

Marek Rymsza

Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW¹

Arkadiusz Karwacki

Instytut Socjologii UMK²

***Standardy jakości usług reintegracyjnych
w centrach integracji społecznej,
klubach integracji społecznej
i zakładach aktywności zawodowej.
Założenia i rezultaty badań empirycznych
prowadzonych w latach 2009–2013***

Streszczenie

Artykuł otwiera omówienie specyfiki polskich rozwiązań w zakresie *activation services*. W jego dalszej części autorzy omawiają założenia metodologiczne oraz wyniki badania monitoringowego zrealizowanego na potrzeby wypracowania standardów jakości usług aktywizacyjnych w Centrach Integracji Społecznej, Klubach Integracji Społecznej oraz Zakładach Aktywności Zawodowej. W artykule przedstawiono 18 standardów ogólnych, to znaczy dotyczących trzech wskazanych w tytule instytucji.

¹ Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, ul. Nowy Świat 69, 00-927 Warszawa; adres internetowy autora: marek.rymsza@uw.edu.pl

² Instytut Socjologii UMK, ul. Fosa Staromiejska 1a, 87-100 Toruń; adres internetowy autora: arekarwa@umk.pl

Słowa kluczowe: standardy jakości usług społecznych, usługi (re)integracji zawodowej i społecznej, Centrum Integracji Społecznej, Klub Integracji Społecznej, Zakład Aktywności Zawodowej

Wprowadzenie — activation services po polsku

W latach 90. XX wieku najpierw w Wielkiej Brytanii (która wzorowała swe reformy na doświadczeniach amerykańskich), a następnie w pozostałych państwach Europy Zachodniej (tzw. starej UE-15) na dużą skalę upowszechniono programy aktywizujące, ukierunkowane na aktywizację zawodową osób bezrobotnych i klientów pomocy społecznej. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu są one określane mianem 1. podejścia *workfare*³ (por. Lødemel, Trickey 2000); 2. *welfare-to-work*⁴ (por. Mead 1997); lub 3. *activation services*. Ten ostatni termin ugruntował się jako podstawowe określenie nie tyle na całościowe podejście (nurt w polityce społecznej), ile konkretnych usług (usługi aktywizujące/aktywizacyjne), a także świadczących je służb publicznych (por. Berkel, Valkenburg 2007). W polskiej literaturze przedmiotu odpowiednikiem *activation services* są „usługi (re)integracji zawodowej i społecznej” (por. Grewiński, Rymśa 2012). Na określenie nowego nurtu w polityce społecznej są natomiast używane terminy: „polityka aktywizacji” i/lub „aktywna polityka społeczna” (por. dyskusję o terminologii w Karwacki 2010a; Rymśa 2013).

W Europie Środkowo-Wschodniej podejście aktywizujące na szerszą skalę zaczęto wprowadzać mniej więcej dekadę później. W Polsce w 2003 r. uchwalono Ustawę o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2003 nr 122, poz. 1143 ze zm.), będącą podstawą prawną dla funkcjonowania centrów integracji społecznej (CIS) i klubów integracji społecznej (KIS). Warto jednak pamiętać, że już w 1991 r., a więc w pierwszej fazie transformacji ustrojowej, polski parlament przyjął Ustawę o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1991 nr 46, poz. 201)⁵, ukierunkowaną na aktywizację zawodową określonej kategorii beneficjentów, wymienionej w tytule tego aktu prawnego. Wsparcie aktywizujące świadczyć miały warsztaty terapii zajęciowej (aktywizacja przedzatrudnieniowa w formie terapii przez pracę) oraz zakłady pracy chronionej (zatrudnienie w specjalnych warunkach w ramach dostosowywanego do realiów gospodarki wolnorynkowej chronionego rynku pracy). Zabezpieczeniem finansowym kosztów zatrudniania osób niepełnosprawnych stała się nowa danina publiczna odprowadzana przez pracodawców na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). W 2000 r. w systemie PFRON dokonano istotnej modyfikacji, stwarzając podstawy prawne dla prowadzenia zakładów aktywności zawodowej (ZAZ) — podmiotów usytuowanych „w połowie

³ *Workfare* to neologizm powstały w Stanach Zjednoczonych z przekształcenia terminu *welfare*. Znaczenie tego nowego słowa oddaje w języku polskim określenie opisowe „praca zamiast zasiłku”.

⁴ Określenie *welfare to work* jest używane w Wielkiej Brytanii, w pełnym brzmieniu jako fraza *from-welfare-to-work*; dosłownie: „od opieki do pracy”.

⁵ Ustawa została uchylona w 1997 r. przez nowy akt prawny, który jednak zachował podstawowe reguły organizacji i prowadzenia rehabilitacji osób niepełnosprawnych w ramach systemu PFRON.

drogi” między WTZ a zakładami pracy chronionej⁶. W literaturze porównawczej podmioty tego typu są określane mianem WISE (ang. *work integration social enterprises*), czyli jako „przedsiębiorstwa społeczne integracji przez pracę”.

Polski system usług społecznych (nie tylko zresztą tych o charakterze aktywizującym) odznacza się **wysokim poziomem fragmentaryzacji** (Rymsza 2013, s. 348–355). Przejawem tego stanu rzeczy jest m.in. funkcjonowanie usług reintegracji zawodowej i społecznej praktycznie w zupełnym oderwaniu od usług rehabilitacji zawodowej i społecznej. Te pierwsze usytuowano pomiędzy usługami pomocy społecznej a usługami instytucji rynku pracy jako dosyć niejednoznacznie zakreślony podsystem zatrudnienia socjalnego (por. Kaźmierczak 2005), ale ostatecznie zdecydowano się zaliczyć je do szeroko rozumianej pomocy społecznej, którą w związku z tym zaczęto określać jako system pomocy i integracji społecznej⁷. Prozatrudnieniowe usługi rehabilitacyjne uznaje się zaś za element systemu PFRON, czyli chronionego rynku pracy dla osób niepełnosprawnych. Dualizmu organizacyjnego w żaden sposób nie zmieniła okoliczność, że osobom niepełnosprawnym ustawodawca umożliwił korzystanie także z oferty zatrudnienia socjalnego⁸.

Drugim wyróżnikiem polskiego modelu aktywizacji jest **dominująca pozycja pomocy społecznej**, podczas gdy w większości państw Europy Zachodniej podstawowymi nośnikami aktywizacji są służby zatrudnienia. W konsekwencji najważniejszym narzędziem aktywizacji jest w polskim systemie kontrakt socjalny, rozumiany jako quasi-administracyjne narzędzie pracy socjalnej, a konkretnie — mobilizowania klientów pomocy społecznej do samozaradności, w tym aktywności ekonomicznej (Kaźmierczak 2011). W większości państw zachodnich *activation services* nie są traktowane jako forma pracy socjalnej i tym samym nie są usługami „kwalifikowanymi”: mają one być świadczone nie tyle profesjonalnie, ile skutecznie. Stąd rozpowszechnione zaangażowanie prywatnych, komercyjnych usługodawców, kontraktowanych przez publiczne służby zatrudnienia i opłacanych „za rezultaty, nie za procedury”. Przykładem jest Holandia (por. Berkel 2012). Takie kontraktowanie jest charakterystyczne zwłaszcza dla *activation services* „drugiej generacji”, wprowadzonych w pierwszej dekadzie XXI w.

W Polsce kontraktowanie podmiotów prywatnych zaczęto na większą skalę stosować w aktywizacji bezrobotnych po reformie służb zatrudnienia z 2014 r., kiedy to — odwrotnie w stosunku do dominującej w Europie tendencji — nie tylko nie doprowadzono do integracji służb zatrudnienia i służb społecznych, ale wręcz wzmocniono „fragmentację” polskiego systemu usług społecznych na skutek wprowadzenia instytucji profilowania bezrobotnych. W systemie *contracting out* stosowanym przez agencje rynku pracy aktywizowani są bowiem bezrobotni „rokujący” z dwóch pierwszych „profilów”, podczas gdy

⁶ Zakłady aktywności zawodowej funkcjonują na podstawie przepisów Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997 nr 139, poz. 776 ze zm.

⁷ Zob. też „monograficzne” ujęcie zatrudnienia socjalnego w: Piątek 2012, część III.

⁸ Osoby niepełnosprawne zaliczono do kategorii „wykluczonych społecznie”, do których są adresowe formy wsparcia przewidziane w Ustawie o zatrudnieniu socjalnym.

bezrobotni z profilu trzeciego jako „trudnozatrudnialni” są kierowani do systemu pomocy i integracji społecznej.

Trzecim wyróżnikiem polskiego modelu aktywizacji, będącym konsekwencją dwóch pierwszych, jest silna **orientacja na usługi reintegracji społecznej**, podobnie jak to ma miejsce na przykład we Francji. Jednak w większości państw Europy Zachodniej *activation services* mają wyraźny profil prozatrudnieniowy; przykładem Wielka Brytania, Niemcy i wspomniana już Holandia⁹. Dominuje tam podejście *work first*, zgodnie z którym podstawą procesu reintegracji społecznej jest praca. Do jej wykonywania należy bezrobotnych wdrożyć możliwie szybko, stosując narzędzia wsparcia warunkowego. W Polsce większe znaczenie przywiązuje się do kształtowania kompetencji społecznych osób niesamodzielnych życiowo, umożliwiających im lepsze funkcjonowanie w życiu społecznym jako takim, a nie tylko na rynku pracy. Z tego względu narzędzia mobilizacyjne stosuje się w wersji łagodniejszej, w dużej mierze na zasadzie fakultatywnej (Kaźmierczak, Rymśa 2017).

Założenia metodologiczne badania monitoringowego zrealizowanego na potrzeby wypracowania standardów jakości usług aktywizacyjnych w CIS, KIS i ZAZ

Przewyciężenie fragmentaryzacji *activation services* uważamy za najważniejsze zadanie w ramach polityki aktywizacji w Polsce. Wpisuje się ono zresztą w szeroko podzielany w środowisku eksperckim postulat przekraczania logiki resortowości na rzecz horyzontalnego programowania polityk publicznych. Służyć temu może odejście od standaryzowania funkcjonowania poszczególnych typów placówek wsparcia na rzecz orientacji na podnoszenie jakości usług aktywizacyjnych. Jesteśmy przekonani, że punktem wyjścia do przełamania logiki resortowości może być uwspólnienie standardów jakości usług aktywizacyjnych z zakresu reintegracji zawodowej i społecznej świadczonych przez centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej oraz z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej, świadczonych przez zakłady aktywności zawodowej. ZAZ jest bowiem tym elementem systemu PFRON, który ma najwięcej cech wspólnych z podmiotami systemu zatrudnienia socjalnego (aktywnej integracji — por. Rymśa 2013, s. 344–348).

Sposobnością do podjęcia działań z zakresu „integracji reintegracji okazała się realizacja projektu „Zintegrowany system wsparcia ekonomii społecznej”. Projekt realizowano w latach 2009–2014 na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (obecnie Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej) przez Fundację Instytut Spraw Publicznych (w partnerstwie z kilkoma innymi podmiotami), przy wykorzystaniu środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Wraz z Tomaszem Kaźmierczakiem i grupą współpracowników¹⁰ w ramach współpracy z FISP byliśmy odpowiedzialni za część analityczno-badawczą

⁹ Por. charakterystykę krajowych modeli *activation services* w wybranych państwach europejskich w: Rymśa 2013, rozdz. 4.

¹⁰ Należy tu wymienić zwłaszcza Izabelę Przybysz i Dominikę Podkańską, zatrudnione w FISP, oraz ekspertkę „zewnętrzną” — Magdalenę Twardowską.

projektu FISP. Badania objęły trzy wspomniane podmioty aktywizujące: CIS, KIS, ZAZ, a także — jako odrębny komponent — przedsiębiorstwa społeczne.

Rezultaty naszych prac analityczno-badawczych przedstawiliśmy w najważniejszej publikacji FISP z tego projektu — w monografii pt. *Reintegracja. Aktywna polityka społeczna w praktyce* (Karwacki, Kaźmierczak, Rymśza 2014). Standardom jakości usług aktywizacyjnych świadczonych w CIS, KIS i ZAZ poświęciliśmy odrębną publikację — (Rymśza, Karwacki 2013). Zgromadzoną w ramach badań monitoringowych wiedzę na temat funkcjonowania CIS, KIS i ZAZ wykorzystaliśmy także w innych opracowaniach (por. także Karwacki, Rymśza 2012).

Przeprowadzone badania CIS, KIS, ZAZ miały charakter monitoringowy. Monitoring ten miał charakter kompleksowy — w obszarze naszego zainteresowania lokowały się bieżące problemy funkcjonowania CIS, KIS i ZAZ, na które składały się m.in. kwestie rekrutacji beneficjentów wsparcia, diagnozy ich potrzeb i deficytów, możliwości i form konstruowania i świadczenia oferty wsparcia adekwatnie do potrzeb beneficjentów, skuteczności i efektywności usług, stosowanych strategii reintegracyjnych przez konkretne podmioty (reintegracja społeczna *versus* zawodowa), problemy zatrudniania personelu i potrzeby kadr, kwestia stabilności finansowej podmiotów, relacji międzyinstytucjonalnych, praktycznych skutków stosowania konkretnych regulacji prawnych itp.

Wszystkie podjęte w naszych studiach kwestie problemowe wpisywały się w realizację założonych przez nas funkcji: diagnostycznej i eksplanacyjnej badania empirycznego. Koncentracja na nich pozwalała na rozpoznanie procesu świadczenia usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) w CIS, KIS i ZAZ dzięki odpowiedzi na pytania: „jak jest?” oraz „dlaczego tak jest?”. Kluczowy był dla nas cel „inżynierski” badania (badanie stosowane), związany z wypracowaniem konkretnych zapisów standardów jakości usług jako narzędzia zarządzania tymi podmiotami, które chcieliśmy zaoferować personelowi CIS, KIS i ZAZ. Na podstawie zdiagnozowanych doświadczeń w obszarze reintegracji próbowaliśmy odpowiedzieć na pytanie: co zrobić / czym się kierować, aby poprawić jakość procesu reintegracyjnego w konkretnych placówkach? Oczywiście, realizacja tego celu nie byłaby możliwa bez osiągnięcia dwóch poprzednich. Poniżej przedstawiamy założenia kolejnych etapów zastosowanej procedury, która pozwoliła osiągnąć postawione cele.

Proces zbierania danych niezbędnych do wypracowania standardów zarządzania procesem świadczenia usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych) w centrach integracji społecznej, klubach integracji społecznej oraz w zakładach aktywności zawodowej był wieloetapowy. W ramach przyjętej procedury uwzględniono zastosowanie wielu metod i technik badawczych. Staraliśmy się zarówno wykorzystać wyniki istniejących już studiów nad funkcjonowaniem wskazanych wyżej podmiotów, ze szczególną koncentracją na procesie świadczenia przez nie usług reintegracyjnych (rehabilitacyjnych), jak też wywołać nowe dane, wychodząc od ogólnego rozpoznania oferty usług i meandrów działalności usługowej istniejących w Polsce CIS-ów, KIS-ów i ZAZ-ów, przez studia etnograficzne w wyselekcjonowanych podmiotach, aż po wywiady indywidualne i grupowe z ekspertami, które wieńczyły proces ustalania zakresów problemowych standardów (ogólnych oraz właściwych dla konkretnych typów instytucji) i ich finalnych treści.

Studia empiryczne rozpoczęliśmy w 2009 r. od inwentaryzacji dotychczas zrealizowanych badań nad działalnością CIS, KIS i ZAZ oraz analizy aktów prawnych, które wyznaczają ramy funkcjonowania wybranych przez nas instytucji (por. Karwacki 2009). Analiza treści (danych zastanych) koncentrowała się wokół już zdiagnozowanych problemów tych podmiotów, ale polegała także na rozpoznaniu uwarunkowań i jakości procesu reintegracji (rehabilitacji).

W ramach kolejnej fazy badań (lata 2010–2011) monitoring miał charakter diagnostyczno-eksploracyjny. Jego podstawowym celem była identyfikacja rodzajów prowadzonych w centrach i klubach integracji społecznej oraz zakładach aktywności zawodowej działań/usług służących podniesieniu poziomu zatrudnialności oraz kompetencji społecznych beneficjentów przez pogłębiony opis oraz ocenę ich instytucjonalizacji (por. Karwacki 2012). Zastosowaną techniką badawczą był wywiad telefoniczny powiązany z komunikacją za pośrednictwem internetu, przeprowadzany z przedstawicielami możliwie wszystkich „wchodzących w grę” placówek. Wybór metody i techniki został podyktowany z jednej strony celami badania, z drugiej — posiadanymi środkami finansowymi. Zebrane w toku badania informacje miały być podstawą:

- typologizacji placówek zatrudnienia socjalnego i zakładów aktywności zawodowej ze względu na: a. realizowane strategie działania (orientacja na usługi reintegracji społecznej; reintegracji zawodowej; balans — twórcze łączenie reintegracji społecznej i zawodowej); b. realizowane podejście skoncentrowane na podnoszeniu zatrudnialności;
- selekcji placówek do pogłębionego badania w toku kolejnej fazy postępowania badawczego; zakładaliśmy, że zostaną wybrane najlepsze placówki w zakresie organizowania procesu reintegracji (rehabilitacji) w ramach różnych strategii reintegracyjnych (rehabilitacyjnych).

Wywiady były prowadzone przez ankierów doświadczonych w stosowaniu techniki wywiadu telefonicznego. Ostatecznie udało się przeprowadzić badania w:

- 49 centrach integracji społecznej; w ośmiu przypadkach pomimo wielokrotnych prób nie udało się nawiązać kontaktu (nikt nie odbierał telefonu bądź numer telefonu okazał się błędny); dwa CIS-y z 56 nie prowadziły już swojej działalności;
- 56 zakładach aktywności zawodowej; w trakcie trwania badania przestał istnieć jeden ZAZ, w jednym przypadku wystąpił brak zgody na wzięcie udziału w badaniu;
- 156 klubach integracji społecznej; w trakcie realizacji badania okazało się, że około 40 adresów jest nieaktualnych — w większości przypadków klub skończył swoją działalność; w pozostałych nie udało się ustalić, dlaczego dane kontaktowe były nieaktualne.

Zrealizowane badanie terenowe w kolejnej fazie przedsięwzięcia mieściło się w paradygmacie szeroko rozumianej metody etnograficznej (lata 2011–2012). Miało ono charakter eksploracyjny, diagnostyczny i po części ewaluacyjny. W badaniu terenowym przedmiotem postępowania empirycznego były **usługi społeczne** oferowane przez konkretne instytucje klientom zagrożonym wykluczeniem społecznym lub *de facto* wykluczonym. Celami, które chcieliśmy zrealizować w tej fazie postępowania, były:

- określenie ogólnych standardów transferu usług reintegracji zawodowej i społecznej obecnych w wyselekcjonowanych podmiotach (CIS, KIS, ZAZ) oraz

- zbudowanie progowego standardu, jaki powinna spełniać konkretna usługa, aby dawać szansę na skuteczną pomoc klientowi.

Problemem głównym badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jakie są, a jakie być powinny standardy transferu konkretnych usług reintegracji (rehabilitacji) zawodowej i reintegracji (rehabilitacji) społecznej na podstawie doświadczeń wybranych CIS, KIS i ZAZ.

W procesie zbierania danych, które miały pozwolić odpowiedzieć na powyższe pytania problemowe, zastosowano następujące techniki badawcze: indywidualny wywiad narracyjny na podstawie scenariusza wywiadu, analizę treści dokumentów, analizę treści dokumentacji wizualnej (zdjęcia, filmy), obrazującej sposoby pracy z jednostkami i grupami, obserwację uczestniczącą (notatki z obserwacji warunków infrastrukturalnych, pracy konkretnych grup itp.). Próbę badawczą stanowili pracownicy 24 podmiotów, oferujących usługi reintegracji zawodowej i społecznej oraz rehabilitacji zdrowotnej (po 8 centrów integracji społecznej, 8 klubów integracji społecznej i 8 zakładów aktywności zawodowej), wyselekcjonowanych na podstawie danych uzyskanych w poprzedniej fazie badania. Doświadczenia przedstawicieli tych podmiotów w obszarze reintegracji prowadzonej z intencją świadczenia kompleksowego wsparcia w wymiarze społecznym i zawodowym osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym i już wykluczonym — i które to podmioty jednocześnie stały się swoistym „poligonem doświadczalnym” reintegracji w Polsce — obrazują zakres transferu reintegracji społecznej i zawodowej do klientów (ofertę usług, dominujące strategie działania, procedury, kompetencje kadr). Dzięki studiom etnograficznym uzyskaliśmy materiał, który odsłonił zarówno dobre praktyki w obszarze reintegracji społecznej i zawodowej, czy też w łączeniu tych dwóch strategii w jeden spójny proces inkluzji, jak również zasoby niezbędne do wartościowej (skutecznej) reintegracji i bariery, które ten proces napotyka. Na podstawie zebranego materiału możliwe było przygotowanie wstępnego szkicu standardów (ogólnych — przeznaczonych dla trzech typów placówek, oraz szczegółowych — stworzonych z myślą o konkretnych instytucjach).

Opracowany materiał w postaci zbioru wstępnych treści standardów został poddany konsultacjom eksperckim, tak aby móc wypracować ich ostateczną treść i zakres. Konsultacje zostały przeprowadzone w maju 2013 r., a za ich realizację odpowiadała Magdalena Twardowska (autorka niepublikowanych raportów częściowych i zbiorczych wykorzystanych do opracowania ostatecznych zapisów standardów). Konsultacje przeprowadzono zarówno techniką zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI), która pozwala na zgromadzenie opinii większej liczby zainteresowanych osób, jednocześnie dając szansę pogłębienia przedstawianych opinii oraz stwarzając możliwość dyskusji i konfrontacji stanowisk prezentujących różne punkty widzenia, jak i w formie wywiadów indywidualnych, opartych na scenariuszu wywiadu oraz prowadzonych przez pozyskiwanie pisemnych opinii o przesłanym materiale, który zawierał propozycje standardów.

W ramach realizacji wywiadów zogniskowanych odbyły się po dwa spotkania z przedstawicielami zakładów aktywności zawodowej, centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej (w sumie 6 wywiadów). W spotkaniach wzięli udział kierownicy placówek, pracownicy socjalni, psychologowie, doradcy zawodowi, terapeuci zajęciowi, rehabilitanci,

pielęgniarki. Łącznie w konsultacjach uczestniczyło 60 osób. W spotkaniach wzięli udział przedstawiciele wymienionych trzech typów placówek z terenu 6 województw: podkarpackiego, świętokrzyskiego, śląskiego, wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Dodatkowo zrealizowano 8 pogłębionych wywiadów indywidualnych, których respondentami byli zwierzchnicy CIS, KIS i ZAZ oraz kilkusobowe grono przedstawicieli profesjonalnej kadry tych podmiotów. Dodatkowo uzyskaliśmy pisemne opinie o propozycjach standardów od przedstawicieli dwóch CIS (Toruń, Braniewo) oraz od Związku Pracodawców ZAZ.

Dopełniając informację o przyjętej procedurze prac badawczych, których efektem było opracowanie standardów zarządzania procesem świadczenia usług reintegracyjnych, winni jesteśmy wyjaśnienie, jak rozumieliśmy istotę „standardu” oraz jakimi zasadami staraliśmy się kierować w naszych pracach. Przygotowując zestaw standardów, traktowaliśmy je jako **zbiór przemyślanych, opartych na doświadczeniach praktyki społecznej i pogłębionej diagnozie działalności CIS, KIS, ZAZ wskazówek, jak w sposób profesjonalny świadczyć usługi reintegracyjne (rehabilitacyjne) osobom marginalizowanym w życiu społecznym i na rynku pracy, z doprecyzowaniem, że:**

- mają one charakter zaleceń ramowych, nie stanowiąc sztywnych wymogów;
- nie stanowią one zaczynów nowych regulacji prawnych;
- nie pełnią funkcji „instrukcji obsługi” obowiązujących przepisów prawnych (Karwacki, Rymśa 2012, s. 10).

W pracach nad standardami kierowaliśmy się dziesięcioma następującymi naczelnymi zasadami przedstawionymi w poniższej ramce.

Zasady dotyczące zastosowanego podejścia do prac nad standardami

1. Nie szkodzić. Standardy nie mogą rozregulować ani przeregulować działalności podmiotów reintegracyjnych.
2. Proponować, nie narzucać. Istotą była propozycja rozwiązań do wykorzystania, a nie regulacja prawna (rozporządzenia).
3. Odwoływać się do praktyki. Nie chodzi o narzucanie zewnętrznych norm, ale o upowszechnianie stosowanych już dobrych praktyk.
4. Konsultować z zainteresowanymi środowiskami. Współpraca przedstawicieli badanych podmiotów w pracy nad standardami i konsultacje w zakresie ich ostatecznych zapisów.

Zasady dotyczące meritum zapisów

5. Zachować tożsamość placówek poszczególnych typów. Standardy nie powinny prowadzić do narzucania rozwiązań jednego typu placówkom innych typów; warto zachować funkcjonalną różnorodność podmiotów aktywizujących.
6. Tworzyć standardy usług, nie instytucji. Standardy nie są regulacjami funkcjonowania instytucji wsparcia, ale dotyczą organizacji i świadczenia usług społecznych.
7. Wzmacniać profile usług adresowanych do określonych kategorii odbiorców. Standardy nie powinny prowadzić do ujednolicenia działań we wszystkich placówkach, ale wzmacniać wypracowane w nich profile działań (ze względu na charakter klientów lub rodzaj świadczonych usług).

8. Wzmacniać podejście *empowerment*. Usługi reintegracyjne powinny wspierać działania własne klientów, a nie je zastępować; rozwijać pomocniczość służb społecznych.
9. Wzmacniać tożsamość zawodową specjalistów reprezentujących różne zawody pomocowe (*helping professions*). Standardy powinny służyć rozwijaniu współpracy przedstawicieli różnych zawodów pomocowych zaangażowanych w działania aktywizujące.
10. Utrzymać balans między integracją społeczną a zawodową. Potrzeba pozycjonowania obu form wsparcia jako wzajemnie dopełniających się na zasadzie sekwencyjnej (reintegracja społeczna poprzedza zawodową) lub wzmocnień równoległych (oba rodzaje wsparcia w jednym „pakiecie” reintegracyjnym).

Źródło: Rymśza, Karwacki 2013, s. 12–13.

Standardy jakości usług aktywizujących w CIS, KIS, ZAZ

Nasze standardy obejmują 18 standardów ogólnych — dla wszystkich trzech podmiotów, a także trzy odrębne zestawy standardów dla CIS, KIS, ZAZ, które odzwierciedlają specyfikę każdego z tych podmiotów. Dla „integracji reintegracji” kluczowe znaczenie mają standardy ogólne, które nieco dalej prezentujemy w ich oryginalnym brzmieniu (por. Rymśza, Karwacki 2013, s. 19–54).

Zgromadzony materiał empiryczny i dokonane analizy pozwoliły nam na formułowanie w gruncie rzeczy trzech rodzajów standardów. Pierwszy z nich możemy określić jako **standardy okrzeple**, potwierdzające wypracowane *status quo* w placówkach aktywizacji. Są to wartościowe rozwiązania już funkcjonujące we wszystkich placówkach bądź w znacznej ich części (zakorzeniona praktyka społeczna). Przykładem jest opracowywanie indywidualnych planów integracyjnych (por. standard 14). Drugi typ standardów to **standardy warte szerokiego upowszechnienia**, a więc rozwiązania stosowane w części placówek w sposób na tyle sprawdzony i skuteczny, że warto je upowszechniać w innych podmiotach. Przykładem jest triada specjalistów: psycholog — pracownik socjalny — doradca zawodowy jako trzon kadry pomocowej (por. standard 3). Trzeci typ standardów to **dobrze przykłady**, czyli efektywne rozwiązania stosowane w pojedynczych placówkach, będące niejako wizytówką ich profilu, pomysłu na zarządzanie, podejścia do beneficjentów. Nie ma sensu ich narzucać wszystkim (w różnorodności siła), ale warto pokazać je jako przykłady/dowody, że w profesjonalizacji można pójść dalej. Tego typu standardy wpisywaliśmy w pierwszej kolejności do zestawu standardów „własnych” CIS, KIS, ZAZ. Przykładem takiej propozycji w części ogólnej są standardy 10–11 dotyczące pogodzenia *case managementu* z ochroną danych osobowych.

Poniżej pełne zestawienie standardów ogólnych. Zaznaczmy, że w naszej autorskiej publikacji źródłowej (Rymśza, Karwacki 2013, s. 19–54) do każdego ze standardów dodaliśmy rozbudowany komentarz uzasadniający treść propozycji i wyjaśniający sposób jej praktycznej implementacji.

Standard 1. Praca zespołowa

Wszyscy zatrudnieni w placówce reintegracyjnej/rehabilitacyjnej i współpracujący z nią specjaliści tworzą jeden zespół. Wszyscy, bez względu na wykształcenie i zajmowaną pozycję / pełnioną funkcję w placówce, uczestniczą w procesie reintegracji beneficjentów wsparcia; sam pobyt beneficjentów wsparcia w placówce jest bowiem elementem procesu ich reintegracji/rehabilitacji społecznej. Wszyscy zatrudnieni starają się podnosić kompetencje społeczne w zakresie kontaktów z beneficjentami.

Standard 2. Dywersyfikacja infrastruktury zatrudnieniowej

Placówki reintegracyjne/rehabilitacyjne powinny posiadać kilka różnych warsztatów/pracowni, w których zatrudniają lub szkolą osoby przechodzące proces reintegracji/rehabilitacji. Jest to rozwiązanie racjonalne ze względu na: 1. potrzebę dywersyfikacji ryzyka ekonomicznego oraz 2. większe możliwości reintegracji/rehabilitacji zawodowej.

Standard 3. Zintegrowana kadra złożona z przedstawicieli różnych zawodów pomocowych

Stabilna i zarazem zróżnicowana, składająca się z przedstawicieli różnych zawodów pomocowych, kadra zapewnia możliwość łączenia reintegracji/rehabilitacji społecznej i zawodowej. Podstawą zintegrowanej kadry jest triada specjalistów 1. psycholog, 2. pracownik socjalny, 3. doradca zawodowy. Jeśli są po temu warunki, warto poszerzyć kadre o doradcę prawnego i terapeutę. Jeszcze inni specjaliści mogą być niezbędni ze względu na profil placówki (np. psychiatrzy, gdy pomoc świadczona jest osobom z zaburzeniami psychicznymi). Wszyscy specjaliści powinni stale doskonalić podstawowe umiejętności psychospołeczne oraz warsztat charakterystyczny dla własnych profesji.

Standard 4. Zatrudnienie (lub stała współpraca) i właściwe wykorzystanie pracownika socjalnego

Pracownik socjalny jest niezbędny dla właściwej organizacji i procesu świadczenia usług reintegracyjnych/rehabilitacyjnych. Zadania pracownika socjalnego to: 1. organizacja wejścia/wyjścia klienta/pracownika do (z) podmiotu aktywizującego, 2. reintegracja społeczna. 3. dbanie o indywidualizację podejścia dzięki 4. diagnozie socjalnej ukierunkowanie na „namierzanie” deficytów społecznych adresata wsparcia, obejmującej — o ile to możliwe — 5. przeprowadzenie wywiadu środowiskowego oraz 6. nawiązanie kontaktów z rodziną beneficjenta. Jeżeli podmiot nie zatrudnia „własnego” pracownika socjalnego, powinien utrzymywać stałą współpracę z konkretnym pracownikiem socjalnym „zewnątrznym”.

*Standard 5. Zatrudnienie (lub stała współpraca)
i właściwe wykorzystanie psychologa*

Psycholog jest niezbędny dla właściwej organizacji i procesu świadczenia usług reintegracyjnych/rehabilitacyjnych. Zadania psychologa to: 1. udział w rekrutacji (zwracanie uwagi na sferę motywacji potencjalnych adresatów usług), 2. pogłębiona diagnoza beneficjentów pod kątem deficytów, ograniczeń, kompetencji, możliwości z wykorzystaniem narzędzi psychologicznych (testy itp.), 3. udział w reintegracji/rehabilitacji społecznej oraz rozmowy indywidualne, konsultacje psychologiczne, zorganizowane formy terapii. Działania diagnostyczne i korekcyjno-terapeutyczne, jeśli istnieją ku temu warunki organizacyjne, można podzielić między dwóch psychologów. Z kolei działania *stricte* terapeutyczne można „wyprowadzać” poza podmiot przez nawiązanie współpracy z innymi placówkami.

*Standard 6. Zatrudnienie (lub stała współpraca)
i właściwe wykorzystanie doradcy zawodowego*

Doradca zawodowy jest niezbędny dla właściwej organizacji i procesu świadczenia usług reintegracyjnych/rehabilitacyjnych. Zadania doradcy koncentrują się na sferze aktywizacji zawodowej i obejmują: 1. diagnostykę oraz 2. udział w procesie reintegracji zawodowej (doradztwo, usługi pośredniczące itp.). Funkcji doradcy zawodowego nie powinni pełnić instruktorzy zawodowi i *vice versa* — nie jest zadaniem doradcy przyuczanie do wykonywania konkretnego zawodu.

*Standard 7. Zatrudnienie (lub stała współpraca)
i właściwe wykorzystanie instruktora zawodu*

Instruktorzy zawodu nie współtworzą specjalistycznej kadry odpowiedzialnej za reintegrację/rehabilitację społeczną i zawodową, są zaś odpowiedzialni za przyuczenie do pracy na konkretnym stanowisku i praktyczną naukę zawodu. Instruktorzy zawodu nie powinni być traktowani jako *quasi*-terapeuci czy doradcy zawodowi (przedstawiciele określonych zawodów pomocowych — *helping professions*). Powinni natomiast posiadać możliwie wysokie kompetencje psychospołeczne i potrafić odpowiednio reagować w sytuacjach kryzysowych.

Standard 8. Zatrudnianie specjalistów o podwójnych kompetencjach

Ze względu na ograniczenia organizacyjne i finansowe co do wielkości kadry specjalistów zarządzający podmiotami świadczącymi usługi reintegracyjne/rehabilitacyjne powinni rozważyć możliwość zatrudnienia specjalistów o podwójnych kwalifikacjach. Przykłady funkcji łączonych: psycholog — doradca zawodowy, pracownik socjalny — terapeuta, pielęgniarka — terapeuta.

Standard 9. Zewnętrzna superwizja pracy specjalistów od pomagania

Usługi reintegracyjne/rehabilitacyjne powinny być poddawane superwizji prowadzonej przez zewnętrznych względem placówki superwizorów. Superwizji potrzebują specjaliści wszystkich zawodów pomocowych wchodzących w skład kadry specjalistów (*helping professions*). Korzyść z superwizji jest potrójna i obejmuje: korzyść kadry specjalistów, korzyść instytucji pomocowych, korzyści odnoszą także (pośrednio, dzięki podniesieniu jakości usług) beneficjenci wsparcia.

Standard 10. Współpraca z innymi podmiotami i rozwój case management

Współpraca podmiotów specjalizujących się w usługach reintegracyjnych/rehabilitacyjnych z placówkami pomocy społecznej (OPS, PCPR) oraz instytucjami rynku pracy (PUP, agencje zatrudnienia) jest ważnym elementem „integracji reintegracji”. Udrażnianie dzięki takiej współpracy systemu aktywizacji zwiększa szansę na usamodzielnienie beneficjentów i zarazem zwiększa łączną liczbę osób objętych wsparciem aktywizującym. Sytuacja drożności systemu aktywizacji sprzyja praktykowaniu formuły *case management* (zarządzanie przypadkiem). Najważniejsze znaczenie ma udrożnienie przepływu beneficjentów na liniach: WTZ — ZAZ, OPS — KIS, OPS — CIS, ZAZ — otwarty rynek pracy.

Standard 11. Komunikacja i ochrona danych osobowych w praktyce reintegracyjnej/rehabilitacyjnej

Przebieg „danych wrażliwych” o beneficjencie w ramach formuły *case management* powinien przebiegać w pierwszej kolejności między specjalistami danej profesji pomocowej z różnych instytucji. Przekazywanie danych w innym trybie powinno być uzależnione od zgody klienta i być objęte zasadą poufności. Jednocześnie zgoda klienta powinna wyłączać obostrzenia formalnoprawne w zakresie pozyskiwania danych między instytucjami. Przepływ informacji wewnątrz zespołu danego podmiotu jest dopuszczalny przy zachowaniu zasad deontologicznych profesji pomocowych co do ochrony danych wrażliwych.

Standard 12. Łączenie rekrutacji z diagnozą

Należy wykorzystywać rekrutację jako element diagnozy dysfunkcji i ograniczeń oraz predyspozycji i umiejętności osób aktywizowanych. Warto też wykorzystywać narzędzia diagnozy psychologicznej w samym procesie rekrutacji, m.in. dla oceny poziomu motywacji potencjalnego adresata wsparcia aktywizującego do zmiany swej sytuacji życiowej. Dobry sposób sprawdzania motywacji to rozdzielenie — w rozsądnych ramach czasowych — spotkań i rozmów z psychologiem, pracownikiem socjalnym i doradcą zawodowym.

Standard 13. Kompleksowa i aktualizowana diagnoza sytuacji beneficjentów

W placówkach wsparcia powinna być prowadzona kompleksowa analiza zasobów, doświadczeń i predyspozycji oraz ograniczeń i deficytów osób reintegrowanych/rehabilitowanych jako jednostek, wraz z rozpoznaniem środowiska życia. Potrzebna jest czytelna procedura monitoringu postępów reintegracji/rehabilitacji (harmonogram, narzędzia). Warto upowszechniać arkusz diagnozy/oceny osoby reintegrowanej/rehabilitowanej (co koresponduje z *case managementem*).

Standard 14. Opracowywanie indywidualnych planów integracyjnych

Kluczowy element indywidualizacji usług aktywizujących to w Polsce opracowywanie indywidualnych planów reintegracyjnych/rehabilitacyjnych dla konkretnych beneficjentów. Są to: 1. w CIS — indywidualne plany zatrudnienia socjalnego, 2. w KIS — indywidualne plany rozwoju, 3. w ZAZ — indywidualne plany rehabilitacji. Plany te powinny być okresowo aktualizowane i wykorzystywane jako narzędzia oceny postępów reintegracyjnych/rehabilitacyjnych.

Standard 15. Inwestowanie w umiejętności komunikacyjne adresatów wsparcia

Umiejętności komunikacyjne to warunek podnoszenia wielu innych kompetencji, dlatego ich rozwijanie to kluczowy element reintegracji/rehabilitacji społecznej. Rozwój umiejętności komunikacyjnych powinien być ważnym elementem programów reintegracyjnych/rehabilitacyjnych, zwłaszcza w ich początkowej fazie.

Standard 16. Staże na otwartym rynku pracy i prace społecznie użyteczne

Staże zawodowe na otwartym rynku pracy są cennym rozwinięciem praktyki zawodowej organizowanej przez podmioty aktywizujące w warunkach chronionych. Staże stwarzają szanse drożności między szkoleniem a zatrudnieniem (CIS), zatrudnieniem na chronionym i otwartym rynku pracy (ZAZ). Podobne funkcje co staże pełnią w ofercie KIS prace społecznie użyteczne. Własne kontakty usługodawców z przedsiębiorcami z otwartego rynku pracy są istotną wartością dodaną oferty reintegracyjnej/rehabilitacyjnej, gdyż oferty pracy zapośredniczone przez powiatowe urzędy pracy są niewystarczające względem potrzeb i często niedostosowane do realnych możliwości beneficjentów usług reintegracyjnych/rehabilitacyjnych CIS, KIS i ZAZ.

Standard 17. Systemy motywacyjne

Motywowanie jest ważnym narzędziem i zarazem celem usług reintegracyjnych/rehabilitacyjnych. System odpowiednich do postępów integracyjnych nagród to istotne narzędzie wzmacniania motywacji. Sankcje za łamanie obowiązujących w podmiotach aktywizujących

reguł gry są niezbędne dla funkcjonowania tych podmiotów i przebiegu zajęć aktywizujących, zwłaszcza o charakterze grupowym, ale nie one decydują o sukcesie inkluzji. Potrzebny jest także system motywacyjny dla kadry, ukierunkowany na stałe podnoszenie kompetencji.

Standard 18. Nie zapominać o promocji

Lokalne zakorzenienie jest podstawą stabilizacji sytuacji podmiotu aktywizującego. Zakorzenienie to nie jest możliwe bez działań promocyjnych. Promocja powinna obejmować promowanie instytucji, oferowanych usług i konkretnych programów (projektów, przedsięwzięć). Komunikaty powinny być proste, czytelne, jednoznaczne w interpretacji.

Bibliografia

- Berkel, R. van, Valkenburg, B. (red.) (2007). *Making it Personal. Individualising activation services in the EU*. Bristol: Policy Press.
- Berkel, R. van (2012). Aktywizacja w Holandii w kontekście polityki społecznej oraz zarządzania i organizacji frontowej pracy socjalnej. Studium przypadku. W: T. Kaźmierczak, M. Rymśa (red.), *W stronę aktywnych służb społecznych*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- Grewiński, M., Rymśa, M. (red.) (2012). *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Warszawie.
- Karwacki, A. (2009). *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej w świetle badań*. Toruń: Fundacja Instytut Spraw Publicznych [maszynopis niepublikowany].
- Karwacki, A. (2010a). *Papierowe skrzydła. Rzecz o spójnej polityce aktywizacji*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Karwacki, A. (2010b). Centra integracji społecznej w świetle badań — problemy i wyzwania badawcze. *Trzeci Sektor*, nr 21, s. 15–25.
- Karwacki, A. (2012). *Usługi aktywizacji zawodowej i reintegracji społecznej w ofercie centrów integracji społecznej oraz wymiary rehabilitacji w zakładach aktywności zawodowej. Raport ze zrealizowanych badań terenowych*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych [maszynopis].
- Karwacki, A., Rymśa, M. (2012). Zatrudnienie socjalne w czasach kryzysu: jaka przyszłość aktywizacji zawodowej i społecznej prowadzonej przez podmioty trzeciego sektora? *Trzeci Sektor*, nr 27, s. 38–48.
- Karwacki, A., Kaźmierczak, T., Rymśa, M. (2014). *Reintegracja. Aktywna polityka społeczna w praktyce*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- Kaźmierczak, T. (2005). Centra integracji społecznej jako pomysł na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu? Refleksje wokół Ustawy o zatrudnieniu socjalnym. *Trzeci Sektor*, nr 2.

- Kaźmierczak, T. (2001). Praktyka aktywizacji w ośrodkach pomocy społecznej. W: M. Rym-sza (red.), *Czy podejście aktywizujące ma szansę? Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce 20 lat po reformie systemu pomocy społecznej*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Kaźmierczak, T., Rym-sza, M. (2017). Activation Work within the Social Welfare System. The Case of Poland. W: R. van Berkel, D. Caswell, P. Kupka, F. Larsen (red.), *Frontline Delivery of Welfare-to-Work Policies in Europe*, London: Routledge [publikacja w druku].
- Lødemel, I., Trickey, H. (red.) (2000). *An Offer You can't Refuse. Workfare in the International Perspective*. Bristol: The Policy Press.
- Mead, L. (1997). From Welfare to Work. Lessons from America. W: A. Deacon (red.), *From Welfare to Work. Lessons from America* „Choice in Welfare”, nr 39. London: The IEA Health and Welfare Unit.
- Piątek, K. (2012). *Oblicza polityki społecznej. W kierunku autonomizacji polityki socjalnej*. Toruń: Wydawnictwa Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Rym-sza, M. (2013). *Aktywizacja w polityce społecznej. W stronę rekonstrukcji europejskich welfare states?* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Rym-sza, M., Karwacki, A. (2013). *Standardy jakości usług jako narzędzia zarządzania procesami świadczenia usług reintegracji (rehabilitacji) społecznej i zawodowej w centrach integracji społecznej, klubach integracji społecznej i zakładach aktywności zawodowej*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.

Summary

The article discusses specificity of solutions within the sphere of activation services in Poland. The assumptions and findings of monitoring research on social integration centres, social integration clubs and vocational training centres are presented. The result of the research was the elaboration of 18 presented in the article general quality standards of reintegration services, applicable to the mentioned institutions.

Key words: social services quality standards, social and employment (re)integration services, social integration centres, social integration clubs, vocational training centres

Cytowanie

Marek Rym-sza, Arkadiusz Karwacki (2016), *Standardy jakości usług reintegracyjnych w centrach integracji społecznej, klubach integracji społecznej i zakładach aktywności zawodowej. Założenia i rezultaty badań empirycznych prowadzonych w latach 2009–2013*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 35(4), s. 147–161. Dostępny w Internecie na www.problempolitykispolecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]