

t. L, numer tematyczny 2/2023 DOI: 10.5604/01.3001.0054.1740

O MOŻLIWOŚCIACH I WARUNKACH EFEKTYWNEJ DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

ON THE POSSIBILITIES AND CONDITIONS FOR EFFECTIVE DEINSTITUTIONALIZATION OF CARE SERVICES

Stanisława Golinowska

ORCID: 0000-0002-6812-5972

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

*e-mail: s.golinowska@ipiss.com.pl

Abstract: This article is intended to provide an insight into the first steps in the process of deinstitutionalisation of social services for dependent people in Poland, who have so far lived in traditional residential institutions. This was based on participation in a qualitative study by IPiSS as part of a pilot on the implementation of mechanisms and plans for deinstitutionalisation of social services. The main aim of the article is to formulate conclusions with reference to similar deinstitutionalisation processes in other, mainly European, countries on the basis of evaluation studies. This is a selective review, for two reasons. It deals only with the four groups of dependants with the highest levels of formal residential care: (a) children, (b) people with disabilities, (c) people with mental disorders and (d) the elderly. It also focuses particularly on the economic and management determinants of the actions taken that make them effective.

The findings of this review highlight that successful denationalisation tends to be a costly process and involves people with greater capacity to live independently outside the institution. Moreover, when it is done in those local conditions where access to resources is easier: infrastructure, housing, financial and human resources, and local authorities have an adequate and long-term plan of action and a coordinating institution.

All in all, deinstitutionalisation is a process of re-institutionalisation; existing care institutions are transformed, but only a certain proportion of residents take up independent living in their environment.

Keywords: deinstitutionalisation, social services, disability, dependency, residential care, community care

Authors' affiliation: Institute of Labour and Social Affairs

* 01-022 Warszawa, ul. Bellottiego 3B, tel. (22) 53-67-511, e-mail: sekretariat@ipiss.com.pl

Abstrakt: Artykuł ma charakter poglądowy, aczkolwiek z wykorzystaniem wiedzy o wynikach badań o pierwszych krokach dotyczących przebiegu procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych adresowanych do osób niesamodzielnych w Polsce, żyjących dotychczas w tradycyjnych placówkach stacjonarnych. Podstawą było uczestnictwo w jakościowych badaniach IPiSS w ramach pilotażu o wdrażaniu mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych. Głównym celem artykułu jest sformułowanie wniosków z odniesieniem do analogicznego procesu deinstytucjonalizacji w innych krajach, głównie europejskich na podstawie przeglądu badań ewaluacyjnych. Jest to przegląd wybiórczy, z dwóch powodów. Dotyczy tylko czterech grup populacyjnych, o największej skali formalnej opieki stacjonarnej w sytuacji niesamodzielności: (a) dzieci, (b) osób niepełnosprawnych, (c) z zaburzeniami psychicznymi i (d) w podeszłym wieku.

Ponadto koncentruje się przede wszystkim na uwarunkowaniach ekonomiczno-zarządczych podejmowanych działań, które powodują, że są one efektywne. Wnioski z tego przeglądu zwracają uwagę na to, że skuteczna deinstytucjonalizacja jest raczej procesem kosztownym i dotyczy osób o większych możliwościach samodzielnego życia poza instytucją. Ponadto dokonywana jest w tych warunkach lokalnych, w których łatwiejszy jest dostęp do zasobów: infrastrukturalnych, mieszkaniowych, finansowych i ludzkich, a wódatarze lokalni mają odpowiedni i długookresowy plan działania oraz instytucję koordynującą.

W sumie – deinstytucjonalizacja jest procesem reinstytucjonalizacji; dotychczasowe instytucje opiekuńcze ulegają przekształceniom, a tylko pewna część pensjonariuszy podejmuje życie samodzielne w swoim środowisku.

Słowa kluczowe: deinstytucjonalizacja, usługi społeczne, niepełnosprawność, niesamodzielność, opieka stacjonarna, opieka środowiskowa

WPROWADZENIE

Deinstytucjonalizacja jest procesem politycznym i społecznym, którego celem jest przejście od opieki instytucjonalnej i innych izolujących oraz segregujących środowisk do niezależnego życia osób posiadających ograniczenia w osiągnięciu samodzielności życiowej, wymagających nadal wsparcia i usług opiekuńczych. Przyjmuje się, że osoby te mogą znaleźć miejsce lepszego życia i potrzebne wsparcie w środowisku lokalnym w otoczeniu rodzinnym i/czy sąsiedzkim.

Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych jest postulatem, który już kilka dekad kształtuje poglądy i działania międzynarodowych organizacji (ONZ, WHO, Unicef, Komisja Europejska) oraz opiniotwórczych środowisk eksperckich w dziedzinie praw człowieka, wsparcia socjalnego i ochrony zdrowia. Obecna jest także w krajowych programach socjalnych w państwach zamożniejszych, np. w Kanadzie, USA, Wielkiej Brytanii czy w zachodnich krajach europejskich. Wchodzi na wokandę także w krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Postulat ten obudowany argumentami natury aksjologicznej, dotyczącej równych praw i pełnego respektowania potrzeb ludzi z ograniczeniami samodzielności życiowej nie zawsze znajduje odpowiedź w dostatecznie zbadanych i przeanalizowanych warunkach o realnych możliwościach jego realizacji. Realność postulatu w gruncie rzeczy schodzi na dalszy plan wobec eksponowania normatywnego wymiaru koncepcji.

Pojawia się przy tym *a priori* założenie, że deinstytucjonalizacja, zmniejszając wydatki publiczne na usługi opiekuńcze ludzi w instytucjach, zmniejszy także całkowite wydatki w tej dziedzinie. Przebudowa zbiorowych instytucji opiekuńczych jest uzasadniana zwykle wyższymi kosztami funkcjonowania dużych całodobowych placówek opiekuńczych w porównaniu z siecią mniejszych i quasi-rodzinnych. Tymczasem doświadczenia procesów deinstytucjonalizacji nie potwierdzają tego założenia. Co więcej, teoretyczne modele kosztów opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi ukazują logiczną zależność kosztów od rodzaju i stopnia samodzielności, z czym związany jest rodzaj opieki (Jackson, 1998). Wraz z rosnącą niesamodzielnnością w związku z procesami starzenia i niepełnosprawności, rośnie potrzeba stałej opieki świadczonej w specjalistycznych instytucjach; szpitalach oraz ośrodkach opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Prowadzenie tych instytucji jest kosztowne, a w przypadku wysokiej skali niesamodzielnności koszty rosną wykładniczo.

Obniżanie kosztów opieki pozostaje w zależności od wzrostu samodzielności populacji. Osiąga się ją w długim okresie w wyniku odpowiedniej polityki zdrowia publicznego, a szczególnie promocji i motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia i aktywności.

Argument finansowy, mimo że teoretycznie fałszywy, bywa niejednokrotnie decydujący w praktyce podejmowania działań w kierunku przebudowy instytucji opiekuńczych. Tymczasem z przekrojowych analiz porównawczych wynika wniosek o potrzebie wzrostu nakładów na deinstytucjonalizację w celu przystosowania podopiecznych do samodzielności, zakładając zasadnie korzystny efekt podjętego działania w odniesieniu do populacji zdolnej do samodzielności w sprzyjających warunkach, umożliwiającą niezależność.

W artykule¹ wskazano i omówiono przeglądy badań na temat efektów (efektywności) podjętych działań deinstytucjonalizacyjnych. Pojęcie efektywności oznacza tu zarazem skuteczność podjętego zadania w perspektywie indywidualnej, dotyczącej zarówno poprawy jakości życia, jak i efektywności kosztowej instytucji publicznej finansującej realizację zadania. Wiedza na ten temat może uchronić od błędów popełnianych przez działania nierozważne, podyktowane polityczną czy ideologiczną presją, bez uwzględnienia potrzeby zapewnienia odpowiednich zasobów i mechanizmów ich udostępniania w dłuższym okresie samodzielnego życia osób z ograniczeniami w tej dziedzinie. Nieudane działania mogą przynieść więcej niekorzyści (a nawet wyrządzić indywidualne szkody) niż te, które występują w dotychczasowych, chociaż uciążliwych warunkach.

KONCEPCJA ANALIZY MOŻLIWOŚCI

Oczywistą podstawą analizy możliwości do samodzielnego życia ludzi jest koncepcja Amartyi Sena zwana *capability approach* (Sen, 1985 i 1993). Opiera się na kilku założeniach dotyczących człowieka i jego aktywności:

- każdy posiada możliwości do działania,
- indywidualne możliwości człowieka w danym czasie są zróżnicowane,
- zdolności do przekształcania możliwości w wartościowe działania są różne,
- czynniki, które uruchamiają posiadane możliwości i prowadzą do dobrostanu (*wellbeing*) są wielowariantowe, mają zarówno charakter materialny, jak i niematerialny,
- troską działań publicznych powinna być także kształtowanie i dystrybucja możliwości ludzi, aby dokonywał się rozwój (*human development*).

Z przyjętych założeń podejścia Sena zastosowanych do uruchomienia procesu deinstytucjonalizacji wynikałoby, że proces ten nie powinien obejmować ludzi w instytucjach *an bloc*, ponieważ ich indywidualne zdolności do samodzielnego życia są różne. Istotna jest więc ocena ludzi pod względem ich realnych możliwości; potrzebna jest weryfikacja (selekcja). W konsekwencji nie chodziłoby *de facto* tylko o proces deinstytucjonalizacji, lecz systematycznej weryfikacji ludzi w instytucjach i wyprowadzaniu z nich tych, którzy posiadają indywidualne zdolności do samodzielnego życia lub mogą je rozwijać w procesie edukacyjno-rehabilitacyjnym poza instytucją. Ten aspekt nie zawsze bywa artykułowany dostatecznie wyraźnie, ale w praktyce typowanie osób do samodzielnego życia *de facto* ma miejsce. Narzędziem do takiej procedury mogłyby być (i niekiedy są stosowane) plany deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych. Z oglądu dotychczasowej realizacji planów (IPiSS, 2023) wynika, że jeszcze nie pełnią funkcji, którą można by nazwać orzeczniczną, podobną do analogicznej, pełnionej w systemie orzecznictwa inwalidzkiego o zdolności do pracy czy w ocenie samodzielności do codziennego funkcjonowania (Golinska, 2012).

Sporządzane plany są skierowane do instytucji lokalnych nastawionych na rozpoznanie ogólnych potrzeb oraz zasobów środowiskowych koniecznych do zainicjowania procesu deinstytucjonalizacji. Nie ma w nich jeszcze wskazań, jakie i wobec jakich osób indywidualnie lub grupowo (wg jakich kryteriów) podjęte będą działania zwiększające ich zdolność do samodzielnego życia w środowisku. I co szczególnie istotne – plany deinstytucjonalizacji nazywane są jednocześnie planami rozwoju usług społecznych. Jeśli tak, to powinny objąć swym zakresem działania także proces usamodzielniania osób zarówno wychodzących z instytucji, jak i osób, które do tych instytucji nie powinny trafić, gdyby w środowisku zaoferowano im działania edukacyjno-rehabilitacyjne oraz wsparcie społeczne.

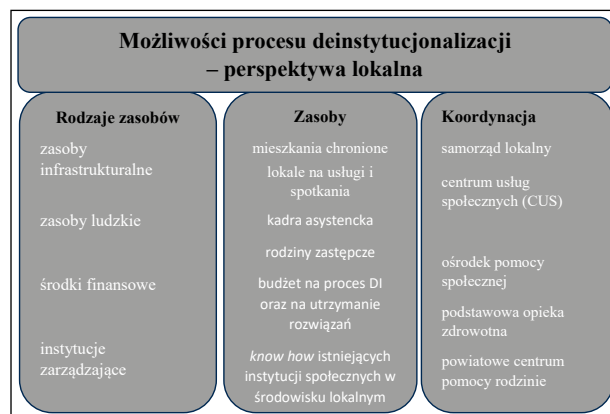
DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG SPOŁECZNYCH W ŚRODOWISKU LOKALNYM

Wykorzystanie koncepcji możliwości do podjęcia procesu deinstytucjonalizacji zwraca uwagę nie tylko na zdolności indywidualnych osób do samodzielnego życia, lecz także na możliwości lokalnego środowiska, do którego trafić ma osoba dotychczas przebywająca w instytucji, aby podjąć w nim samodzielne życie. To pole rozpoznania oraz analizy było głównym przedmiotem zrealizowanego w IPiSS pilotażu nt. wdrażania mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych, który był inspiracją do dyskusji i rozważań tego artykułu.

Na poniższym schemacie wskazane zostały główne warunki uzasadniające podjęcie procesu deinstytucjonalizacji w praktyce działań lokalnych. W pierwszej kolumnie sklasyfikowano, a w drugiej wylistowano podstawowe konkretne zasoby lokalnego środowiska: odpowiednia infrastruktura (mieszkania chronione i inne w gestii władz lokalnych), ludzie z odpowiednimi kwalifikacjami, wspierający czy asystujący samodzielnemu życiu osób z ograniczeniami w tej dziedzinie, środki finansowe na utrzymanie zasobów oraz wsparcie materialne dla opiekunów i podopiecznych. W ostatniej kolumnie wskazano potencjalnego koordynatora procesu deinstytucjonalizacji. Potrzebna jest bowiem lokalna instytucja, która uruchomi proces i będzie go nadzorować, a jednocześnie wspierać jego adresatów w drodze do sa-

modzielności. Na poziomie lokalnym mamy kilka instytucji, które, odpowiednio wzmocnione, mogłyby pełnić funkcje koordynatora. Mogłyby to robić następujące instytucje:

- samorząd lokalny *per se* – z pełnomocnikiem ds. deinstytucjonalizacji,
- centra usług społecznych (CUS) – nowa instytucja lokalna utworzona z zamiarem sprawowania funkcji koordynacyjnej,
- ośrodek pomocy społecznej,
- podstawowa opieka zdrowotna,
- powiatowe centra pomocy rodzinie.



Doświadczenia z procesu wdrażania nowej regulacji polityki społecznej, dotyczącej sposobu zarządzania sprawami socjalnymi na poziomie lokalnym, czyli ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych (CUS)², dowodzą, że funkcje koordynacyjne przyjmują głównie przekształcane ośrodki pomocy społecznej (OPS). Badania pilotażowe (IPiSS, 2023) wskazują, że możliwości koordynacyjne tych przekształcanych instytucji są jeszcze ograniczone, chociaż to ośrodki pomocy społecznej mają najlepsze rozeznanie problemów socjalnych związanych z ograniczeniami samodzielności życiowej mieszkańców. Największym problemem funkcjonowania CUS, ukształtowanego na bazie OPS, jak sugerują respondenci i obserwatorzy, jest pomieszanie funkcji koordynacyjnych w sprawach deinstytucjonalizacji szerokiego zakresu świadczenia usług społecznych w środowisku lokalnym z funkcją zarządczą w zakresie świadczenia usług dla swoich dotychczasowych podopiecznych. Koordynator z CUS/OPS nie ma formalnego dostępu do instytucji z obszaru ochrony zdrowia, rynku pracy, oświaty i wychowania. Relacje nieformalne, które bywają stosowane, nie zapewniają efektywności działań w dłuższym okresie. Nie mają też odpowiednich do tego zasobów: kadry z odpowiednimi kwalifikacjami i środków finansowych. Cierpi na tym albo opieka nad swoimi dotychczasowymi podopiecznymi albo pożądanego wykonywanie funkcji koordynacyjnych.

O DOŚWIADCZENIACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Od pewnego czasu pojawiają się publikacje, opisujące wyniki badań ewaluacyjnych oraz raporty z oglądu i analizy podjętego procesu deinstytucjonalizacji, a także odpowiednie przeglądy literatury, porównujące wyniki i podejmujące próby uogólnień. Prace te najczęściej obejmowały ewaluację programów deinstytucjonalizacji osób żyjących w instytucjach, a następnie przeniesionych do życia w środowisku, w rodzinie, a nawet samodzielnie. Dotyczyły głównie: (a) dzieci pozbawionych opieki rodziciel-

skiej, (b) osób z niepełnosprawnościami, (c) osób starszych żyjących w domach pomocy oraz (d) osób z zaburzeniami psychicznymi, opuszczających zamknięte ośrodki psychiatryczne (Golinowska, 2022).

Dzieci

Zastępowanie zbiorowych instytucji dla dzieci rozwiązaniami rodzinnymi lub *quasi*-rodzinnymi znajduje mocne podstawy teoretyczne w psychologii i psychiatrii. Sformułowana i rozwijana przez brytyjskich psychologów teoria przywiązania (Bowlby i Ainsworth) wskazywała na fundamentalną rolę indywidualnych opiekunów (rodziców) w poczuciu bezpieczeństwa niezbędnego w pełnym psychofizycznym rozwoju dziecka.

Niemowlęta i dzieci dostosowują się psychologicznie i behawioralnie do zapewnienia (lub braku) bezpiecznej bazy. Te adaptacje zostały opisane przez Mary Ainsworth w kategoriach jakości przywiązania – bezpiecznego lub wersji niepełnych (Ainsworth i in., 1978). Z biegiem lat w wyniku eksperymentów empirycznych teoria przywiązania ewaluowała, uwzględniając zróżnicowania i odstępstwa od typowej ścieżki rozwojowej dzieci.

Wiedza o potrzebach rozwojowych niemowlęcia i małego dziecka przyczyniła się do postulatów i zaleceń zapewniania opieki rodzinnej i *quasi*-rodzinnej zawartych w programach ONZ dotyczących praw dziecka. Przyjęto, w oparciu o teorię przywiązania i dowody empiryczne, że prawidłowy rozwój dziecka jest najbardziej prawdopodobny dzięki opiece rodzinnej, a nie instytucjonalnej. W konsekwencji, w różnych miejscach na całym świecie podejmowane są wysiłki na rzecz utrzymania jedności rodziny. Jeśli nie jest to możliwe, to podejmowane są starania zorganizowania opieki tymczasowej z odpowiednimi członkami dalszej rodziny do czasu ponownego połączenia. Jeśli zostanie to uznane za niewłaściwe (na przykład w przypadkach dysfunkcji w rodzinie biologicznej), najbardziej odpowiednią opcją może być opieka nad dzieckiem w rodzinie zastępczej.

Paradygmat związany z utrzymaniem rodziny, gdy ma do wychowania dzieci, jest w praktyce najtrudniejszy do właściwego zastosowania. Niekiedy przestania dobro dziecka, a rodzice mogą je krzywdzić³. Z kolei, gdy rodzice popadają w uzależnienia, mają zaburzenia psychiczne czy w dłuższym czasie są poza domem (pobyt w zakładach karnych, a także trwała emigracja i nowe związki), spajanie rodziny jest wysiłkiem raczej beznadziejnym. Tym niemniej jest podejmowany i w pojedynczych przypadkach skuteczny, szczególnie gdy problemy rodzinne związane są głównie z ubóstwem i niezaradnością (np. gdy rodzice są zbyt młodzi). Programy edukacji rodziców, wsparcie ich w trudnych sytuacjach bytowych oraz praca socjalna z rodziną stanowią najskuteczniejszą metodę zapobiegania wychowywaniu dzieci w rodzinach zastępczych i w instytucjach. Dowody na to znajdujemy, m.in. w badaniach amerykańskich i brytyjskich, zwracających uwagę na to, że jest to bardzo poważna inwestycja w ludzi (Davidson i inni).

W 2013 r. Komisja Europejska (European Commission, 2013) dołączyła z programami opieki nad dziećmi pozbawionymi opieki rodzicielskiej. Sformułowane zostały kierunkowe zalecenia. W dokumencie tym akcentowano tę funkcję deinstytucjonalizacji, która przyczynia się do ograniczenia ubóstwa i marginalizacji społecznej dzieci. Zaproponowano zestaw wskaźników, monitorujących proces ubóstwa i ubożenia dzieci, depryzację potrzeb, zakres

uczestnictwa w edukacji i rekreacji, sytuację życiową rodziców biologicznych oraz ich potencjał rodzicielski i opiekuńczy. W 2020 r. opublikowano raport o postępie procesu deinstytucjonalizacji dzieci z domów dziecka i stopnia rozwoju form alternatywnych: rodzin zastępczych, rodzinnych domów dziecka, a także powrotu do rodziców biologicznych, którzy poddani procesom resocjalizacji z powodzeniem przeszli tę drogę. Próby i eksperymenty w pracy resocjalizacyjnej z rodzicami miały relatywnie niską skuteczność, ale zdarzały się sukcesy.

Równolegle rozpoczęto badania ewaluacyjne realizowanych programów deinstytucjonalizacji domów dziecka i rozwijania rozwiązań alternatywnych dla opuszczonych dzieci; przede wszystkim rodzinnej pieczy zastępczej i rodzinnych domów dziecka. Raporty opisujące i oceniające podjęty w wielu krajach proces ograniczania lokowania dzieci pozbawione opieki rodzicielskiej w tradycyjnych domach dziecka (np. Eurochild, 2014; Duschinsky i in., 2020; Harlow, 2022) zwracają uwagę na ograniczenia finansowe i ludzkie (deficyt chętnych do sprawowania funkcji rodzicielskich i pracy socjalnej) rozwoju rozwiązań alternatywnych odpowiednio dobrej jakości. Spektakularny postęp w procesie deinstytucjonalizacji dokonał się w krajach postkomunistycznych (Bułgaria, Rumunia, Mołdawia, Azerbajdżan), w których dzieci opuszczone żyły głównie w dużych domach dziecka (Unicef, 2018).

Osoby z niepełnosprawnościami

Przełomem w podejmowaniu działań sprzyjających samodzielnemu życiu osób z niepełnosprawnościami było powszechne przyjęcie Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities). Zapisy Konwencji oraz towarzyszące jej dokumenty są radykalne; osoby z niepełnosprawnościami mają równe prawa, a rządy oraz lokalne społeczności muszą stworzyć warunki, aby można było je wdrażać. Konwencja całkowicie odrzuca wariant życia osób z niepełnosprawnościami w instytucjach⁴. W ślad za tym opracowane zostały liczne dokumenty europejskie przygotowane przez grupy ekspertów oraz agencje, formułujące zalecenia bardziej praktyczne i dotyczące specyficznej sytuacji w niektórych krajach członkowskich UE (Ad Hoc Expert Group, 2009; European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012; European Union Agency for Fundamental Rights, 2012; 2017; 2018). W związku z tak radykalnym stanowiskiem w sprawie deinstytucjonalizacji, każda osoba z niepełnosprawnościami powinna mieć indywidualny plan wyjścia z instytucji, będący podstawą działań wdrożeniowych (CRPD, 2022).

Procesy deinstytucjonalizacji osób z niepełnosprawnościami podjęte w wielu krajach były przedmiotem bogatych już badań i analiz. Dotyczyły różnych grup osób ze względu na rodzaj niepełnosprawności. Stosunkowo często badaniami obejmowano osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Wnioski wielu badań były zbliżone i dotyczyły ostrożności z podejmowaniem działań bez zabezpieczenia środków finansowych (np. Mansell i in., 2007; Beadle-Brown i Kozma, 2007; May i in., 2019). Małe placówki i rozwiązania indywidualne wymagają w praktyce nowych inwestycji: zbudowania ośrodków w miejscach, w których takich placówek nie było, a suma kosztów rozwiązań pojedynczych może przewyższać koszt dużej placówki, która korzysta z efektu skali.

Natomiast ocena efektów dotyczących jakości życia i zdrowia, jak to identyfikowały przeglądy badań, była raczej pozytywna (McCarron, 2019). Wskaźnik QoL (jakości życia) wskazywał poprawę, aczkolwiek sam proces deinstytucjonalizacji był działaniem wymagającym. Dobry efekt podjętego działania związany był z aktywną obecnością rodziców i opiekunów oraz wsparciem ich w tym działaniu. To oni byli głównym „czynnikiem” powodzenia. Wsparcie dotyczyło pomocy finansowej, dostępu do usług medycznych oraz rehabilitacji.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi

Procesy deinstytucjonalizacji zakładów psychiatrycznych mają na celu przekształcenie długoterminowej opieki psychiatrycznej poprzez zamknięcie lub zmniejszenie liczby szpitali psychiatrycznych, realokację łóżek i ustanowienie kompleksowych usług środowiskowych dla osób z ciężkimi i uporczywymi zaburzeniami psychicznymi.

Efekty rozpoczętego w niektórych krajach już kilka dekad temu przekształceń opieki psychiatrycznej w kierunku zmniejszania szpitali, a nawet ich zamykania i przenoszenia pacjentów do opieki ambulatoryjnej w miejscu ich zamieszkania były przedmiotem badań ewaluacyjnych efektów tego procesu. W głównych badaniach europejskich, obejmujących trzy kraje: Wielką Brytanię, Niemcy i Włochy (Knapp i in., 2011) brano pod uwagę przede wszystkim zmianę jakości życia pacjentów, ale także zmiany organizacyjne i finansowe związane z przekształceniami opieki. Wnioski nie ukazały łatwej drogi i oczywistego sukcesu. Istnieją wprawdzie zasadne argumenty ekonomiczne przemawiające za zamykaniem szpitali psychiatrycznych na rzecz rozwiązań środowiskowych i autorzy badań nie podważali celowości podejmowania takich działań, ale zwracali uwagę na to, że równoważenie opieki między zamkniętą w zakładach a otwartą w środowisku nie przynosi dużych oszczędności. Niekiedy opieka środowiskowa jako wymagająca zindywidualizowanego podejścia i wiele rozproszonych środowiskowo usług może być droższa.

Martin Knapp i współautorzy (2011) zwracali też uwagę na metodologię badań ewaluacyjnych, aby wnioski miały walor rzetelności. Podnosili też potrzebę elastyczności metodologicznej i wrażliwości na zmienność kontekstową. Zauważali, że zawsze istnieje obawa, że działania mogą być podyktowane interesami biznesowymi lub forsowane politycznie czy ideologicznie.

Badacze powinni zadawać pytania o koszty, porównując opiekę środowiskową dla wybranych pacjentów (ich grup) w konkretnym miejscu i o określonym standardzie z opieką w zamkniętym zakładzie, domagając się odpowiednich szacunków, a przynajmniej danych do niego. Powinni przy tym zwracać uwagę na zmieniający się kontekst w czasie i uwzględniać perspektywę długookresową. W poniższej ramce zawarte są przykłady pytań zwracające uwagę na kontekst czasu i miejsca.

Pytania badawcze w projekcie ewaluacyjnym

- A: Czy koszt opieki środowiskowej jest obecnie niższy niż koszt opieki instytucjonalnej?
- B: Czy koszty opieki środowiskowej i instytucjonalnej są wyższe w przypadku osób z większymi problemami klinicznymi, społecznymi lub behawioralnymi, czyli osób o większych potrzebach?
- C: Czy koszt opieki środowiskowej jest niższy od kosztu opieki instytucjonalnej, biorąc pod uwagę potrzeby użytkowników?

- D: Czy gdy koszt opieki środowiskowej jest wyższy niż opieka instytucjonalna, to jest uzasadniony lepszymi wynikami zdrowotnymi i jakości życia, za które warto dodatkowo zapłacić, ponieważ użytkownicy i rodziny osiągają lepszy efekt?
- E: Jak kształtuje się koszt opieki środowiskowej dla osób obecnie objętych opieką instytucjonalną w porównaniu z kosztem opieki dla osób obecnie przebywających w środowisku?
- F: Jak kształtuje się oczekiwany koszt opieki środowiskowej dla osób obecnie objętych opieką instytucjonalną w porównaniu z kosztem ich obecnej opieki szpitalnej?
- G: Jak kształtuje się średni koszt w każdym ze środowisk w miarę przesuwania się równowagi pomiędzy opieką instytucjonalną a środowiskową?

Walorem dalszych badań ewaluacyjnych było wskazywanie nie tylko barier, lecz także ułatwień procesu deinstytucjonalizacji (Cortés i in., 2023; Montenegro i in., 2023). Wśród występujących barier wymienia się przede wszystkim:

- brak planu z odpowiednią perspektywą,
- brak środków na cele przekształceń, jak i trwałego mechanizmu finansowania nowych rozwiązań,
- brak decyzyjnych kierowników całości procesu deinstytucjonalizacji,
- niekompetentna kadra zatrudniona dla przeprowadzenia procesu,
- spreczne interesy stron: zakładu opieki oraz władz i społeczności w środowisku,
- opór ze strony opiekunów/rodziny oraz obawy środowiska.

Ułatwienia (czynniki sukcesu) obejmują:

- dobry i starannie przedstawiony plan (strategię), obejmujący zdiagnozowane potrzeby,
- długoterminowe wsparcie polityczne i finansowe,
- silne przywództwo z określoną koordynacją między sektorami,
- jednoznaczne wskazanie mechanizmu finansowania,
- posiadane zasoby kadrowe: opiekuńcze i zarządzające,
- zróżnicowany udział interesariuszy,
- ambulatoryjne usługi ochrony zdrowia oraz inne usługi społeczne obecne w środowisku.

W podsumowaniu przeglądów ewaluacji procesów deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w szpitalach sformułowana została teza o ograniczonym postępie badań klinicznych w dziedzinie chorób psychicznych i w związku z tym koniecznej ostrożności w zamykaniu zakładów psychiatrycznych. Głosy o ich modernizacji i poprawianiu komfortu pobytu są równie częste jak o ich zamykaniu.

Podczas gdy realizacja polityki deinstytucjonalizacji w wielu krajach doprowadziła do zmiany w terapii chorób psychicznych oraz postępowania wobec chorujących, to w przypadku osób starszych z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi okazało się, że polityka ta nie jest stosowana (Salime i in., 2022). Nie rozwijają się dla nich usługi środowiskowe i nadal dominuje hospitalizacja i zakłady opiekuńcze. Osoby te są w zasadzie wyłączone z polityki deinstytucjonalizacji. Gdy jednak zdarza się, że przechodzą do opieki środowiskowej, to obserwuje się poprawę ich kondycji, a nawet zmniejszenie objawów chorób psychicznych. Autorzy analizy tego procesu (Salime i in., 2022) stawiają wniosek, że rozwój badań w dziedzinie gerontopsychiatrii mógłby wskazywać osoby zdolne do życia w środowisku pod warunkiem możliwości świadczenia dla nich medycznej opieki ambulatoryjnej usytuowanej w pobliżu.

Niesamodzielne osoby starsze

Osoby starsze przebywają w instytucjach nie tylko z powodu oczywistej niesamodzielności. Życie w domach zbiorowego przebywania wybierają także osoby samotne (a nawet pary małżeńskie), gdy tzw. czas na emeryturze ogranicza ich możliwości zaspokajania potrzeb i aktywności życiowej. Wybór dożywania życia w różnych domach „szczęśliwej” starości stał się czynnikiem rozwoju domów opieki dla osób starszych o bardzo różnym standardzie i zakresie funkcji opiekuńczych. Jako że wraz z wiekiem samodzielność życiowa osób starszych ma tendencję spadającą, to zbiorowe domy pobytu przyjmowały także funkcje opieki długoterminowej.

Instytucjonalna opieka długoterminowa rozwijała się przede wszystkim w krajach zachodnich i to przez długie lata. W pewnym momencie domy opieki dla osób starszych przestały być postrzegane jako rozwiązanie przyjazne i właściwe. Zwrócono uwagę na wykluczenie osób starszych z normalnego życia w społeczeństwie. Ba, powstały opinie, że domy dla osób starszych są instytucjami totalnymi według koncepcji Goffmana (Artner, 2018). Zaczęto badać procesy wyboru drogi życiowej osób starszych po przejściu na umowną emeryturę (Loman, 2019), Pandemia COVID-19 dołożyła argumentacji związanej z zagrożeniami zdrowia i życia w domach opieki.

Kurs na deinstytucjonalizację opieki długoterminowej jest w gruncie rzeczy zapobieganiem instytucjonalizacji, dzięki wspieraniu formalnej ścieżki opieki domowej. Wdrożony był w momencie wzrostu dynamiki procesu starzenia i ograniczeń związanych z finansowaniem domów dla osób starszych na odpowiednim poziomie opieki długoterminowej, także z powodu braków pracowników do usług opiekuńczych. W domach tych w coraz większej skali przebywają osoby z ograniczoną samodzielnością na skutek występowania chorób otępiennych. Szacuje się, że pensjonariusze domów opieki dla osób starszych w przeważającym stopniu cierpią na demencję (np. 60% w Niemczech, 50% w Wielkiej Brytanii).

Przykłady z krajów zachodnioeuropejskich dotyczące dożywania życia przez osoby starsze w warunkach domowych i we własnym środowisku dowodzą, że ścieżka ta jest efektem celowej polityki publicznej, wspierającej finansowo formalną opiekę domową. Osoby starsze i ich rodziny (gdy je mają), podejmując decyzje o opiece długoterminowej, kierują się przede wszystkim możliwościami finansowymi. Utrzymanie własnego domu/mieszkania oraz zakrycie z usług opiekuńczych, a także wzrastającego zakresu – medycznych, bywa indywidualnie opcją droższą niż zbiorowy dom opieki (Loman, 2019). Dlatego rozwiązania w postaci finansowania usług opiekuńczych (np. *via* ubezpieczenia pielęgnacyjne) stanowią zasadnicze narzędzie procesu deinstytucjonalizacji życia osób starszych.

W postsocjalistycznych krajach Europy Środkowej i Wschodniej procesy deinstytucjonalizacji mają inny charakter niż w krajach zachodnioeuropejskich. Jak piszą czeskie badaczki (Kubačková i Havlíková, 2016), nigdy nie osiągnięto wysokiej skali rozwiązań instytucjonalnych, a obecnie, gdy potrzeby osób starszych w tej dziedzinie są rosnące, to następują procesy urynkowania usług opiekuńczych. Wyniki czeskiego badania sugerują, że publiczne wsparcie i dostępność opieki domowej spadły, pomimo stale rosnącej liczby osób starszych i preferencji politycznych dotyczących deinstytucjonalizacji. Co więcej, usługi świadczone w domach opieki nie zdołały dostosować się

do rosnących potrzeb osób starszych w zakresie opieki (np. nieelastyczne harmonogramy, ograniczone zasochłonne świadczenia opiekuńcze, nieodpowiednie kwalifikacje personelu). Sytuacja ta spowodowała niezamierzony skutek: pojawienie się nierejestrowanych, półlegalnych, nastawionych na zys domów opieki, oferujących także opiekę niskiej jakości i złe warunki pracy dla personelu, a także niepodlegających kontroli jakości.

W Polsce proces komercjalizacji długoterminowych usług opiekuńczych w ciągu ostatnich dekad także nabral wysokiej dynamiki (World Bank, 2015). Rynek prywatnych świadczeń jest zróżnicowany; od komfortowych i drogich, do tanich i niskiej jakości, stanowiąc niejednokrotnie zagrożenie zdrowia i życia. W okresie pandemii COVID-19 stacjonarne zakłady opieki dla osób niesamodzielnych były miejscem masowych zakażeń i nadmiernej śmiertelności.

WNIOSKI PRO DOMO SUA

Dotyczące podejmowania procesu deinstytucjonalizacji

Deinstytucjonalizacja jako promowany kierunek w opiece nad osobami niesamodzielnymi trafił na agendę polityki społecznej w Polsce oraz w innych krajach postsocjalistycznych około 20 lat później w porównaniu z Europą Zachodnią i w warunkach istniejącego ciągle dziedzictwa rozwiązań realnego socjalizmu, dynamicznie rosnącej populacji osób niesamodzielnych (w tym szczególnie starszych) i znacznie mniej hojnych środków publicznych przeznaczanych na wspieranie placówek stacjonarnych.

W Polsce i w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej rosnące potrzeby instytucjonalnej opieki dla osób niesamodzielnych z powodu niepełnosprawności i podeszłego wieku rozwijają się obecnie w istotnej skali w systemie placówek komercyjnych i wcale nierzadko poza systemem obowiązujących standardów jakości oraz nadzoru (World Bank Group, 2015; Katona i Zacharenko, 2021). Rozwiązaniem na tym etapie rozwoju byłaby raczej kilkukierunkowa reinstytucjonalizacja niż radykalna rezygnacja z dotychczasowych form stacjonarnych. Możliwe są działania ukierunkowane na:

- Rozwój sieci wielu mniejszych placówek opieki stacjonarnej (na bazie dotychczasowych domów opieki) dla osób o największych potrzebach opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Mimo promowania i wspierania procesu deinstytucjonalizacji, publiczne instytucje opieki stacjonarnej dla różnych grup osób niezdolnych do samodzielności, stanowiąc będą konieczny segment rozwiązań opiekuńczych. Czynnikiem decydującym są procesy demograficzne i przemiany struktur rodzinnych oraz więzi społecznych.
- Tworzenie ośrodków półstacjonarnych – np. na bazie, czy wokół centrów usług społecznych – dla osób potrzebujących nie tyle opieki, co korzystania z usług bytowych i integracyjnych: żywieniowych, zdrowotnych i rehabilitacyjnych, a przede wszystkim umożliwienia kontaktów społecznych. Ten kierunek zasługuje obecnie szczególnie na uwagę w świetle zjawiska nazywanego epidemią samotności. Na zagrożenie samotności dla zdrowia i środowiskowej kondycji społecznej zwraca uwagę ewolucyjna teoria samotności (Cacioppo i Cacioppo, 2018) rozwijana w ostatnich latach jako tzw. neuronauka społeczna (Malon i Okruszek, 2022).
- Wspieranie opieki domowej, prowadzonej w systemie nadzorowanym rodzinnie i sąsiedzko. Wprowadzić

zmniejszający się potencjał opiekuńczy populacji (stosunek liczby osób – lub tylko liczby kobiet – w wieku 45–64 przypadającej na 100 osób w wieku 80 lat i więcej) wpłynie nie tylko na ograniczoną możliwość zaspokojenia potrzeb w obrębie rodziny, lecz także na możliwość ich zaspokojenia poprzez zakup usług na rynku usług opiekuńczych. Deficyt opiekunów i opiekunek na rynku pracy, który już jest w Polsce obecny, w sąsiedzkich krajach zachodnich (Niemcy, Austria, Włochy) jest uzupełniany dzięki imigrantkom, mieszkającym w domach podopiecznych (*live-in care*) i opłacanym w specjalnie tworzonych systemach ubezpieczeń pielęgnacyjnych lub wspieraniu tzw. budżetów domowych na opiekę (Eurofound, 2020).

Deinstytucjonalizacja pojmowana schematycznie i zrojedyunkowo – bez świadomości etapu rozwoju procesów społecznych i instytucjonalnych, może stworzyć nowe problemy społeczne i przynieść poważny wzrost nierówności związanych ze zróżnicowanymi możliwościami dostępu do opieki.

W debacie na temat deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi warto zwrócić uwagę na specyficzne cechy tej populacji w obecnych czasach. Jest to populacja osób pokolenia powojennego, tzw. baby boomers, ze zmodyfikowanymi oczekiwaniami w stosunku do grup urodzonych wcześniej (w Polsce m.in. w wyniku społecznego awansu w PRL). Oczekiwania te dotyczą większej swobody wyboru życia w okresie starości, umożliwiającego:

- wybór miejsca samodzielnego życia, także w instytucji, w której osoba starsza znajdzie specjalistyczną i przyjazną opiekę,
- mobilność dzięki istnieniu środków transportu publicznego i innych warunków mobilności (chodniki, podjazdy, windy),
- integrowanie się dzięki możliwości korzystania z placówek społeczno-kulturalnych oferujących usługi odpowiadające ich zainteresowaniom i możliwościom,
- podejmowanie kształcenia i pracy wolontariackiej,
- podejmowanie zatrudnienia w zakresie odpowiadającym kwalifikacjom.

Dotyczące kosztów deinstytucjonalizacji

Doświadczenia realizacji polityki deinstytucjonalizacji pokazują, że argument niższych kosztów środowiskowych usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych w porównaniu z kosztami funkcjonowania dużych instytucji opieki jest wątpliwy. Owszem, mała placówka jest tańsza niż duża, ale sieć małych placówek może być droższa niż jedna zbiorcza dla tej samej liczby osób (zjawisko niższych kosztów jednostkowych odpowiednio do skali). Ponadto koszty funkcjonowania placówek opiekuńczych istotnie zależą od potrzeb terapeutycznych, które są zwykle wyższe, gdy niesamodzielności towarzyszą problemy ze zdrowiem, wymagające opieki medycznej oraz systematycznej rehabilitacji.

Z dotychczasowych doświadczeń deinstytucjonalizacji w innych krajach wynika, że rozwój sieci opieki wymaga w sumie większej skali nakładów finansowych tak publicznych, jak i prywatnych. Są one zwykle rozproszone i nie zawsze ewidencjonuje się je w całości. Ponadto deinstytucjonalizacja niejednokrotnie wywołuje potrzebę modernizacji placówki stacjonarnej, w której zostają osoby z największymi potrzebami opiekuńczymi i rehabilitacyjnymi. Powstaje wówczas konflikt alokacyjny; między ukierunkowaniem środków na liczne rozproszone rozwiązania

zindywidualizowane i środowiskowe, a opieką stacjonarną, która zwykle wymaga inwestycji modernizacyjnych i remontowych placówki przy respektowaniu odpowiednich standardów jakości wyposażenia i świadczenia usług. Władze lokalne (i krajowe) nie mogą więc oczekiwać, że koszty deinstytucjonalizacji będą niskie. W pewnym zakresie ponosić je będą świadczeniobiorcy. *Nota bene* tę opcję przewiduje polska ustawa o usługach społecznych.

Zrozumienie ekonomicznego wymiaru procesu deinstytucjonalizacji w całej jego złożoności jest podstawą działań odpowiedzialnych. Lokalni interesariusze i nadzorujący budżetem powinni być świadomi konsekwencji podjęcia takiej polityki, porównując możliwe scenariusze na etapie przygotowania planu operacyjnego. Plan taki wymaga ponadto perspektywy długookresowej, uwzględniającej potrzeby opiekuńcze dla konkretnych grup potrzebujących opieki w przyszłości, a także miejscowy kontekst możliwości działań wobec perspektyw rozwoju ekonomicznego oraz sytuacji na rynku pracy w danej lokalizacji.

Niepokój przy tym budzi niepewność dotycząca finansowania samorządów terytorialnych, a to ich budżety będą źródłem środków na rozwój usług opiekuńczych w systemie rozwiązań zdecentralizowanych. Regulacyjną podstawą podjętych działań deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych wobec osób z ograniczeniami samodzielności jest „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” (Uchwała Rady Ministrów z 2022 r.). W strategii nie znajdujemy realnego podejścia do spraw finansowania deinstytucjonalizacji. Zapisano w niej, że „ostateczna wysokość środków przewidzianych do realizacji poszczególnych projektów będzie ustalana corocznie przez Radę Ministrów w trakcie prac nad ustawą budżetową”. Oznacza to brak zdefiniowanych mechanizmów finansowania w długofalowej perspektywie działania, a tylko ograniczenie się do rocznie ustalanych środków w ramach budżetu państwa.

Doświadczenia ostatnich lat wskazują, że projektowanie „ambitnych” kierunkowo celów bez wskazania konkretnych źródeł, mechanizmów oraz skali ich finansowania skutkuje albo brakiem realizacji tych celów, albo dodatkowym obciążeniem odpowiedzialnych za nie instytucji branżowych, kosztem innych ustawowych zadań, albo żywiołową komercjalizację i nierówność w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych.

PRZYPISY/NOTES

¹ Artykuł jest wynikiem kontynuacji badań nt. deinstytucjonalizacji prowadzonych w IPISS. Wstępny tekst autorki, ostrzegający przed skutkami wdrożeń na podstawie uproszczonych, a nawet fałszywych argumentów głoszonych przez orędowników tego procesu, został opublikowany w czasopiśmie „Problemy Polityki Społecznej” (Golinowska, 2022).

² Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019, poz. 7)

³ W Polsce, gdy zaczęły obowiązywać zasady zawarte w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135), to zarówno sądy rodzinne, jak i interwencyjne działania policji oraz służb socjalnych pozostawały pod silnym wpływem paradygmatu dobra rodziny. Nie zawsze dostrzegano fakty krzywdzenia dzieci w dysfunkcyjnej rodzinie biologicznej, co nie rzadko kończyło się dramatycznie. Dyskusja publiczna wokół ujawniania takich przypadków z czasem urealniała podejmowane decyzje wobec rodziców i dzieci w sytuacji dysfunkcji oraz zachowań przemocowych.

⁴ Bardzo jednoznacznie ujmuje to dokument z 2022 r. “Moving people out of institutions. United Nations guidelines”. Dostępny w: <https://www.ohchr.org/en/treatybodies/crpd> [Dostęp: 15.10.2023].

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- Ad Hoc Expert Group, 2009. Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. Brussels; European Commission
- Ainsworth, M.D.S., Bowlby, J., 1991. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331–341.
- Artnr, L., 2018. Materialities in and of Institutional Care for Elderly People. *Frontiers in Sociology*, 3, 30.
- Bowlby, J., 1988. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Casamatta, G., Batté, L., 2016. The Political Economy of Population Aging. *Handbook of the Economics of Population Aging*, 381–444. Dostępny w: <https://hal.science/hal-02520521> [Dostęp: 30.10.2023].
- Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., 2018. Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness. W: J. Olson, red., *Advances in experimental social psychology*, 58, 127–197. Academic Press. Doi: 10.1016/bs.aesp.2018.03.003
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2022. Guidelines on Deinstitutionalisation, including in Emergencies. UN.
- Cortés, C.M., Moller, J.G., Dominguez, M.I., Thomas, F, Ortiz, J.U., 2023. Moving psychiatric deinstitutionalisation forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, E29.
- Davidson, J.C., Milligan, I., Quinn, N., Cantwell, N., Elsley, S., 2017. Developing Family-Based Care: Complexities in Implementing the UN Guidelines for the Alternative Care of Children. *European Journal of Social Work*, 20 (5), 754–769.
- Duschinsky, R., Skinner, G., Reijman, S., 2020. The impact of institutionalisation and deinstitutionalisation on children's development – A systematic and integrative review of evidence from across the globe. Doi.org/10.17863/CAM.47766
- Eurochild, 2014. Deinstitutionalisation and quality alternative care for children in Europe. Lessons learned and the way forward. Working paper. Dostępny w: www.eurochild.org [Dostęp: 11.12.2023]
- Eurofound, 2020. Long-term care workforce: Employment and working conditions. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission, 2013. Inwestowanie w dzieci: przerwanie cyklu marginalizacji], Zalecenie Komisji, Dziennik Urzędowy UE 2013/112/UE.
- European Union Agency for Fundamental Rights, 2012. Choice and control: the right to independent living. Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States. Dostępny w: <https://fra.europa.eu/en/themes/people-disabilities> [Dostęp: 16.10.2010].
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012. Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care.
- European Network for Independent Living for JBS International, 2013. Study on deinstitutionalization of children and adults with disabilities in Europe and Eurasia. US Agency for International Development. Dostępny w: <https://enil.eu/wp-content/uploads/2022/03/Study-on-Deinstitutionalization-of-Children-and-Adults-with-Disabilities-in-Europe-and-Eurasia.pdf> [Dostęp: 16.10.2023].
- European Union Agency for Fundamental Rights, 2017. Country studies for the project on the right to independent living of persons with disabilities: Summary overview of types and characteristics of institutions and community-based services for persons with disabilities available across the EU. Dostępny w: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2017-10-independent-living-mapping-paper_en.pdf [Dostęp: 16.10.2023].
- European Union Agency for Fundamental Rights, 2018. From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Golinowska, S., 2012. Definiowanie niepełnosprawności. W: S. Golinowska, red., *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*. Warszawa: IPISS.
- Golinowska, S., 2022. On the concept of the deinstitutionalisation of care and the measures taken. Possibilities and limits. *Problemy Polityki Społecznej*, 57(3), 215–237.
- Harlow, E., 2021. Attachment Theory: Developments, Debates and Recent Applications in Social Work, Social Care and Education. *Journal of Social Work Practice*, 35(1), 79–91.
- Harlow, E., 2022 Children's Rights, Deinstitutionalisation and the Development of Foster Care Services across the World, *Practice: Social Work in Action*, 34/3, 171–183.
- Häfner, H., an der Heiden, W., 1989. The evaluation of mental health care systems. *British Journal of Psychiatry*, 155, 12–17.
- Jackson, W.A., 1998. *The political economy of population ageing*. Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham i Northampton.
- Jurek, Ł., 2021. Ekonomiczne aspekty deinstytucjonalizacji. W: P. Błędowski, red., *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*. Raport: Warszawa: Koalicja na pomoc niesamodzielnym.
- Katona, N., Zacharenko, E., 2021. The dependency on East-to-West care labour migration in the EU. Addressing Inequalities and Exploitation. Budapest: Office Budapest Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M., 2011. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health & Social Care in the Community*, 19, 113–125.
- Kubalčíková, K., Havlíková, J., 2016. Current Developments in Social Care Services for Older Adults in the Czech Republic: Trends Towards Deinstitutionalization and Marketization, *Journal of Social Service Research*, 42, 2, 180–198.
- Loman R.M.J. 2019. Deinstitutionalisation of Long-term Care for Older Adults. A Comparative Study Between Germany and the Netherlands. Münster: Westfälische Wilhelms Universität.
- Malon, M., Okruszek, Ł., 2022. Trzydzieści lat neuronauki społecznej, *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 23.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J., 2007. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs. Report of a European Study, 2, University of Kent, Canterbury, UK.
- May, P., Lombard Vance, R., Murphy, E. i in. 2019. Effect of deinstitutionalisation for adults with intellectual disabilities on costs: a systematic review. *BMJ Open*, 9, e025736.
- McCarron, M., Lombard Vance, R., Murphy, E. i in. 2019. Effect of deinstitutionalisation on quality of life for adults with intellectual disabilities: a systematic review. *BMJ Open*, 9, e025735.
- Mental Health Europe, 2017. Mapping and Understanding. Exclusion in Europe.
- Montenegro, C., Irrarázaval Dominguez, M., González Moller, J., Thomas, F., Urrutia Ortiz, J., 2023. Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e29, 1–21.
- Open Society Foundations, 2015. Community, not Confinement the Role of the European Union in Promoting and Protecting the Right of People with Disabilities to Live in the Community (author Israel Butler).
- Salime, S., Clesse, C., Jeffredo, A., Batt, M., 2022. Process of Deinstitutionalization of Aging Individuals with Severe and Disabling Mental Disorders. A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 813–338.
- Sen, A., 1985. *Commodities and capabilities*. North-Holland, Amsterdam.
- Sen, A., 1993. *Capability and well-being*. W: M. Nussbaum. A. Sen, red., *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Šiška, J., Beadle-Brown, J. 2020. Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care.
- Unicef, 2018. 15 years of De-Institutionalization Reforms in Europe and Central Asia. Key results achieved for children and remaining challenges. Dostępny w: <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2018-11/Key%20Results%20in%20Deinstitutionalization%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia> [Dostęp: 16.10.2023].
- WHO, 2022. Global Report on Long-Term Care Financing. Prepared by J. Costa-Font and N. Raut. London School of Economics and Political Science (LSE). Dostępny w: <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/WHO-Global-Report-on-Long-Term-Care-Financing-Final-Report.pdf> [Dostęp: 16.10.2023].
- World Bank Group, 2015. *The Present and Future of Long-Term Care in Ageing Poland*. Prepared by S. Golinowska, A. Sowa and A. Koziel, Warsaw: Office for Central Europe and the Baltic Countries.

REGULACJE I PROJEKTY RZĄDOWE

Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019, poz. 7).

Zmiana ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw z 24 sierpnia 2023 wprowadzająca możliwość opłacania pomocy sąsiedzkiej (Dz.U.2023.poz. 1693).

Uchwała w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku

2030 (z perspektywą do 2035 r.). Rada Ministrów, 2022. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/premier/uchwala-w-sprawie-przyjecia-polityki-publicznej-pod-nazwa-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych>.

Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-opracowanie-i-pilotazowe-wdrozenie-mechanizmow-i-planow-deinstytucjonalizacji-uslug-spoecznych> Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej 2022.

Projekt krajowej strategii rozwoju i deinstytucjonalizacji usług w Polsce do 2040 roku – obszar dzieci, młodzież, rodzina.