wynikają z barier prawnych i instytucjonalnych – 37% badanych wskazało ograniczenia wynikające z przepisów prawa, a 31% brak efektywnej współpracy z instytucjami

zewnętrznymi, takimi jak służba zdrowia czy wymiar sprawiedliwości, co skutkuje fragmentaryzacją działań i brakiem koordynacji między systemem pomocy społecznej, edukacją, zdrowiem czy wymiarem sprawiedliwości. Wysoka zmienność potrzeb i zachowań podopiecznych (30%), problemy z motywacją personelu (29%), a także braki w zapleczu techniczno-informatycznym (26%) pogłębiają trudności w codziennej pracy jednostek. Warto również zwrócić uwagę na czynniki o pozornie niższym, lecz wciąż istotnym wpływie, jak ograniczone możliwości rozwoju zawodowego pracowników (22%), brak wsparcia ze strony władz lokalnych (21%) czy trudności komunikacyjne z podopiecznymi (20%). Są to elementy, które w dłuższej perspektywie mogą wpływać na jakość relacji, zaufanie i efektywność świadczonej pomocy.

Respondenci wskazywali również na inne, niewymienione w ankiecie czynniki utrudniających realizację usług w środowisku. Wśród nich wymieniano bariery logistyczne, systemowe oraz społeczne, które dodatkowo komplikują proces wdrażania modelu deinstytucjonalizacji.

Brak środków transportu to istotna przeszkoda, zwłaszcza w gminach wiejskich i rozległych terytorialnie, gdzie zarówno pracownicy, jak i specjaliści mają trudności z dotarciem do osób potrzebujących wsparcia. Problem ten pogłębiają ograniczone możliwości dojazdu komunikacją publiczną i wysokie koszty transportu, co tworzy zjawisko wykluczenia komunikacyjnego¹³, które z kolei ogranicza dostęp do usług społecznych. Położenie geograficzne i niska gęstość zaludnienia znacząco utrudniają rozwój pracy środowiskowej, szczególnie jeśli nie są dostępne odpowiednie zachęty finansowe lub infrastruktura wsparcia. Dodatkowo ograniczenia te przekładają się na trudności w rekrutacji opiekunów – brak osób chętnych do świadczenia wsparcia środowiskowego to bariera wskazywana przez niektórych badanych.

Zwrócono również uwagę na niedostateczną dostępność specjalistycznych usług zdrowotnych, co uniemożliwia kontynuację opieki w lokalnym środowisku i wymusza korzystanie z odległych instytucji gdzie takie usługi są dostępne.

W obszarze organizacyjnym i kadrowym szczególnie wyraźne są braki kadrowe oraz niedofinansowanie zatrudnienia. Prowadzi to do przeciążenia istniejącego personelu i ogranicza możliwości rozwoju usług. Wskazano także na problem braku wykwalifikowanej kadry do obsługi finansowo-kadrowej projektów, co zapewne zniechęca do ubiegania się o zewnętrzne środki na finansowanie usług środowiskowych.

¹³ Więcej na ten temat w opracowaniu *Zjawisko wykluczenia komunikacyjnego w województwie podkarpackim*, dostępnym na stronie ROPS w Rzeszowie, <https://www.rops.rzeszow.pl/s-297-badania-i-raporty>

Wreszcie, zauważalne są także czynniki psychospołeczne – brak motywacji do zmian wśród podopiecznych przebywających w placówkach stacjonarnych oraz ich bierna, roszczeniowa postawa, często wynikająca z braku zrozumienia celów i korzyści płynących z usług środowiskowych.

Podsumowując, analizowane dane wskazują, że skuteczna deinstytucjonalizacja i rozwój usług środowiskowych wymagają nie tylko zmiany modelu świadczenia wsparcia, ale także systemowego wzmocnienia kadry, modernizacji zaplecza infrastrukturalnego, uproszczenia procedur, zacieśnienia współpracy międzyinstytucjonalnej oraz zapewnienia stabilnych źródeł finansowania.

Ocena możliwości finansowania usług środowiskowych

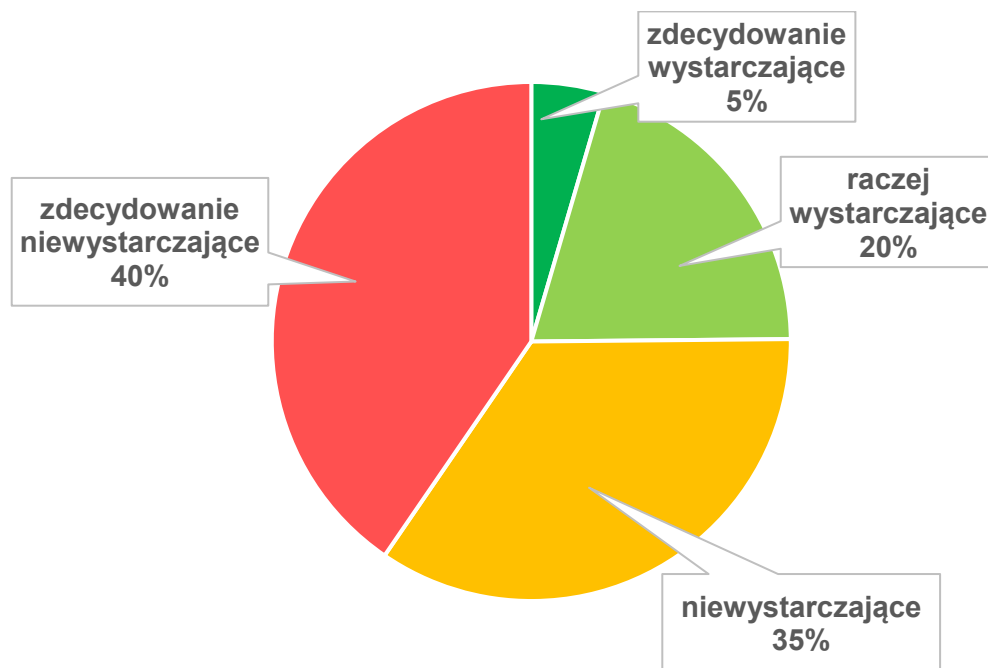
Rozszerzanie świadczenia usług społecznych w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej jest nie tylko zgodne z ideą deinstytucjonalizacji, ale i tańsze niż całodobowa opieka instytucjonalna¹⁴. W praktyce jednak wiele jednostek pomocy społecznej napotyka poważne bariery finansowe w realizacji tego typu usług. Chociaż świadczenie wsparcia środowiskowego może być docelowo mniej kosztowne z perspektywy systemowej, to jego efektywne wdrażanie wymaga istotnych inwestycji, zwłaszcza na poziomie lokalnym – m.in. w transport, kadra, wyposażenie oraz usługi specjalistyczne dostępne w terenie. Niestety środki finansowe dostępne na poziomie placówek często nie pozwalają na zaspokojenie tych potrzeb.

W badaniu przedstawicieli jednostek pomocy społecznej zapytano o ocenę aktualnych możliwości finansowych w zakresie świadczenia usług środowiskowych. Odpowiedzi respondentów jednoznacznie wskazują na poważne niedobory środków. Jedynie 4,5% badanych uznało, że dostępne fundusze są zdecydowanie wystarczające, a 20,3% określiło je jako raczej wystarczające. Łącznie daje to niecałe 25% pozytywnych ocen.

Zdecydowana większość respondentów – ponad 75% – oceniła, że środki te są niewystarczające, w tym aż 40,4% jako zdecydowanie niewystarczające. Tak wysoki odsetek ocen negatywnych wskazuje na wyraźną dysproporcję między potrzebami środowiskowego systemu wsparcia, a realnymi możliwościami ich finansowania na poziomie lokalnym.

¹⁴ Przykładowo analiza wykonana na zlecenie Mazowieckiego Centrum Pomocy Społecznej wskazuje, że miesięczny koszt opieki nad osobą w mieszkaniu chronionym jest o 30-70% niższy od kosztów opieki w DPS. Za: M. Grewiński, J. Lizut, K. Chaczko, E. Zdebska, P. Rabiej *Mieszkalnictwo chronione – analiza potrzeb na Mazowszu*, Warszawa 2021

Wykres 4 Jak oceniają Państwo finansowe możliwości realizacji zadań placówki w kontekście świadczenia usług społecznych w środowisku/domu osoby potrzebującej?



Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badania jednoznacznie pokazują, że pomimo deklarowanego kierunku polityki społecznej w stronę deinstytucjonalizacji i raczej pozytywnego nastawienia samych jednostek, większość z nich nie dysponuje odpowiednimi środkami na rozwój usług w środowisku osoby potrzebującej.

Niedofinansowanie stanowi istotną barierę ograniczającą skalę i jakość wsparcia, a także utrudnia zatrudnianie wykwalifikowanej kadry, finansowanie transportu i zapewnienie dostępu do usług specjalistycznych poza instytucją.

Skuteczna realizacja idei deinstytucjonalizacji wymaga nie tylko zmiany modelu świadczenia usług, ale też środków na inwestycje wstępne np. adaptacja lokali, zakup środków transportu oraz zabezpieczenia odpowiedniego i stabilnego finansowania dla jednostek realizujących wsparcie w środowisku.

Obecny poziom środków w wielu placówkach jest niewystarczający, co zagraża efektywności wdrażanych rozwiązań i może prowadzić do nierówności w dostępie do usług społecznych w zależności od lokalizacji i zasobów samorządów.

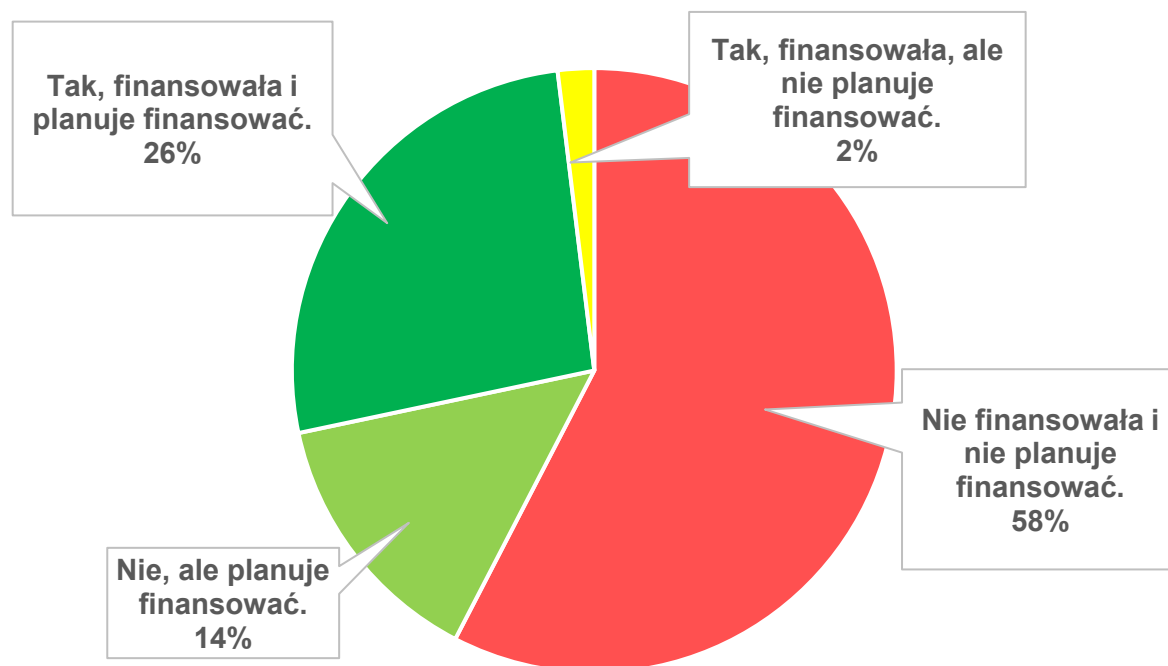
Szczególnie zagrożone są samorządy gmin o niskiej gęstości zaludnienia, rozproszoną siecią osadniczą, ujemnym saldem migracji oraz niskimi dochodami własnymi. Konieczne są zatem zmiany systemowe w zakresie finansowania usług środowiskowych oraz większe wsparcie jednostek pomocy społecznej w realizacji tego priorytetowego kierunku rozwoju.

Podnoszenie kompetencji kadr w kontekście rozwoju usług środowiskowych

W procesie deinstytucjonalizacji kluczowe znaczenie ma odpowiednio przygotowana kadra, zdolna do świadczenia zindywidualizowanych usług społecznych w środowisku życia klienta. Brak pracowników posiadających niezbędne kwalifikacje i kompetencje może stanowić istotne ograniczenie dla wdrażania modelu środowiskowego wsparcia. W związku z tym w badaniu podjęto próbę oceny zaangażowania jednostek w rozwój kompetencji pracowników poprzez finansowanie szkoleń i studiów w obszarach usług realizowanych poza instytucją.

Pomimo rosnącej świadomości potrzeby zmian w polityce społecznej w kierunku deinstytucjonalizacji, niemal 60% jednostek nie finansowało dotychczas i nie planuje finansować szkoleń w tym obszarze. Ponad jedna czwarta badanych deklaruje, że takie szkolenia były i nadal będą finansowane. Mniejszy odsetek – 14,1% – nie podejmował jeszcze takich działań, ale planuje ich realizację w przyszłości. Z kolei niespełna 2% jednostek wskazało, że finansowało szkolenia, jednak nie przewiduje ich kontynuacji.

Wykres 5 Czy w roku 2023 Państwa placówka finansowała podnoszenie kwalifikacji/szkolenia w obszarze usług realizowanych poza instytucją, w domu/środowisku osób potrzebujących. Prosimy również o wskazanie Państwa planów na przyszłość w danym aspekcie



Źródło: opracowanie własne.

Choć niektóre jednostki aktywnie inwestują w rozwój kompetencji swoich pracowników, dominującym obrazem wyłaniającym się z badania jest niski poziom zaangażowania w systematyczne działania edukacyjne w obszarze usług środowiskowych.

W ramach badania poproszono również o wskazanie kierunków szkoleń i studiów, które były finansowane. Zidentyfikowane w badaniu kursy, szkolenia i kierunki studiów pogrupowano według zakresu tematycznego. Najczęściej finansowane są szkolenia dotyczące pracy socjalnej i superwizji, przeciwdziałania przemocy domowej i pracy z rodziną, usług opiekuńczych i opieki wytchnieniowej, kompetencji komunikacyjnych, społecznych, psychologicznych. Podnoszono lub planuje się podnosić kompetencje do pracy z poszczególnymi grupami osób potrzebujących tj. z obszaru asystentury osobistej i wsparcia osób z niepełnosprawnościami oraz pracy z osobami starszymi, chorującymi psychicznie lub z demencją.

Pojawiają się także działania nakierowane na dostosowanie organizacyjne – zarządzanie pomocą społeczną i usługami społecznymi oraz administracyjno-prawne.

Ograniczona liczba szkoleń i niski odsetek jednostek planujących ich finansowanie w przyszłości mogą poważnie utrudnić rozwój zdeinstytucjonalizowanego systemu wsparcia społecznego.

W kontekście polityki deinstytucjonalizacji konieczne jest nie tylko zwiększenie środków na kształcenie kadry, ale również promowanie świadomości znaczenia kompetencji środowiskowych dla skutecznego wspierania osób w ich miejscu zamieszkania.

W tym kontekście istotne jest wsparcie udzielane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, który w ramach projektu „Społeczna Równowaga” systematycznie bada potrzeby szkoleniowe podkarpackich kadr pomocy społecznej¹⁵ oraz oferuje bezpośrednie wsparcie w postaci szkoleń, superwizji i doradztwa.

¹⁵ Najnowszy *Raport z badania potrzeb szkoleniowych kadry podmiotów włączenia społecznego w województwie podkarpackim w 2025 roku* jest dostępny w wersji elektronicznej pod adresem <https://www.rops.rzeszow.pl/s-297-badania-i-raporty>.

Perspektywa klientów jednostek pomocy społecznej

Metodologia

W związku z realizacją badania pt. „Zjawisko deinstytucjonalizacji wśród jednostek świadczących usługi społeczne i osób korzystających ze wsparcia na terenie województwa podkarpackiego”, opracowany został scenariusz ustrukturyzowanego indywidualnego wywiadu pogłębionego (ang. In-Depth Interview, IDI) na potrzeby pomiaru wśród beneficjentów wsparcia (patrz: aneks).

Ustrukturyzowany indywidualny wywiad pogłębiony (IDI) to jakościowa technika metody wywiadu kwestionariuszowego, zakładająca możliwie dokładne odwzorowanie naturalnej rozmowy na konkretny temat(y), przy jednoczesnym założeniu ogólnej struktury tej rozmowy. Moderator posługuje się więc scenariuszem, zawierającym szereg pytań otwartych, posiadających dodatkowo serię pytań uszczegóławiających, które ułożone są w pewnej logicznej (założonej z góry) kolejności. Pytania otwarte umożliwiają respondentom swobodne formułowanie odpowiedzi bazujących na spontanicznych skojarzeniach (nie wywoływanych np. listą sugerowanych możliwych odpowiedzi). Jednocześnie pytania uszczegóławiające są swoistą instrukcją dla moderatora co do sposobu i kierunku ewentualnego dopytywania i pogłębiania konkretnych wątków problemowych. Wspomniana założona logiczna kolejność systematyzuje z kolei sekwencję odpowiedzi, prowadząc zarówno moderatora, jak i respondentów wg określonej relacji między poszczególnymi wątkami tematycznymi.

Moderator ma możliwość i prawo pomijania niektórych pytań, jeśli uzna, że w trakcie uzyskanej wypowiedzi dany wątek został wyczerpany. Co więcej, jeśli respondenci w zaangażowany sposób i naturalnie łączą różne wątki ze sobą, istnieje możliwość modyfikowania kolejności zadawanych pytań. Jednak ogólna struktura pozwala na powrót do ważnych dla przedmiotu badania wątków i uszczegółowienie perspektywy respondentów.

Moderatorzy realizujący analizowane w raporcie wywiady zostali odpowiednio poinstruowani o pięciu głównych blokach tematycznych scenariusza: ocenie usług specjalistycznych i opiekuńczych, ocenie usług wsparcia, ocenie usług aktywizacji społeczno-zawodowej, ocenie kompetencji i kwalifikacji personelu instytucji świadczących takie usługi oraz opiniach na temat podstawowych założeń deinstytucjonalizacji. Podczas spotkania instruktazowego (przeprowadzonego online) zrealizowane zostały mikrosymulacje potencjalnych reakcji na poszczególne pytania, a także przedyskutowano ewentualne i dopuszczalne modyfikacje kolejności zadawanych pytań.

W pierwszej kolejności respondenci byli pytani o usługi (specjalistyczne i opiekuńcze, wsparcia oraz aktywizacji społeczno-zawodowej), ze wskazaniem charakterystycznych form tych usług (aby ułatwić identyfikację często specjalistycznie określanych świadczeń), następnie o ich ocenę i wskazanie szczególnie dobrze i wyjątkowo źle ocenianych usług danego typu, by wreszcie przejść do oczekiwań, czyli jakiego typu usług w danej kategorii brakuje zdaniem respondentów, oraz jakich usług by oczekiwali.

W drugiej części rozmowy proszeni byli o ocenę kwalifikacji i kompetencji zawodowych personelu instytucji udzielających im wsparcia, z którym mają styczność, a także ponownie wskazywali oczekiwania w tym wymiarze. Na koniec, krótko przedstawiano im ideę deinstytucjonalizacji, pytając na wstępie, czy mieli w ogóle styczność z takim pojęciem. Następnie proszeni byli o wyrażenie opinii, co sądzą o przedstawionej im deinstytucjonalizacji, oraz wskazanie pozytywów i ewentualnych negatywów takiego rozwiązania.

Przyjęto, że realizowane wywiady będą na bieżąco transkrybowane, aby umożliwić kontrolę jakości pracy moderatorów. Pierwsze uzyskane transkrypcje nie wykazały uchybień w założonym sposobie realizacji scenariusza, ani nie wykazały żadnych mankamentów samego narzędzia pomiarowego. Również moderatorzy nie zgłaszali żadnych uwag co do narzędzia czy procedury pomiarowej. W związku z tym przeprowadzono wszystkie pomiary typu IDI bez modyfikowania scenariusza.

Każdy wywiad prowadzony był bezpośrednio (bez użycia środków komunikacji elektronicznej, twarzą w twarz). Stąd w niektórych transkrypcjach pojawia się informacja, że rozmowa została np. przerwana w związku z wejściem do pomieszczenia osoby trzeciej lub koniecznością odebrania połączenia telefonicznego. Każdy wywiad był rejestrowany na dyktafonie, a następnie przygotowane zostały transkrypcje rozmów. Materiał empiryczny poddany został wtórnej anonimizacji, czyli usunięto z wypowiedzi respondentów stwierdzenia mogące ułatwić ich identyfikację.

Uzyskane transkrypcje poddano następującej procedurze analitycznej:

1. pierwsza lektura wywiadów – zaznaczanie kluczowych fragmentów wypowiedzi respondentów (tzw. mocne cytaty),
2. druga lektura wywiadów – weryfikacja wybranych fragmentów (po upływie kilku dni), przypisanie ostatecznie wybranych cytatów do pięciu bloków problemowych,
3. pierwsze tabelowanie – wybrane fragmenty zostały skopiowane do odrębnych tabel, aby abstrahować od specyfiki konkretnych rozmów, która może wpływać na interpretowanie uzyskanych informacji –

wybranych cytatom zostały przypisane pierwsze „słowa klucze” (kodowanie ad hoc), czyli wskazywano, o czym dany fragment jest,

4. drugie tabelowanie – weryfikacja przypisanych kodów po zakończeniu kodowania (chodzi o jednolitą listę „słów kluczy” stosowaną do wszystkich fragmentów we wszystkich wątkach tematycznych), generowanie wykresów typu chmury tagów (analiza zawartości),
5. analiza cytatów przypisanych do dominujących wątków („słów kluczy”) – analiza treści.

Transkrypcje wywiadów, jak i tabele z finalnie wybranymi fragmentami transkrypcji i przypisanymi do nich kodami („słowa kluczowymi”) znajdują się w dyspozycji Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie (w archiwum badania).

Raport podzielony został zgodnie z przyjętą w scenariuszu logiką pięciu obszarów problemowych.

Ocena usług specjalistycznych i opiekuńczych

Do usług specjalistycznych i opiekuńczych zaliczono: pielęgniarские, psychologiczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne, fizjoterapeutyczne, rehabilitacyjne, opieki wytchnieniowej, asystenta, ale także transportowe, opiekuna formalnego i opiekuna faktycznego. Przed zadaniem pytań do respondentów o to, z których usług tego typu korzystają, jakie oceniają dobrze, jakich oczekują, wymieniano ich kilka, wychodząc z założenia, że nie wszyscy beneficjenci będą znali i kojarzyli fachową terminologię.

Dominującym w wypowiedziach na temat usług specjalistycznych i opiekuńczych świadczonych przez podkarpackie instytucje wsparcia wątkiem było „zadowolenie”. To zdecydowanie rdzeń, wokół którego konstruowana była dalsza argumentacja.

Rysunek 1. Rozkład wątków dotyczących usług specjalistycznych i opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne.

Drugim ważnym elementem oceny usług specjalistycznych i opiekuńczych była „pomoc opiekunów”, z czym wiązano „braki kadrowe” oraz „brak środków”, ale podkreślano „dostęp do specjalistów” oraz „asystenturę”, „terapię” i „opiekę psychologiczną”. Pozostałe wątki, w tym także krytyczne uwagi, pojawiały się rzadziej. W bloku pytań o usługi specjalistyczne i opiekuńcze przewijał się również relatywnie często wątek „asystentury”.

Gdyby więc spojrzeć na świadczone przez podkarpackie instytucje wsparcia usługi specjalistyczne i opiekuńcze wyłącznie z perspektywy dominujących wątków, to „zadowolenie” beneficjentów związane jest z „pomocą opiekunów”, których jednak brakuje („braki kadrowe”) ze względu na „brak środków”. Pomimo jednak tych obiektywnych trudności beneficjenci doceniają instytucjonalne usługi ze względu na „asystenturę”, „terapię”, „opiekę psychologiczną” i „dostęp do specjalistów”.

Akcenty rozkładają się różnie w zależności od kategorii respondentów – w największym stopniu pozytywnie wypowiadali się podopieczni Domów Pomocy Społecznej (kategoria A), przedstawiciele placówek opiekuńczych

dla nieletnich (kategoria C) oraz osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D).

„Ale ja tego po prostu nie mogę powiedzieć, bo jestem, tak jak mówię, krótko jeszcze, pierwszy raz i dla mnie to jest wszystko dobre, bo jestem osobą samotną i gdybym została w swoim mieszkaniu, nie poradziłabym sobie, bo tak po operacjach dźwigać już nie wolno. Na trzecim piętrze mieszkałam, a tu jeszcze ugotować i wyprać i wyprasować i wszystko zrobić, nie dałabym po prostu rady. To było jedyne, uważam, wyjście. Zresztą to było przemyślane przeze mnie, bo ja już jak szłam na pierwszą operację, to się przygotowywałam psychicznie, że będę musiała z takiego miejsca korzystać, bo nie mam innego wyjścia. Bo gdybym miała dzieci, chociaż to też jest wątpliwe, bo ile tu jest osób, co mają dzieci i też tutaj się znalazły. Więc uważam, że chociaż mnie bardziej serce bolało, tak, to moja decyzja, samotność, nie ma wyjścia i to jest dobre rozwiązanie. Mam ludzi koło siebie, mam osobę w pokoju, z którą mogę porozmawiać, razem jesteśmy, no i zawsze ktoś jest po prostu, a gdyby mi coś dolegało, to dzwonek przy łóżku, pielęgniarka przyjdzie, bo jest całe 24 godziny” (A6)

„Tak oczywiście, myślę że śmiało mogę powiedzieć, że ze wszystkich. Dzieci trafiają do nas, uzyskują u nas kompleksową opiekę. Wszystko co jest niezbędne, co jest potrzebne dziecku do prawidłowego jego rozwoju, placówka zapewnia, nie zważając na koszty. Tak że tutaj jak najbardziej opieka 24 godziny na dobę. Jeżeli są potrzeby jakieś tam transportowe, my organizujemy transport. Pani dyrektor wynajmuje, że tak powiem, samochód, który wykonuje zlecenie, kierowca plus wychowawca. Jeżeli trzeba takiego wychowanka przetransportować do jakiegoś ośrodka, czy na jakieś badania medyczne, no gdzie by to nie było. Tak że tutaj placówka całościową opiekę sprawuje nad dzieckiem i działa na wszystkich płaszczyznach. Tak jak rodzic w domu, tak my tutaj, że tak powiem, staramy się zabezpieczyć od każdej strony prawidłowy rozwój dziecka, tak to określe” (C1)

„Powiem tak. Ja jestem w kryzysie psychicznym i to doświadczenie, takiego doświadczenia nie życzyłabym najgorszemu wrogowi. Z kilku powodów. Po pierwsze dlatego, że człowiek, wychodząc z tego szpitala, w ogóle nie ma pojęcia, co dalej ze sobą zrobić. Mam za sobą jeden epizod. I to jest taka trauma dla samego chorego, dla całej rodziny, że to nawet osobie, która przez to przeszła, ciężko jest to zrozumieć. I dodatkowo nie jest jeszcze rozumiana przez społeczeństwo. To znaczy, że my jesteśmy stygmatyzowani. Nie dość, że mamy traumę za sobą i musimy się jakoś pozbierać, to jeszcze jesteśmy stygmatyzowani. I taką pomoc, jaką ja tutaj otrzymałam, to się nie da po prostu określić żadnymi słowami, jak mi to pomogło. Bo wychodząc właśnie z tego szpitala, nie wiedziałam, w którą stronę się obrócić.

Nie wiedziałam, czy ja za chwilę będę już do końca życia siedzieć po szpitalach psychiatrycznych, czy będę po prostu w jakimś DPS-ie. Czy po prostu same najgorsze scenariusze mi przychodziły do głowy, bo tak naprawdę jeden epizod choroby psychicznej, takiej jak moja, ma tylko jedna trzecia osób. Natomiast dwie trzecie osób się po tych szpitalach dalej błąka i to już jest do końca życia po prostu taka...” (D7)

Te konkretne instytucje wsparcia są – w opinii respondentów – niemal idealnie zorganizowane, a ewentualne zastrzeżenia co do codziennego funkcjonowania w nich wynikają wyłącznie z obiektywnych braków odpowiedniego finansowania. Co więcej, z uzyskanych opinii wynika, że beneficjenci raczej nie wyobrażają sobie funkcjonowania poza tymi instytucjami.

Bardziej krytyczne wypowiedzi na temat skali i jakości usług specjalistycznych i opiekuńczych świadczonych przez podkarpackie instytucje wsparcia znaleźć można z kolei w wywiadach przeprowadzonych z osobami w kryzysie bezdomności (kategoria E):

„Próbowałem skorzystać z opieki na samym początku, tylko że tutaj jest taka opieka, że po prostu pisze na drzwiach opiekunowie schroniska. Na początku mi się wydawało, że to opiekunowie powinni pomóc mieszkańcom. Kiedy przyszedłem na dyżurkę, pisze opiekunowie, to podszedłem do opiekuna, on mi powiedział... bo głowa mnie bolała, zęby mnie bolały... Pytam się, „panie, daj jakąś tabletkę, żeby mnie przestało boleć”, a ten mi powiedział, „tam jest apteka”. Tutaj raczej nie ma opieki, jeżeli chodzi o schronisko. Skąd taki nowo przyjęty, skąd taki mieszkaniowiec, nie mający nawet na głupią kawę, skąd on ma mieć na tabletki? To jest tylko jeden z przykładów” (E2)

„No to na pewno, tak jak wspomniałam, gdyby lekarz nawet raz w tygodniu był, z tym, że nie wiem, czy to tak możliwe, no bo to lekarz na przykład ogólny, a ktoś potrzebuje innego, prawda? No ale gdyby to było możliwe, żeby się uzbierało parę osób do lekarza o danej specjalności, no ale ogólny to na pewno, no to już by było idealne. No i psycholog też nie musiałby być codziennie, bo raz na jakiś czas to by było no super, bo jeżeli chodzi tak o opiekę tutaj ze strony tych opiekunek, co są, no to oceniam dobrze i w jakichkolwiek sprawach się zwrócimy” (E5)

Aczkolwiek – jak starano się pokazać na przykładzie powyższych dwóch cytatów – krytycyzm związany jest ze specyfiką tego typu beneficjentów, często mierzących się z dodatkowymi uzależnieniami, czy mających problemy z podporządkowaniem się wewnętrznym regulaminom tego typu placówek. To w tej kategorii respondentów np. ujawniało się niezadowolenie z „angażowania beneficjentów” do działań związanych z codziennym

funkcjonowaniem instytucji, podczas gdy dla innych respondentów oznaczało to upodmiotowienie (partnerskie relacje w ramach instytucji) czy poczucie sprawczości.

Niemniej jednak, przy wszystkich ograniczeniach wynikających z niedofinansowania, podkarpackie instytucje wsparcia w zakresie świadczonych usług specjalistycznych i opiekuńczych ocenione zostały pozytywnie. Jeśli chodzi o wskazywane oczekiwania co do zakresu tych usług, to formułowane one były przede wszystkim przez opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami (kategoria B).

„To znaczy, sama nie jestem w stanie opłacić asystenta. Jako, że mój syn potrzebuje tej opieki non stop i tak, jak na przykład, widzi Pani dzisiaj. Nie ma to, że on jedzie codziennie do ŚDS-u i ja mam ten czas wolny. Nigdy nie wiadomo, kiedy pojedzie, kiedy nie pojedzie, jak się będzie zachowywał. Czasem pojedzie i jak nie dają rady, to ja muszę go odebrać wcześniej. Po prostu jestem non stop na takim ostrym dyżurze. Nigdy nie wiadomo, kiedy będziemy spać w nocy, kiedy nie będziemy, czy będzie agresja, czy będzie spokój. To też nie jest tak, że on jest takim jakimś okropnym potworem i agresywnym. On, po prostu, potrzebuje non stop czyjeś uwagi, organizacji zajęć, uczestniczenia w tych zajęciach, pilnowania, pomagania i tak dalej. On nie robi właściwie nic tak samodzielnie. Opiekuna on potrzebuje non stop, więc jak ja jestem cały czas z nim, tym sposobem ja nie mogę niczego zaplanować. Nie mogę zaplanować spotkania, na przykład z Panią, albo wizyty u lekarza. Dezorganizuje nam to praktycznie całe życie. Jestem całkowicie i wyłącznie podporządkowana pod jego funkcjonowanie, więc jeśli miałabym wsparcie jakiegoś asystenta, jakiegoś człowieka, który, jak jest wszystko dobrze, umawiamy się, że on tam przyjeżdża raz w tygodniu na kilka godzin, bądź w razie właśnie jakieś potrzeby przyjeżdża i się nim zajmuje, kiedy ja z jakiegoś powodu nie mogę tego zrobić albo właśnie mam coś ważnego innego, więc to byłoby bardzo pomocne. Coś takiego też jak opieka wytchnieniowa, ale organizowana w jakichś takich bardziej przystępnych warunkach, nie w DPS-ie, gdzie jest mnóstwo ludzi po prostu, tylko na przykład w jakimś mieszkaniu, gdzie jednorazowo jest dwie osoby z opiekunami powiedzmy, to wtedy coś takiego mogłoby zafunkcjonować, gdybym ja po prostu miała raz w miesiącu ustalone, że ten jeden czy dwa dni ktoś go bierze do tego mieszkania gdzieś tam na tą opiekę wytchnieniową, a ja mam wolne” (B2)

Wyraźnie łączono „asystenturę” z „opieką wytchnieniową”, która ze względów definicyjnych i analitycznych przyporządkowana została do drugiej kategorii usług – wsparcia. Niemniej jednak opiekunowie dzieci z niepełnosprawnościami zgłaszali potrzebę zinstytucjonalizowanej

asystentury, umożliwiającej realizację równocześnie szeregu usług specjalistycznych i opiekuńczych wobec dzieci z niepełnosprawnościami przy jednoczesnym odciążeniu samych opiekunów.

Ocena usług wsparcia

Do usług wsparcia zaliczono: wypożyczanie sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego, grupy samopomocowe i wsparcia, wsparcie prawne, mediacje, usprawniające poruszanie się po różnych systemach wsparcia, czy streetworking.

Wątkiem zdecydowanie dominującym w przypadku wypowiedzi na temat usług wsparcia świadczonych przez podkarpackie instytucje wsparcia był „brak informacji”.

Rysunek 2. Rozkład wątków dotyczących usług wsparcia



Źródło: opracowanie własne.

W drugiej kolejności wskazywano na „grupę” (samopomocową, wsparcia) oraz „terapię”, które w powiązaniu z „opieką psychologiczną”, „zewnętrzną współpracą” (z podmiotami spoza instytucji), „wsparciem prawnym” były źródłem „zadowolenia”, pomimo „barier językowych” i ograniczeń (np. we wspomnianym wsparciu prawnym).

Swoista wewnętrzna niespójność, a nawet sprzeczność w częstościach kodów są wyraźnym wskaźnikiem podstawowego problemu, który ujawniał się w przeprowadzonych wywiadach – beneficjenci podkarpackich instytucji wsparcia mają niewielką wiedzę na temat tego, z jakich usług wsparcia mogą korzystać.

Przewijały się wątki związane z usługami specjalistycznymi i opiekuńczymi, jedne kategorie respondentów doceniały „wsparcie prawne”, podczas gdy inne wskazywały, że takiego wsparcia nie mają. Praktycznie nie pojawił się wątek „wsparcia w poruszaniu się po różnych systemach wsparcia”, co zresztą nie powinno dziwić w kontekście dominującego przekonania o „braku informacji” na temat usług wsparcia.

Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D) koncentrowały się na „grupach samopomocowych i wsparcia”, a osoby w kryzysie bezdomności (kategoria E) na zewnętrznym wsparciu (od stowarzyszeń i innych organizacji społecznych) w zakresie „wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego” (ale nie wspominali praktycznie o „streetworkingu”). Migranci i uchodźcy (kategoria F) wskazywali przede wszystkim na „bariery językowe”, które stanowiły dodatkowe utrudnienie w „braku informacji” w ogóle.

„Nie korzystam, ale na przykład fajnie by było dla mnie skorzystać, gdzie ja jestem też osobą, że tak powiem, wykształconą i mam czwórkę dzieci. Zostałam z nimi sama i nie mam możliwości nawet na pracę. Jestem na tym świadczeniu. No wiadomo, na bezrobocie się nie mogę zapisać, bo mam świadczenie. Jestem tak troszkę w takiej kropce, bo nie mam z czego skorzystać, gdzie mam dużo też rzeczy, których ja potrafię i duże doświadczenie zawodowe. A tak naprawdę, mając czwórkę dzieci, jedno z niepełnosprawnością, drugie też pewnie wkrótce, bo papiery już złożyłam, także będzie z niepełnosprawnością, ja nie mogę jakoś też się rozwijać zawodowo i nawet pracować zawodowo, bo nie mam takiej możliwości, że nie ma takiej pracy. Nie ma takiej pracy dla mnie, żeby to była praca do południa, niekolidująca. Muszę być z dziećmi po południu, nikt mnie do takiej pracy nie przyjmie, bo każdy się pyta, a co jeśli pani będzie miała dziecko chore? No co, wiadomo, że pójdę na wolne, nie?” (B1)

„Tutaj Pani wymieniała i już mi się przypomniało. Grupy samopomocowe i wsparcia. Chciałam powiedzieć, że działa w ramach stowarzyszenia klub samopomocy i uważam, że to jest też niezmiernie ważne. Tam ludzie, którzy z jakichś powodów sobie nie do końca radzili albo nie do końca radzą, mogą mieć takie spotkania, zajęcia typu gotowanie, uprawianie ogródka, spotkania z psychologiem, jakaś muzykoterapia. Ja nie należę tam do tego domu samopomocy, natomiast byłam na tej wycieczce, o której już wspomniałam, z osobami, które korzystają i takie przyjaźnie, jakie oni tam zawarli, jak oni są blisko, jak oni siebie nawzajem wspierają i to, ile serca ci wszyscy terapeuci, te osoby prowadzące, zarząd wkłada w to wszystko, to się przekłada naprawdę na nasze dobre samopoczucie” (D7)

„No jest coś takiego. Tylko że ja musiałem też, na przykład kulę... bo tutaj Caritas jest, obok, w Caritasie jest wypożyczanie sprzętu. No to ja znam tego gościa, który wypożycza ten sprzęt, no sobie sam poszedłem, żeby załatwić sobie kulę. Bo tutaj nie mieli. (...) Tak, tak. I nówki mi dał. Pożyczył. Wróciłem... Wózki, tutaj, też.... o wózku jeździłem. Taki wózek mi dają rozklekotany, że masakra! A jechać, na przykład do szpitala, co musiałem na górkę jechać, no to praktycznie czasami prosiłem kogoś, żeby mi tego... pomógł” (E3)

„Ciężko sobie poradzić. Idziesz, pytasz, rozumiesz, nie rozumiesz, przychodzisz jeszcze raz, bo faktycznie informacja może być nieścisła lub niezrozumiała od początku, bo żadnego tłumaczenia nie było na miejscu. Teraz może być troszkę lepiej, bo już wielka liczba Ukraińców jest na miejscu i korzysta z tego codziennie. To tak samo pracownicy różnych urzędów korzystali z kursów języka ukraińskiego, który prowadzimy tutaj w Domu Ukraińskim, to już lepiej jest porozumieć się. A 6 lat temu z tym było ciężko i nawet jeszcze parę lat temu miałam problem w urzędzie, bo po prostu nie dochodzi informacja w tej chwili, jak musi być. Bo miałam taki problem, że podałam wniosek ponownie na kolejną kartę pobytu czasowego, ale to było już po rozpoczęciu wojny. Wojna zaczęła się oficjalnie 24 lutego, a wyjeżdżaliśmy do Ukrainy na 3 godziny na początku marca, bo robiłam paszporty dla dzieci w Ukrainie i musieliśmy je odebrać. Trzy godziny mi to zajmowało, a jak wniosek do urzędu składałam, otrzymałam negatywną decyzję, chociaż wyjeżdżałam po otrzymaniu karty pobytu i ona była jeszcze ważna 3 lub 4 miesiące, jeszcze była aktywna. Otrzymałam decyzję, że jak po wojnie wyjeżdżałam, to muszę otrzymać status UKR itd. Ale dlaczego, jak ja mieszkam tutaj, wyjeżdżałam tylko na 3 godziny z kartą, nie mam żadnych członkowskich paszportów... No i otrzymałam odmówienie. Syn mój, mąż otrzymał kartę, ja z córką, bo my we dwie wyjeżdżałyśmy, otrzymaliśmy negatywną decyzję. Później za dwa miesiące powiedzieli mi w urzędzie, że prawniczo była nieprawidłowa

odmowa, po prostu oni jeszcze w tym czasie nie wiedzieli, jak muszą dawać odpowiedzi na takie pytanie. No to jest ciężko” (F1)

Co ciekawe, nawet przedstawiciele instytucji świadczących usługi (kategoria C) mieli problemy ze wskazaniem i oceną usług wsparcia.

„Powiem tak, na miarę naszych możliwości, bazując na naszej prywatnej wiedzy, jeżeli takową posiadamy, albo mamy w naszych kręgach rodzinnych, prawda?, specjalistów w tej dziedzinie, to staramy się jak najbardziej pomóc naszym dzieciom. Natomiast jeżeli nie jesteśmy w stanie, to wtedy posiłkujemy się, że tak powiem, prosząc jakieś instytucje na zewnątrz, nie? To już pani dyrektor bardziej, to myślę, że to pani dyrektor bardziej, że tak powiem, tutaj już organizuje wszelkiego rodzaju jakieś takie specjalistyczne już porady” (C1)

W tym konkretnym wymiarze system instytucjonalnego wsparcia był dla badanych beneficjentów najmniej zrozumiały i przejrzysty. Dominowały zagubienie, niepewność, niewiedza i wynikająca z nich frustracja. Przypadek (dobra wola opiekunów, własna inicjatywa pracowników danej instytucji) czy własny upór w drążeniu tematu doprowadzały do uzyskania wsparcia (lub przynajmniej informacji na ten temat). W tej kategorii usług także akcenty rozkładały się zależnie od kategorii beneficjentów – największe oczekiwania zgłaszali przede wszystkim opiekunowie dzieci z niepełnosprawnościami (kategoria B), podczas gdy na drugim biegunie plasowały się osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, starsze i z niepełnosprawnościami (kategoria A) oraz osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D). Dla obywateli państw trzecich i migrantów (kategoria F) instytucjonalny system usług wsparcia w województwie podkarpackim jest po prostu niezrozumiały i są wręcz oni nieświadomi, z jakiego typu usług wsparcia mogą korzystać.

Ocena usług aktywizacji społeczno-zawodowej

Do usług aktywizacji społeczno-zawodowej zaliczone zostały: warsztaty umiejętności społecznych, usługi poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowe, staże zawodowe, usługi zatrudnienia socjalnego, usługi samozatrudnienia, oraz usługi mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego.

Szczególnie często mówiono o „mieszkaniu” jako kluczowej usłudze aktywizacji społeczno-zawodowej. Wspominali o tym zarówno respondenci reprezentujący opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami (kategoria B), opiekunów i wychowawców dzieci umieszczonych w placówkach całodobowych (kategoria C), osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D), jak i osoby w kryzysie bezdomności (kategoria E).

Rysunek 3. Rozkład wątków dotyczących usług aktywizacji społeczno-zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Dla uczestników wywiadów ważne w wymiarze aktywizacji społecznej były także „zajęcia dodatkowe”, a w wymiarze aktywizacji zawodowej – „doradztwo zawodowe”, „warsztaty zawodowe” oraz „zatrudnienie”. Możliwości instytucjonalne w tym zakresie, także we wsparciu w ramach „zewnętrznej współpracy”, wywoływały raczej „niezadowolenie”. Trzeba jednak zaznaczyć, że wątek „braku informacji” pojawiał się znacznie rzadziej niż w przypadku usług wsparcia.

Także i w tym przypadku różnice związane są z konkretną kategorią beneficjentów – podopieczni domów pomocy społecznej (kategoria A) skupiali się głównie na usługach aktywizacji społecznej, podczas gdy opiekunowie dzieci w placówkach całodobowych (kategoria C) i dzieci z niepełnosprawnościami (kategoria B), a także osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D), bezdomności (kategoria E) oraz migranci i uchodźcy (kategoria F) na aktywizacji zawodowej.

Dla pierwszych z nich oferta podkarpackich instytucji jest raczej wystarczająca, zwłaszcza z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z wieku i kondycji beneficjentów:

„Proszę Pani, ideałów to Pani wie, że to nie ma. Tego nie można. Wydaje mi się, że to, co jest, to jest wystarczające. Bo jedno, gdyby się człowiek chciał włączyć, proszę Pani, tak sumiennie w to wszystko, naprawdę by nie miał czasu dla siebie. A tu chyba o to nie chodzi, żeby człowiek był ciągle w biegu, żeby się szykował, bo muszę pójść tu, bo muszę pójść tam. To są ludzie wiekowi przecież. Ja mam 86 lat, proszę Pani. Więc ja też potrzebuję odpocząć. Po rehabilitacji to jestem już zmęczona. Nie zawsze jestem gotowa do tego, żeby podjąć tę czynność. Stąd myślę sobie, że nie jest łatwo paniom zdobyć tych ludzi, te grupy, żeby tam przyszły i codziennie były tam do pań dyspozycji. To nie jest łatwe. Ja paniom bardzo współczuję, tym, które to mają. Panie obchodzą jeden pokój, drugi, a ja nie, bo się źle czuję dzisiaj, a ja czekam na lekarza, mam wyjazd do lekarza, a jeszcze coś. To jest, proszę Pani, ale to jest jednak z ogromnym takim wysiłkiem dla wszystkich, dla tych pań, które są zobowiązane do prowadzenia tego. No i dla tych domowników, bo to jest niezręczna sytuacja, jak pani przyjdzie, prosi, a ja mówię, no wie pani, ja dzisiaj nie pójdę. No to co, to jest pani praca. Pani musi z kimś pracować, prawda? Panie tam pomagają, bardzo, jak jakieś ciasteczka proponują, jakąś kawę, żeby to było przyjemne, żeby tych ludzi tam zachęcać. I są osoby, które regularnie chodzą. Ja o sobie tego nie mogę powiedzieć. Ale to jest przyjemne. I to, wie Pani, czemu sprzyja? Przykładowo, ja byłam na takim warsztacie, gdzie się robiło i szykowało się jedzenie. Na przykład była tam cukinia, zapiekało się te cukinie. I spotkałam tam pana, który tu już długo jest, ale ja nigdy nie wiedziałam, kto pan jest. I to przybliża, wie Pani? Jeśli się jest w grupie, prawda, to się poznajemy, bo jest parter, pierwsze piętro i drugie. I wszyscy się znamy. Ktoś, kto nie chodzi do stołówki, bo na to go nie stać, bo jest obłożny czy coś, to się go nie zna. A przy takich okazjach, przy takich warsztatach właśnie, to się poznaje ludzi. Rozmawiamy, wiem, że pan jest tam. Dzisiaj chyba, zdaje się, że pan też będzie z Panią rozmawiał” (A1)

Jeżeli wskazywane były braki, to dotyczyły one głównie wyjść na zewnątrz, wydarzeń związanych z krótkotrwałym pobytem poza instytucją stałego pobytu (DPS-em):

„Na przykład kino, dobrze by było. Ale wie Pani co, tutaj zebrać osoby, które by zechciały iść do kina, to graniczy z cudem. Bo ja nie mogę mówić tylko sam za siebie, bo nikt ze mną na jakiś seans filmowy z (respondent wymienia swoje imię i nazwisko) nie pojedzie. Tylko to się bierze już większą grupę, żeby zapłacić za bilet, za wszystko co trzeba. I tu jest tym największy problem, żeby zebrać tę grupę, bo ja jestem jeszcze młody i mnie właśnie zaktywizować to nie jest problem. Tylko weź osobę 85-90, żeby zrobić taką wycieczkę do kina, to jest wręcz niemożliwe, powiem Pani” (A2)

Znacznie poważniejsze oczekiwania wobec usług aktywizacyjnych formułowali przedstawiciele pozostałych kategorii beneficjentów. Począwszy od obywateli państw trzecich i migrantów (kategoria F), którzy chcieliby uzyskać wsparcie w zakresie wdrożenia do polskiego rynku pracy i kursów językowych, ułatwiających znalezienie pracy w Polsce:

„Jakieś warsztaty, otrzymanie nowej wiedzy z jakiegoś zawodu. To jest dobrze, jak jest ta możliwość otrzymania tych usług w tych miejscach, w tym zakresie, jak ty masz możliwość. Bo na razie ludzie nie otrzymują w Polsce jakiejś pomocy finansowej, to muszą od razu mieć pracę. Praca może być ta, która nie podoba się, ale tylko dlatego, żeby mieć jakieś pieniądze, żeby po prostu żyć, jeść itd. To dobrze, kiedy możliwość otrzymania wiedzy, kursów prowadzi się w tej chwili, jak ty masz możliwość. Bo to jest sobota, niedziela, lub wieczorem, bo nie zawsze jak musisz być w pracy, to nie możesz być jednocześnie w dwóch miejscach. Dobrze kiedy jest blisko i faktycznie tak, żeby to było też różnie. Nie tylko to, co proponują, np. medyczne zawody, pielęgniarstwo, czy coś takiego, lub florysta. Bo szukaliśmy kiedyś informacji tutaj, bo ludzie też pytają, z czego by mogli skorzystać itd., to jest niewielki krąg tych możliwości. Ktoś chciałby po prostu potwierdzić swoją wiedzę z wcześniejszego życia, tylko już mieć jakieś dokumenty miejscowe, żeby mieć możliwość pracować w swoim zawodzie. Ale to nie jest wszystko możliwe. Musisz wybrać z tego, co proponują” (F1)

Kończąc na opiekunach dzieci niepełnosprawnych (kategoria B) oraz dzieci umieszczonych w placówkach całodobowych (kategoria C):

„Na pewno liczylibyśmy na wsparcie, na zapewnienie, pomoc przynajmniej w zapewnieniu jakiegokolwiek mieszkania, pracy, dla takiej osoby, która miałaby wyjść od nas z placówki i iść sama już przez życie, bez naszej opieki. No przede wszystkim, ja myślę, że najważniejsza jest ta praca i miejsce zamieszkania. No i całodzienne... nie całodzienne, ale wsparcie. Żeby była ta opieka psychologa, żeby nie pozostawić tych dzieci samych sobie” (B5)

„W ostatnim czasie na pewno dla tych dzieciaków, które się usamodzielniają, to też się fajnie takie programy różne, odezwali się do nas i się fajnie te programy rozwijają, bo i dzieciaki mogą tam korzystać ze szkoleń, z warsztatów, szkolenia takie typu doradztwa zawodowego. Tu, jeżeli chodzi o predyspozycje zawodowe i o to co tych wychowanków interesuje, i tu, to rzeczywiście pręźnie tak zaczęło działać i wychowankowie będą z tego korzystać. Już nawet dwójka z wychowanków ma zapewnione tego typu szkolenia. Są to pełnoletni wychowankowie. Jeżeli chodzi o mieszkania, to też wiem, że mamy taki projekt i od stycznia podobno też mają takie mieszkania ruszać, więc nawet jeden z wychowanków jest zainteresowany. Co jeszcze?

Ja sobie tu zerknę i popatrzę, o, co tutaj... Szkolenia zawodowe i staże zawodowe” (C3)

A także osobach w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D) i kryzysie bezdomności (kategoria E):

„Myślę, że te mieszkania treningowe powinny być zwiększone troszkę. Są tam trenerzy, którzy po prostu są 40 godzin na dobę, 48 godzin na dobę. Pomagają, wspierają. Myślę, że takie mieszkania, które uczą, uczą człowieka życia codziennego, żeby się nauczyć, jak żyć. Niektórzy może nie są już do tego przystosowani, jak żyć. Są nauczeni tutaj, że każdy za nich posprząta, robi, ugotuje. A jednak na tym mieszkaniu treningowym, trzeba sobie, pod okiem trenera, wszystkiego uczyć od początku. Ja tam z tym nie miałam problemów, bo ja mam trójkę dzieci. W chwili obecnej jestem rozwódką. Więc ja sprzątałam, gotowałam, prałam, chodziłam do pracy. Oczywiście z Urzędu Pracy, bo z Urzędu Pracy, ale chodziłam. I wszystko prowadziłam, cały dom sama. Lekarz, nie lekarz, szpital, nie szpital. Więc ja tam gotować umiem, pracować umiem, wszystko umiem” (D4)

„Podejrzewam, że jest dostępna praca, tak jak poprzednio, o której mówiłem tutaj, przez CIS. Ja skończyłem kurs, nie wiem, czy to jest kurs, czy to jest staż, 6 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu, jakaś umowa socjalna, czy kontakt socjalny, coś, co było powiązane z MOPS-em, że MOPS musi wyrazić zgodę, że ja tutaj taką umowę dostanę i będę mógł pracować. Też decyzja kierownika wiążąca była, ważna opinia o mojej osobie, czy ja mogę pracować i wszyscy wyrazili zgodę na to, więc pracowałem nie cały rok, bo nie od początku zacząłem, ale do końca umowy i w styczniu chcieli mi przedłużyć tę umowę. Ja się nie zgodziłem na przedłużenie tej pracy z tego względu, że mam trudne warunki tutaj mieszkalno-bytowe” (E1)

Warto zaznaczyć, że przedstawiciele opiekunów dzieci z niepełnosprawnościami oraz osób w kryzysie zdrowia psychicznego bardziej mieli na myśli mieszkania treningowe, w których podopieczni mogliby przygotowywać się do potencjalnej samodzielności. Natomiast o mieszkaniach socjalnych umożliwiających beneficjentom samodzielne funkcjonowanie mówili opiekunowie dzieci umieszczonych w placówkach całodobowych oraz osoby w kryzysie bezdomności. Choć wśród tych ostatnich były też osoby, które wprost twierdziły, że we własnej ocenie nie są gotowe do samodzielności mieszkaniowej („własne ograniczenia”).

Kategoria beneficjentów w kryzysie bezdomności była najbardziej krytycznie nastawioną do formy i jakości uzyskiwanych usług aktywizacji społeczno-zawodowej. Bezdomność oznacza w praktyce ogromne utrudnienia w utrzymaniu pracy (brak zaplecza dla podstawowej higieny osobistej,

wypoczynku itp.), jeśli już uda się znaleźć zatrudnienie. Zajęcia związane z wychodzeniem z bezdomności prowadzone są przez podmioty nie do końca przygotowane do tego tematu, a ewentualni eksperci – w ocenie respondentów – po prostu nie mają praktycznej wiedzy o tym, o czym próbują im opowiadać (nie poznali bezdomności na własnej skórze). Jak już wspomniano wcześniej, bezdomność często wiąże się także z dodatkowymi uzależnieniami i innymi problemami społecznymi, co dodatkowo utrudnia aktywizację społeczno-zawodową tej kategorii beneficjentów.

Ocena kwalifikacji i kompetencji personelu podkarpackich instytucji wsparcia

Z przeprowadzonych rozmów wynika, że w ocenie respondentów ewentualne braki w doświadczeniu zawodowym i w kwalifikacjach nadrobić można (i należy) „ludzkim” podejściem do beneficjentów. Innymi słowy, przede wszystkim liczyła się empatia. I faktycznie pod tym kątem głównie oceniano personel podkarpackich instytucji wsparcia.

Znacznie rzadziej formułowano zarzuty dotyczące „braku empatii” czy „braku profesjonalizmu” lub „braku komunikatywności”. Wyraźnie wymiar kompetencji społecznych i miękkich umiejętności międzyludzkich znaczył najwięcej dla respondentów.

„Nie chodzi o uprawnienia, bo to mało jest znaczne. O empatię chodzi. Bo są osoby, na przykład z personelu właśnie, które nakładają obiad, czyli właśnie te pokojowe, a są dużo bardziej empatyczne niż np. pielęgniarki. Czyli tutaj po prostu chodzi o empatię ludzi, nie o wykształcenie. Są pielęgniarki, które pracują tutaj, ale po prostu są nieodpowiednie, zupełnie. Nawet języka nie znają. Ale wie Pani, to jest właśnie tragiczne. Natomiast właśnie mamy świetny kontakt z opiekunkami, tymi właśnie pokojowymi, z paniami, które są od opieki. One są dużo lepsze, takie naprawdę. One pomogą codziennie w każdej czynności” (A3)

„Wie Pani co, w tej pracy wszystkie chyba są niezmiernie ważne, bo tutaj dzieci jest dużo, dzieci są różne i tu trzeba trochę być mocno, mocno elastycznym. Do każdego umieć się dostosować. Do jednych podchodzić inaczej, do drugich inaczej. No trzeba się dostosować. Dla dziecka trzeba być elastycznym. Tak to podsumuję” (B5)

„Trudno mi to powiedzieć, myślę, że wykształcenie... kompetencje miękkie, myślę, że to też przydałoby się czasami takie szkolenie odbyć, no i formalne chyba też, od czasu do czasu. Myślę, że prawo się zmienia, sytuacja prawna, czasami jakieś nowe przepisy wchodzi, gdzie to wszystko trzeba też jakoś umieć, zaznajomić się z tym wszystkim i wdrożyć to w życie. To jedno i drugie, myślę, że są chyba potrzebne szkolenia” (C4)

Rysunek 4. Rozkład wątków dotyczących kwalifikacji i kompetencji personelu podkarpackich instytucji wsparcia



Źródło: opracowanie własne.

Empatia i partnerskie podejście do beneficjentów stanowi fundament zaufania w relacjach z instytucjami wsparcia. Krytycznie na ten temat wypowiadała się część respondentów reprezentujących osoby w kryzysie bezdomności (kategoria E):

„Ale tu na miejscu, tak jak mówię, brakuje takiego zwykłego człowieczeństwa. Ja nie mam o kogo się oprzeć. Tutaj pracownicy budują ten fundament takiej naszej relacji, ale sami też go burzą. Tak że to jest jakieś nieporozumienie. Dla mnie wykształcenie nie ma znaczenia. Naprawdę, to trzeba chcieć, tak jak z tą osobą, o której mówiliśmy, o tej pomocy, żeby osobom dochodzącym do domów zrobić zakupy, czy pogadać, posiedzieć, pójść na spacer. Czy to osoba poruszająca się wózkiem inwalidzkim, czy z jakiegokolwiek innego powodu, żeby to była taka osoba” (E1)

Także dla migrantów i uchodźców (kategoria F) kwestia empatii pracowników instytucji oznacza większy komfort i mniej stresu w rozwiązywaniu trudnych spraw przy jednoczesnych barierach językowych i nieznanomości systemu jako takiego.

„Był pracownik, do którego ja miałam kilka pytań, na wszystkie pytania on odpowiadał krótko i "nie" i "nie" i "nie"... no i wtedy pytanie: "co on tutaj robi?". Przepraszam bardzo. Bo przed tym na przykład, czy później poszłam

do innego pracownika, on powiedział mi wszystko, co mam znać, co nie mam znać. Jakby pełna informacja, która była potrzebna i nie tylko. I był, no, był tak po prostu super. Ale ten, czy on nie chciał, czy jak, ja nie wiem. Ale były takie nieprzyjemne, bardzo nieprzyjemne kontakty” (F4)

Kilkukrotnie zwracano uwagę, że personel instytucji powinien posiadać przynajmniej podstawowe przeszkolenie paramedyczne lub pielęgniarstwo: zakładanie opatrunków czy pierwsza pomoc. Respondentom zdarzały się sytuacje, kiedy mylone były leki lub nie udzielono pomocy właśnie ze względu na braki kwalifikacyjne czy doświadczenia w tym zakresie. Jeśli jednak obserwowali zaangażowanie i empatię pracowników instytucji, to byli w stanie wykazać znaczną wyrozumiałość, wychodząc z założenia, że formalnych kwestii pracownicy zawsze mogą się nauczyć, podczas gdy umiejętność współpracy i rozmowy z niejednokrotnie trudnymi beneficjentami wynikają z głębszej postawy etyczno-zawodowej.

„Po prostu z drugim człowiekiem się dogadać szybko. A oni potrafią spokojnie, cicho. Nawet pacjent, jeśli się wydziera, to oni to biorą tak, że tak jakby tego nie słyszeli. Po prostu spokojnie odpowiadają. Niektórzy tak machają tymi rękami, drą się, że on tego nie będzie, czy tego..., a oni "będziesz, będziesz, powolutku, na razie masz miotełkę...", podchodzą do niego delikatnie. Nie, żeby odpyskować, czy coś takiego. Nie ma takiego czegoś. Tu jest spokój. Tak umiem, po prostu dojść z nim do porozumienia. Psycholog też nie będzie się dawał... On będzie machał ręką... "usiądź sobie, uspokój się..". Tak właśnie jest” (E6)

W zakresie uzupełniania kwalifikacji czy kompetencji wskazywano właśnie na umiejętności miękkie, takie jak: komunikacja interpersonalna, umiejętność rozwiązywania konfliktów, praca w zespole, radzenie sobie ze stresem, praca z młodzieżą, kultura osobista. W drugiej kolejności wspomniane podstawowe przeszkolenie paramedyczne. Żadnych innych oczekiwań nie odnotowano podczas rozmów z respondentami.

Opinie na temat idei deinstytucjonalizacji

Respondenci artykułowali głównie „obawy o jakość”, które wynikały z przyznania, że z usługami społecznymi wiązą się „wysokie koszty”, zwłaszcza że część potrzeb beneficjentów wymaga usług „specjalistycznych”. O ile więc usługi „ogólne” możliwe są, w przekonaniu respondentów, do świadczenia na odpowiednim poziomie, to znacznie droższe „specjalistyczne” wymagają zaplecza instytucjonalnego. Tym obawom towarzyszył także „brak informacji” na temat założeń deinstytucjonalizacji.

Niektórzy dostrzegali potencjał procesu deinstytucjonalizacji w postaci „asystentury”, ale przy „braku środków” (publicznych, ale też prywatnych –

beneficjentów) wskazywano „negatywne przykłady”. Innymi słowy, dla części badanych bólaczki systemu instytucjonalnego mogą objawić się w jeszcze większym stopniu w rozwiązaniu zdeinstytucjonalizowanym.

Rysunek 5. Wątki ujawniające się w odpowiedziach na temat deinstytucjonalizacji



Źródło: opracowanie własne.

Pojedyncze głosy wskazywały także na ryzyko mniejszego „zaangażowania beneficjentów” oraz „samotność” i „alienację” tych odbiorców usług społecznych, którzy w systemie instytucjonalnym znajdują aktywizację społeczną. Takie opinie pojawiały się wśród podopiecznych Domów Opieki Społecznej (kategoria A).

Innymi słowy, dominowały obawy wynikające z codziennego doświadczania ograniczeń systemu instytucjonalnego, ale także związane z wysiłkiem włożonym w znalezienie się pod opieką instytucji – w zakresie kluczowych usług specjalistycznych i opiekuńczych dominowało przecież „zadowolenie”. Idea deinstytucjonalizacji w tym kontekście oznacza ryzyko destabilizacji chwilowo w miarę komfortowej sytuacji poszczególnych respondentów. Świadomość, że nawet instytucje mają ograniczenia wynikające z „braku środków” sprawia, że beneficjenci obawiają się, że mniej wyspecjalizowane i bardziej rozproszone podmioty świadczące te usługi w środowisku lokalnym odbiorców będą doświadczały większych problemów. Zastrzeżenie, które nie

zostało na żadnym etapie wyrażone wprost w żadnym z wywiadów, ale pośrednio wybrzmiewa w zgromadzonych opiniach, dotyczy systemu kontroli jakości w zdeinstytucjonalizowanym systemie świadczenia usług społecznych.

Co ciekawe, bardziej sceptyczni okazali się wspomniani podopieczni DPS-ów (kategoria A), których z kolei pozostali respondenci najczęściej wskazywali jako potencjalnych beneficjentów w największym stopniu mogących skorzystać z deinstytucjonalizacji – pojawiały się często wypowiedzi, że takie rozwiązanie jest „korzystne przede wszystkim dla osób starszych”.

„Ja wiem o tym. Powiem na swoim przykładzie. Mówi się o sąsiadach, mówi się o rodzinie. W praktyce to bardzo różnie wychodzi. Bo może ktoś zachoruje, kto tę usługę ma świadczyć, to co wtedy? Znam osoby, które korzystają z MOPS-u, ja też korzystałam. Opieka się zmieniała często, to powodowało konflikty. Na jakiś czas może tak, ale na dłużej nie ma gwarancji, że ta opieka świadczona od kogoś, z rodziny, że ona będzie się spełniała, a człowiek coraz starszy jest, coraz więcej będzie potrzebował tej pomocy” (A1)

„Wie Pani, ja mieszkam w domu samodzielnie właśnie. Przedtem, zanim tutaj się znalazłem. I miałem z MOPS-u panie, ale nikt do mnie nie przychodził pomagać, nikt. Nikt. To była fikcja. Nie było żadnej pomocy. Nie było. To w ogóle nie działa zupełnie” (A3)

„Tak, spotkałam się, bo moja koleżanka z tego korzysta, a teraz słyszę, że mają być te usługi rehabilitacyjne z domu zabrane, więc słyszałam niedawno. No to tak, muszę do niej zadzwonić i zapytać się, co ona o tym myśli, bo ona naprawdę jest w takim stanie, że dla niej to była świetna rzecz korzystanie z tych usług w domu. Tak, rehabilitację miała, wszystko i przychodziła pielęgniarka i różne. No ale teraz nie wiem, bo pielęgniarka to pewnie będzie dalej przychodziła, tylko najgorsza rehabilitacja” (A6)

Problemów z brakiem wyjścia poza lokalne środowisko spodziewały się także osoby w kryzysie zdrowia psychicznego (kategoria D), dla których właśnie instytucje wsparcia są często ostatnią deską ratunku, a w miejscu zamieszkania grozi im stygmatyzacja w związku z potencjalnym ujawnieniem choroby:

„W miejscu zamieszkania to jest coś takiego, czego się boję, to nie chciałbym, żeby to wyszło gdzieś poza moje mieszkanie. Miałem taki przypadek i ten, że wyszło, no bo jedna pani drugiej przy kawie... To jest właśnie..., bo ja tam w bloku mieszkam, to nie zwierzam się sąsiadom z moich problemów i tak dalej. To chyba jest takie, czego się boję” (D1)

Na drugim biegunie opinii na temat deinstytucjonalizacji znaleźli się z kolei reprezentanci opiekunów dzieci umieszczonych w całodobowych placówkach opiekuńczych (kategoria C), którzy wskazywali zdecydowaną przewagę

domowych i środowiskowych rozwiązań względem zinstytucjonalizowanych domów dziecka:

„Powiem Pani tak, moje zdanie też jest takie, że te dzieci najmniejsze, takie maluskie, to bez porównania powinny zostawać gdzieś tam w środowiskach rodzinnych. Że raczej nie powinny trafiać do placówek takich jak nasza, prawda? Aczkolwiek myślę, że to jest w tej chwili już taka ostateczna konieczność. Jak nie ma co z nimi zrobić, czy opieką trzeba otoczyć takie dzieciątka, więc one trafiają do placówki. Ale niewątpliwie tutaj środowisko rodzinne byłoby najfajniejsze. Wśród dzieci starszych, powiem pani tak, różne są przypadki. Niemniej jednak wiemy, że rodzina to jest rodzina. Piecza zastępcza to już jest konieczność. Wiadomo, jak nie ma tej rodziny, to wtedy dzieci trafiają do pieczy zastępczej, bo tak jak mówię, jest to przymus. A wiemy, że niestety cały czas nam brakuje tych rodzin, rodzinnych domów dziecka, rodzin zastępczych, czy pogotowi rodzinnych. Bo są takowe” (C1)

Jednak i tutaj wskazywano ograniczenia związane z „brakiem środków” – generalny brak odpowiednio przygotowanych rodzin zastępczych.

Potencjał integracyjny i aktywizacji społecznej wskazywano w wywiadach z migrantami i obywatelami państw trzecich (kategoria F), gdzie istnieje realna potrzeba na oddolne działania w ramach ich własnego środowiska i samopomoc.

„Faktycznie wszystkie takie usługi staramy się dawać ludziom my, w Domu Ukraińskim. Mamy schronisko dla osób uchodźczych, mamy psychologa, mamy punkt informacyjny dla uchodźców. Wszystkie takie usługi staramy się udzielać bezpośrednio przez nas, Związek Ukraińców” (F1)

Generalnie jednak dominowała niepewność jak zdeinstytucjonalizowane rozwiązanie będzie faktycznie funkcjonować w praktyce. W odbiorze beneficjentów usług społecznych instytucje świadczące takie usługi mają tą przewagę, że stanowią elementy całego systemu wsparcia (wraz z nadzorem i kontrolą), w którym istnieje w miarę klarowna procedura zgłaszania zastrzeżeń.

Wnioski

Zastosowanie w analizie jednego zbioru „słów kluczowych” do wszystkich pięciu bloków tematycznych umożliwia sformułowanie generalnych wniosków na temat perspektyw beneficjentów wciąż instytucjonalnego systemu świadczenia usług społecznych.

Rysunek 6. Dominujące wątki w postrzeganiu podkarpackiego systemu usług społecznych



Źródło: Opracowanie własne.

Pomimo sygnalizowanego przez respondentów braku przejrzystości systemu wsparcia oraz jego zbiurokratyzowanego charakteru, dominującą postawą wobec otrzymywanej pomocy jest zadowolenie. Pozytywne oceny wynikają przede wszystkim z zaangażowania personelu – wskazywano na empatię i wsparcie opiekunów – a także z dostępności zajęć dodatkowych, często realizowanych we współpracy z organizacjami pozarządowymi. Rola tych podmiotów jest coraz częściej dostrzegana, a korzyści płynące ze współpracy z sektorem NGO były wyraźnie akcentowane. Jednocześnie formułowane są wysokie oczekiwania wobec roli asystentów, przy jednoczesnej świadomości ograniczeń finansowych i kadrowych, które utrudniają rozwój tej formy wsparcia.

W tle znalazły się „terapia”, „opieka psychologiczna”, „rehabilitacja”, „dostęp do specjalistów”, które wyznaczają granicę między „ogólnymi a specjalistycznymi” usługami, które zdeinstytucjonalizowany system może niekoniecznie gwarantować. To przekłada się na „obawy o jakość” w planowanym rozwiązaniu.

Kluczowym w poprawnej interpretacji uzyskanych opinii jest fakt, że respondenci reprezentują beneficjentów, którym udało się uzyskać pomoc instytucjonalną. Oceniają system z wewnątrz – dostrzegają pewne mankamenty, ale korzystają z dobrodziejstw instytucji, które przez ostatnie 35 lat przechodziły fundamentalne przemiany. Zwieńczeniem tego procesu jest otwieranie się tych instytucji na zewnętrzne podmioty trzecie: wyspecjalizowane firmy, ale także kanalizujące społeczne zaangażowanie organizacje (stowarzyszenia i fundacje).

Należy jednak pamiętać, że pewne ryzyka związane z procesem deinstytucjonalizacji, wskazywane przez respondentów, wymagają uwzględnienia – przede wszystkim dla niektórych beneficjentów pozostanie we własnym środowisku rodzinno-lokalnym oznacza alienację oraz zwiększone prawdopodobieństwo społecznej stygmatyzacji (wzrasta ryzyko upublicznienia szczegółów np. choroby). Z kolei od strony organizacyjnej pozostaje wciąż otwarta kwestia kontroli jakości świadczonych usług społecznych przez znacznie liczniejsze podmioty trzecie – organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej czy wyspecjalizowane firmy.

Perspektywa komplementarna. Kluczowe wnioski z badania

Należy podkreślić, że jest to pierwsza tego typu diagnoza podkarpackiego systemu usług społecznych, przeprowadzona na poziomie wszystkich instytucji współtworzących ten system i przy jednoczesnych próbach uchwycenia perspektywy samych beneficjentów. Złożoność tej przestrzeni instytucjonalnej – wynikająca m.in. z mnogości aktów prawnych określających kompetencje poszczególnych podmiotów, częstych zmian terminologicznych, nakładających się zakresów formalnych zadań oraz lokalnych modyfikacji dostosowanych do specyfiki potrzeb i możliwości – sprawia, że uchwycenie całościowego, a zarazem pogłębionego obrazu tego systemu stanowi poważne wyzwanie analityczne. Jednocześnie wymaga ono unikania uproszczonych uogólnień, które mogłyby prowadzić do trywializacji wniosków. W związku z tym, zaproponowano arbitralną operacjonalizację usług społecznych w postaci trzech zbiorczych kategorii, a same analizy zarówno wyników ilościowych, jak i jakościowych, przeprowadzane były przekrojowo, aby możliwe było wskazanie kierunków i charakteru działań na wciąż wstępnym etapie deinstytucjonalizacji.

Szeroka i możliwie pełna dostępność usług społecznych, świadczonych na odpowiednim poziomie jakościowym, w lokalnym środowisku społecznym stanowi rdzeń idei deinstytucjonalizacji, w praktyce odciążając instytucje, które powinny skoncentrować się na obsłudze beneficjentów, którzy nie są już w stanie funkcjonować w jakikolwiek sposób samodzielnie. Z perspektywy instytucjonalnej jest to więc wsparcie dla samych jednostek pomocy społecznej, które w związku z procesami demograficznymi są w coraz większym stopniu zagrożone przeciążeniem (co nieuchronnie prowadzi do spadku jakości świadczonych usług). Z perspektywy beneficjentów to możliwość korzystania z usług społecznych, które dotychczas były dla nich niedostępne ze względu na ograniczoną liczbę instytucji i ich możliwości obsługi. W tym rozumieniu deinstytucjonalizacja w żadnym stopniu nie powinna oznaczać rezygnacji z dorobku i doświadczeń systemu instytucjonalnego, który kształtował się i rozwijał przez ostatnie 35 lat. Aczkolwiek, co już zaznaczano w niniejszym opracowaniu, instytucje te będą adaptowały się poprzez chociażby współpracę z podmiotami trzecimi. Jest to, jak się zdaje, najskuteczniejszy model transferu wiedzy, doświadczeń i standardów w sytuacji obserwowanych i przewidywanych braków kadrowych.

Analiza zasobów kadrowych jednostek pomocy społecznej w województwie podkarpackim ujawnia istotny potencjał do rozwoju usług w duchu deinstytucjonalizacji. Blisko połowa kadry specjalistycznej posiada już

doświadczenie pracy poza strukturą placówki, co w przyszłości może ułatwić przeniesienie środka ciężkości na usługi lokalne, domowe i środowiskowe.

Ponadto opiekunowie i pracownicy socjalni są kluczowym zasobem, który może zostać wykorzystany w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych. Stanowią oni fundament obecnego i przyszłego systemu usług społecznych, który ma być oparty na indywidualnym podejściu, wsparciu środowiskowym i decentralizacji usług. Ich liczebność, doświadczenie, kompetencje i gotowość do działania w terenie czynią ich kluczowymi aktorami w procesie deinstytucjonalizacji. Odpowiednie inwestycje w ich rozwój, rolę koordynacyjną i warunki pracy są warunkiem skutecznego wdrażania tego procesu.

Analizując otrzymane dane można wyróżnić trzy typy jednostek o różnym profilu w zależności od modelu pracy specjalistów:

- placówki instytucjonalne, w których wyraźnie dominuje praca w placówce (DPS, placówki opiekuńczo-wychowawcze, schroniska i noclegownie),
- jednostki uniwersalne i koordynujące, które cechuje wysoka elastyczność działania oparta na łączeniu pracy w placówce i w terenie w różnych proporcjach (OPS, CUS, MOPR, PCPR),
- wreszcie, placówki o środowiskowym charakterze (mieszkania treningowe i wspomagane, placówki wsparcia dziennego, środowiskowe domy samopomocy, WTZ czy ZAZ).

Wyniki przeprowadzonej diagnozy jednoznacznie wskazują, że podkarpacki system instytucjonalnej pomocy społecznej koncentruje się przede wszystkim na świadczeniu usług opiekuńczych i specjalistycznych. Pozostałe formy wsparcia rozwijane są w ograniczonym zakresie, zazwyczaj jako odpowiedź na bieżące, lokalnie zidentyfikowane potrzeby i dostępne zasoby. Usługi aktywizacyjne realizują głównie wyspecjalizowane placówki, natomiast wsparcie społeczne pozostaje marginalne. Obszar usług wsparcia jest dobrym polem do wdrażania deinstytucjonalizacji w jednym z jej wymiarów, rozumianym jako rozwój usług świadczonych przez podmioty spoza wąsko rozumianego sektora pomocy społecznej takie jak np. organizacje pozarządowe. Ponadto w skali województwa instytucje oferują szeroką gamę usług społecznych jednak dostępność większości z nich jest ograniczona i zróżnicowana nawet w ramach jednostek tego samego typu.

Co szczególnie ważne, przedstawiciele podkarpackich jednostek pomocy społecznej mają pozytywne nastawienie do rozwoju usług społecznych w środowisku lokalnym beneficjentów i upatrują w tym szansę dla swoich placówek. Jednak, pomimo raczej pozytywnego nastawienia samych jednostek, większość z nich nie dysponuje odpowiednimi środkami na rozwój usług w środowisku życia osoby potrzebującej. Niedofinansowanie stanowi

istotną barierę ograniczającą skalę i jakość wsparcia, a także utrudnia zatrudnianie wykwalifikowanej kadry, finansowanie transportu i zapewnienie dostępu do usług specjalistycznych poza instytucją. W praktyce więc deinstytucjonalizacja nie może odbywać się wyłącznie na bazie samych instytucji, jak też nie kosztem tych instytucji.

Z kolei dla samych beneficjentów podkarpackich instytucji świadczących usługi społeczne deinstytucjonalizacja oznacza raczej destabilizację – przy braku szerszej kampanii informacyjnej potencjalni beneficjenci oceniają zero-jedynkowo, obawiając się, że jakość uzyskiwanego wsparcia spadnie w nowej rzeczywistości, gdzie wszyscy będą na nowo uczyli się swoich ról i zakresów odpowiedzialności, przy jednoczesnym chronicznym braku środków finansowych.

Odpowiedzią na te obawy powinno być informowanie o tym, że deinstytucjonalizacja jest naturalnym procesem rozwijania, ale też systematyzowania dalszej współpracy pomiędzy instytucjami wsparcia a podmiotami trzecimi. Podstawową zasadą jest tu coś na kształt triażu (med. triage), czyli procedura efektywniejszej oceny potrzeb beneficjentów: mogący korzystać ze świadczonych usług społecznych we własnych środowiskach rodzinnych i lokalnych nie obciążają systemu instytucjonalnego, który może dzięki temu objąć opieką specjalistyczną faktycznie potrzebujących. Respondenci nieświadomie o tym mówili, wspominając że niektórzy nie powinni być umieszczani jeszcze w instytucjach, bo są w miarę sprawni i mogliby wciąż funkcjonować we własnych domach. Nie łączyli tego jednak z deinstytucjonalizacją, która jawiła im się jako system zastępujący, a nie usprawniający, istniejące rozwiązania. Centrum usług społecznych może i powinno pełnić rolę podmiotu realizującego ów triaż. Odpowiednio przeszkolony personel (głównie empatia, kompetencje miękkie oraz wiedza na temat zasobów i możliwości podmiotów trzecich oraz instytucji) mógłby w tym rozwiązaniu stanowić odpowiedź na często formułowany zarzut o „brak informacji” na temat dostępnych usług społecznych.

Zidentyfikowane warunki wstępne procesu deinstytucjonalizacji wraz z potencjalnymi ryzykami, przemawiają za możliwie pilnym wdrożeniem pierwszego etapu – czyli tworzeniem centrów usług społecznych. Sam proces deinstytucjonalizacji w województwie podkarpackim powinien być jednak stale monitorowany, nie tylko pod kątem formalnych wskaźników i standardów jakościowych, ale także opinii potencjalnych beneficjentów oraz doświadczeń zarówno instytucji, jak i podmiotów trzecich, czyli przedsiębiorstw i organizacji społecznych, które będą świadczyły usługi społeczne w środowiskach lokalnych beneficjentów.

Spis wykresów

Wykres 1 Średnie zaangażowanie w trzy kategorie usług w podziale na typ jednostki	20
Wykres 2 Poniższy wykres prezentuje liczbę dostępnych usług dla czterech progów dostępności: w co najmniej jednej jednostce, w co najmniej 25% jednostek, co najmniej 50% jednostek i w co najmniej ¾ jednostek danego typu	28
Wykres 3 Czy Państwa zdaniem usługi realizowane poza instytucją, w środowisku/domu osoby potrzebującej wpływają na ogólne funkcjonowanie placówki?	33
Wykres 4 Jak oceniają Państwo finansowe możliwości realizacji zadań placówki w kontekście świadczenia usług społecznych w środowisku/domu osoby potrzebującej?	38
Wykres 5 Czy w roku 2023 Państwa placówka finansowała podnoszenie kwalifikacji/szkolenia w obszarze usług realizowanych poza instytucją, w domu/środowisku osób potrzebujących. Prosimy również o wskazanie Państwa planów na przyszłość w danym aspekcie	39

Spis tabel

Tabela 1 Rodzaje i liczba zbadanych jednostek pomocy społecznej	8
Tabela 2 Kategorie i liczba beneficjentów z którymi przeprowadzono wywiady indywidualne	9
Tabela 3 Udział specjalistów wg formy świadczenia pracy	13
Tabela 4 Liczba specjalistów wg rodzaju oraz ich udział w poszczególnych formach świadczenia pracy	14
Tabela 5 Liczba specjalistów oraz ich udział w poszczególnych formach świadczenia pracy w podziale na rodzaje placówek	17
Tabela 6 Średni poziom zaangażowania w trzy kategorie usług, gdzie % oznacza odsetek jednostek wysoko lub bardzo wysoko zaangażowanych, zaś śr. to średni poziom zaangażowania na skali od 1 do 5	21
Tabela 7 Ilość i odsetek badanych jednostek świadczących daną usługę oraz liczba obsłużonych osób w podziale na usługi	23
Tabela 8 Rodzaje usług świadczonych przez ośrodki pomocy społecznej w tym MOPR i CUS (OPS), powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR), placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym ośrodki interwencji kryzysowej (PSP), placówki opiekuńczo-wychowawcze (POW), domy pomocy społecznej (DPS).	

Wartość procentowa to odsetek jednostek danego rodzaju oferującą usługę danego typu	24
Tabela 9 Rodzaje usług świadczonych przez warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), centra integracji społecznej(CIS), kluby integracji społecznej (KIS), kluby samopomocy (KS). Wartość procentowa to odsetek jednostek danego rodzaju oferującą usługę danego typu	25
Tabela 10 Rodzaje dostępność usług świadczonych przez środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy (DDP), placówki wsparcia dziennego (PWD), mieszkania treningowe i wspomagane (MTiW), schroniska dla osób bezdomnych i schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, ogrzewalnie, noclegownie(SCHR). Wartość procentowa to odsetek jednostek danego rodzaju oferującą usługę danego typu	26
Tabela 11 Zapotrzebowanie na usługi w domu/środowisku- odsetek jednostek wskazujących na zapotrzebowanie wysokie i bardzo wysokie oraz średnia ocena zapotrzebowania	29
Tabela 12 Czynniki utrudniające realizację zadań w środowisku/domu osoby potrzebującej, gdzie % oznacza odsetek jednostek, które wskazały na wysoki lub bardzo wysoki wpływ czynnika, a Wpływ to średnia ocena wpływu czynnika na skali od 1 do 5.	34

Spis rysunków

Rysunek 1. Rozkład wątków dotyczących usług specjalistycznych i opiekuńczych	44
Rysunek 2. Rozkład wątków dotyczących usług wsparcia	48
Rysunek 3. Rozkład wątków dotyczących usług aktywizacji społeczno-zawodowej	52
Rysunek 4. Rozkład wątków dotyczących kwalifikacji i kompetencji personelu podkarpackich instytucji wsparcia	57
Rysunek 5. Wątki ujawniające się w odpowiedziach na temat deinstytucjonalizacji	59
Rysunek 6. Dominujące wątki w postrzeganiu podkarpackiego systemu usług społecznych	62